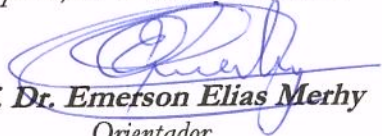


ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE

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

Campinas, 07 de Outubro de 2002.


Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**A GESTÃO HOSPITALAR SOB A PERSPECTIVA DA
MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO**

CAMPINAS

2002

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

ALZIRA DE OLIVEIRA JORGE

***A GESTÃO HOSPITALAR SOB A PERSPECTIVA DA
MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO***

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

ORIENTADOR: DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

J768g

Jorge, Alzira de Oliveira

A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo / Alzira de Oliveira Jorge. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Emerson Elias Merhy

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1.*Administração Hospitalar. 2.*Hospitais Públicos. 3.*Inovação Organizacional. 4. Saúde Pública. 5. *Planejamento em Saúde. 6. *Políticas de Saúde. 7.*Modelos Organizacionais. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

UNIDADE	Be
Nº CHAMADA	TUNICAMP
	J768g
V	EX
TOMBO BC/	54863
PROC.	16-124103
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	24/07/03
Nº CPD	

CM00187019-B

BIB ID 295528

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

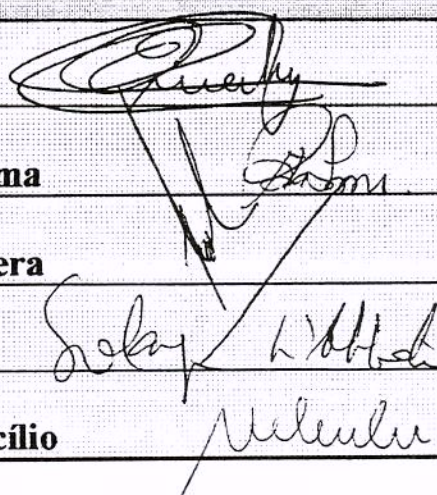
1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Profa. Dra. Rita de Cássia Duarte Lima

3. Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

4. Profa. Dra. Solange L'Abbate

5. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Handwritten signatures of the five members of the examination board, corresponding to the list on the left. The signatures are written in black ink and are somewhat stylized.

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

Data: 07/10/2002

DEDICATÓRIA

A todas estas pessoas anônimas (MLCF, LCP e tantos outros) que, com suas histórias clínicas e de vida, contribuíram para a melhor compreensão do processo de saúde/doença nas sociedades e abriram novas perspectivas para a organização das práticas em saúde.

A todos os meus companheiros de caminhada na área de saúde (muitos que, na jornada, se tornaram mais que amigos, meio-irmãos), àqueles que compartilham comigo o sonho e a batalha pela construção de uma nova sociedade, fraterna e cidadã, o meu carinho e agradecimento. Boa parte das reflexões contidas neste trabalho foram sistematizações das experiências vivenciadas ao longo destes anos nestes coletivos. Como nos lembra Gonzaguinha:

“Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas”.

A CAPES, Governo Federal e, em última instância, aos cidadãos brasileiros, pela oportunidade de ter recebido bolsa de estudo em boa parte do tempo do doutorado.

À UNICAMP, especialmente a todo o Departamento de Medicina Preventiva e Social, pelo apoio e colaboração que possibilitaram a concretização desta tese.

Ao querido Emerson, que não apenas orientou séria e cuidadosamente todo o processo de elaboração deste trabalho, mas também foi parceiro solidário de todos os momentos desta construção.

Ao Luís Cecílio, professor e conterrâneo, pelo companheirismo e disponibilidade constantes para discussão e colaboração, no que se refere à compreensão do complexo e dinâmico tema da gestão hospitalar.

Aos colegas do LAGHOS (Laboratório de Gestão Hospitalar da UNICAMP), pelas inúmeras vezes que cederam espaço em nosso seminário mensal para que pudéssemos discutir e problematizar questões levantadas por este trabalho de investigação, momentos estes que foram fundamentais para amadurecimento das reflexões acerca do meu objeto de trabalho e que enriqueceram bastante a análise empreendida. Este trabalho é um dos produtos do processo de construção coletiva deste laboratório.

Aos companheiros da Diretoria do HC/UFGM, especialmente Joaquim Antonio, Henrique, Ricardo, Maria do Carmo e Urquiza, pelo apoio e disponibilização de informações que subsidiaram a elaboração deste estudo e também pela singular oportunidade de ter sido co-partícipe deste projeto de desenvolvimento institucional que tantos frutos tem produzido.

Aos chefes de serviços da Clínica Médica e Pediatria, nas pessoas dos Profs. João Gabriel e Joaquim Antonio, e aos inúmeros companheiros do Hospital das Clínicas (especialmente o pessoal do SAME, dos serviços de apoio diagnóstico, Cristina Paixão e toda a equipe da Pediatria, particularmente às colegas que participaram do grupo focal) que, com seu trabalho e dedicação, ajudam a construir a história desta instituição e que de forma tão generosa colaboraram com este estudo.

À Mônica Costa, amiga e companheira de todas as horas, o meu carinho pelo privilégio de poder compartilhar desta experiência profissional ao seu lado e que, pelo fato de dividir no dia-a-dia os problemas e reflexões resultantes da intervenção micropolítica no processo de trabalho neste hospital, é também, em boa medida, co-autora desta investigação.

Aos especiais amigos Ledinha, Mina, Helvécio, Fausto e Déborah, pelo apoio solidário e torcida irrestrita daqueles que são guiados pelos caminhos do coração.

Aos meus pais, Antonio e Nilce, e queridas irmãs, Soraia, Bia e Fátima, pela força e incentivo constantes neste e em todos os outros desafios por mim assumidos. E a Mary, pelo cuidadoso trabalho de revisão.

Aos mais que queridos, Toninho e Nalú, pela alegria de poder estar nesta vida experimentando e compartilhando com eles este amor incondicional. Ao Toninho, grande companheiro, devo também um agradecimento especial pela paciente e incansável ajuda na formatação desta tese.

“O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro”.
(GONÇALVES, 1994, p. 268)

	<i>Pág</i>
RESUMO.....	<i>xxxix</i>
ABSTRACT.....	<i>xliii</i>
1. INTRODUÇÃO.....	47
2. SUBSÍDIOS PARA ANÁLISE DO TEMA DA GESTÃO HOSPITALAR.....	57
2.1. Sobre a discussão da crise na saúde.....	59
2.2. Sobre a temática hospitalar.....	72
3. METODOLOGIA.....	101
3.1. A construção do método.....	103
3.2. O processo de trabalho em saúde como categoria analítica.....	109
3.3. Plano de coleta dos dados.....	116
3.4. A construção do fluxograma usuário-eixo.....	117
3.5. Identificação e análise dos “ruídos” interrogadores.....	119
4. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG.....	121
4.1. Apresentação.....	123
4.2. Prestação de Serviços.....	124
4.3. A experiência de implantação de um novo modelo de gestão.....	138

5. ANÁLISE DO PROCESSO DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE NO HC/UFGM.....	149
5.1. Caso e trajetória-sentinela do paciente da Clínica Médica (LCP).....	151
5.2. Caso e trajetória-sentinela do paciente da Pediatria (MLCF).....	153
5.3. Levantamento dos ruídos.....	163
5.4. Análise dos ruídos.....	170
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
6.1. Linhas de investigação abertas.....	190
6.2. Propostas de intervenção para impactar o tema da gestão hospitalar...	191
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	197
8. ANEXOS.....	209
ANEXO I - Lista das Unidades Funcionais do HC/UFGM.....	211
ANEXO II - Apostas do Projeto de UF.....	213
ANEXO III - Rede de contratualidade da enfermagem.....	215
ANEXO IV - Fluxograma da internação na Clínica Médica.....	223
ANEXO V - Fluxograma História de Vida paciente da Pediatria.....	237
ANEXO VI - Fluxograma internação paciente Pediatria.....	241

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(-)	negativo
(+)	positivo
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AP	Anatomia Patológica
ARA-C	Citarabina (quimioterápico) (Nome comercial : Aracytin)
BGN	Bastonete Gram-Negativo
CAD	Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo
CALLA (+)	Common acute lymphoblastic leukemia antigen (+)
CCI	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCQM	Comissão de Controle de Qualidade de Materiais
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CGR	Centro Geral de Reabilitação
CHRU	Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França
CIB/SUS/MG	Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais
CM	Clínica Médica
CME	Central de Material Esterilizado
CRM	Conselho Regional de Medicina

CTI	Centro de Terapia Intensiva
D.	Doença
DA	Dose acumulada
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DRH	Divisão de Recursos Humanos
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GBTLI – 99	Protocolo Grupo Brasil para Tratamento de Leucemia da Infância de 1999 (protocolo utilizado no tratamento das leucemias de alto risco)
GBTLT – 93	Protocolo Grupo Brasil para Tratamento das Células T
HC	Hospital das Clínicas
HD	Hipótese Diagnóstica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HFR	Hospital Felício Rocho
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)

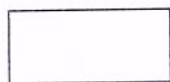
HOB/PBH	Hospital Odilon Behrens da Prefeitura de Belo Horizonte
IRA	Insuficiência Renal Aguda
LAGHOS	Laboratório de Gestão Hospitalar da UNICAMP
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde da UNICAMP
LE	Laparotomia Exploradora
LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MMII	Membros Inferiores
MO	Medula Óssea
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso Assistencial Básico
PAC	Programa de Agentes Comunitários
PES	Planejamento Estratégico e Situacional
PID	Programa de Incentivo ao Desempenho
PSF	Programa de Saúde da Família

QT	Quimioterapia
RJ	Rio de Janeiro
RPC	Rede de Petição e Compromissos
SAME/HC	Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas
SARA	Síndrome Angústia Respiratória do Adulto
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sai	Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SND	Serviço de Nutrição e Dietética
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TGA	Teoria Geral da Administração
UF	Unidade(s) Funcional(is)
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPe	Universidade Federal de Pernambuco
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
US	Ultra-som
USIMINAS	Usina Siderúrgica de Minas Gerais
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (Laboratório de pesquisa de doenças venéreas)

UTILIZADAS NOS FLUXOGRAMAS



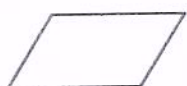
Representa tanto entrada quanto saída de uma unidade produtiva.



Mostra as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos.



Representa momentos em que a cadeia produtiva depara-se com processos de decisão.



Acrescenta dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

R

Ruído.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

NOS FLUXOGRAMAS

(-)	negativo
(+)	positivo
↑	aumentar
2 ^a	secundária
Ac.	Ácido

ACM	A critério médico
Anfo B	Anfotericina B
AP	Anatomia Patológica
ATB	Antibioticoterapia
BAAR	Pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
BC	Bloco Cirúrgico
BGN	Bacilo gram-negativo
c/	com
CAD	Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cav.	Cavidade
Cça	Criança
CD	Conduta
Cirurg.	Cirurgia
Concentr.	Concentrado
CTI	Centro de Terapia Intensiva
d.	dias
D.	Granulom. – Doença Granulomatosa
D3	3º dia
DA	Dose acumulada
Dermato	Dermatologia

Dexamet.	Dexametasona
DIH	Dia de Internação Hospitalar
ECG	Eletrocardiograma
EG	Estado Geral
Esofag.	Esofagiana
EV	Endovenoso
FIE	Fossa Ilíaca Esquerda
FO	Exame de Fundo de Olho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HD	Hipótese Diagnóstica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
Hemato	Hematologia
HOB	Hospital Odilon Berhens
HT	Hemitórax
Indeterm.	Indeterminada
Insuf.	Insuficiência
IRA	Insuficiência Renal Aguda
LE	Laparoscopia Exploradora

Leishm.	Leishmaniose
LLA	Leucemia Linfoblástica Aguda
ml	mililitros
MMII	Membros Inferiores
MO	Medula Óssea
MSE	Membro Superior Esquerdo
Oftalmo	Oftalmologia
Otorrino	Otorrinolaringologia
p/	para
PA	Pronto Atendimento
Pcte	Paciente
PPD	Purified Protein Derivate (Derivado protéico purificado)
QT	Quimioterapia
RX	Raio X
s/	sem
S/N	Se necessário
SARA	Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto
TBC	Tuberculose
TC	Tomografia Computadorizada
TO	Terapia Ocupacional
Tto	Tratamento
US	Ultra-som

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág</i>
TABELA 1 : Capacidade instalada do HC/UFGM.....	123
TABELA 2 : Taxa de Ocupação para o período de 1999 a 2001.....	131
TABELA 3 : Evolução dos Recursos Humanos por tipo de vínculo -1996 a 2001.....	133

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>Pág</i>
GRÁFICO 1 : Número de internações hospitalares no período de 1996 a 2001.....	126
GRÁFICO 2 : Consultas Ambulatoriais no período de 1996 a 2001.....	127
GRÁFICO 3 : Exames realizados pelo Laboratório Central no período.....	127
GRÁFICO 4 : Cirurgias realizadas no período de 1996 a 2001.....	128
GRÁFICO 5 : Partos realizados no período de 1996 a 2001.....	129
GRÁFICO 6 : Média de Permanência Hospitalar - 1996 a 2001.....	130
GRÁFICO 7 : Evolução da Taxa de Ocupação no ano de 2001.....	131
GRÁFICO 8 : Receita arrecadada por fonte - 1996 a 2001.....	134
GRÁFICO 9 : Participação percentual das diferentes fontes na receita –2001	135
GRÁFICO 10 : Distribuição percentual das despesas – 2001.....	136
GRÁFICO 11 : Evolução da dívida em 2001.....	137



RESUMO

Este estudo investigou o processo de gestão no interior do Hospital das Clínicas da UFMG (HC/UFMG), sob a perspectiva da centralidade do cuidado em saúde, a partir da análise de casos-traçadores. Com a implantação de projeto de reestruturação administrativo-gerencial nessa instituição, centrou-se, a investigação, na análise da micropolítica do trabalho em saúde. Considerá-la como a categoria analítica central possibilitou identificar analisadores da vida institucional os quais desvendaram as complexas relações que determinam o processo de gestão e coordenação do cuidado em saúde, no interior do hospital. A pesquisa constitui-se de uma avaliação qualitativa do modelo de gestão do cuidado em saúde, na área hospitalar, a partir do rastreamento de dois casos clínicos considerados exemplares pela gama de serviços/intervenções demandados. Esse rastreamento, realizado em moldes similares aos das patologias traçadoras, revelou os elementos destoantes ou as contradições do processo de trabalho – denominados ruídos – e possibilitou a análise da micropolítica do trabalho em saúde. A trajetória empreendida por esses dois casos pelas características sinalizadoras e analisadoras do processo de trabalho em saúde, foi denominada trajetória-sentinela. Ela possibilitou interrogar e analisar o modelo de atenção e gestão em saúde no HC/UFMG por intermédio do território das tecnologias leves. Os ruídos identificados mostraram falhas ou contradições dos processos de trabalho em saúde, nas duas unidades de internação estudadas, o que aponta a necessidade de rever o processo de gestão e coordenação do cuidado em saúde nessa instituição. Identificou-se a potência que tem a análise do processo de trabalho em suas fronteiras micropolíticas para desvendar as relações envolvidas no processo de produção em saúde e expor as falhas presentes no processo de coordenação e gestão do cuidado. Simultaneamente, esta pesquisa fez-se instrumento de incorporação desses ruídos pelos trabalhadores de saúde, sujeitos e autores desses processos e portadores de potencialidades para criar novas e diferentes formas de trabalhar e gerir o trabalho em saúde.



ABSTRACT

This study investigated the process of management in the inward of the Clinics Hospital of UFMG, under the perspective of the centralism of the care in health, from the analysis of case-tracers. With the design implantation of administrative-managerial reorganization in this institution, it is centered inquiry, in the analysis of the micropolitics of the work in health. Considering it as the central analytical category made possible to identify analyzers of the institucional life which unmasked the complex relations that determine the process of management and coordination of the care in health, in the inward of the hospital. The research consists of a qualitative evaluation of the management model of the care in health, in the hospital area, from the tracking of two exemplary considered clinical cases for the gamma of demanded services/interventions. This tracking, carried through in similar molds to the ones of the plotting pathologies, disclosed different elements or the contradictions of the work process - called singings - and made possible the analysis of the micropolitics of the work in health. The path undertaken for these two cases for the signal and analytical features of the process of work in health was called path-sentry. It made possible to interrogate and to analyze the model of attention and management in health in the HC/UFMG by means of the territory of the light technologies. The identified singings had shown failures or contradictions of the processes of work in health, in the two studied units of internment, what highlights the necessity to review the process of management and coordination of the care in health in this institution. Potency was identified that has the analysis of the process of work in its micropolitics borders to unmask the involved relations in the process of production in health and to display the failures present in the coordination and management process of the care. Simultaneously, this research became an instrument of incorporation of these singings by the health workers, individuals and authors of these processes and carriers of potentialities to create new and different forms of working and to manage the work in health.



1. INTRODUÇÃO

Constata-se a existência de uma crise nos modelos de atenção à saúde, ineficácia das políticas públicas do setor e, concomitantemente, percebe-se que os paradigmas tecno-assistenciais que ordenam estas políticas, encontraram seus limites. Tais aspectos têm feito do debate no campo da saúde, um lugar de encontro tanto das reflexões e ações sobre o tema da reforma do estado contemporâneo, quanto das possibilidades de superação dos modelos vigentes e de suas relações.

Além dos problemas gerados nas instituições brasileiras (particularmente nas do setor saúde) conseqüentes à crise atual no padrão de relações entre o Estado e a sociedade, no dia-a-dia desses serviços têm-se convivido com problemas que dificultam o cumprimento efetivo da missão destes equipamentos. Insuficiência de recursos financeiros, uso clientelista das políticas de saúde, falta de eficácia e efetividade, desumanização dos serviços com frágil vínculo e acolhimento dos usuários, baixo impacto das ações de saúde sobre os problemas da população e campanha incisiva da mídia para desmoralizar as ações do setor público, constituem-se em falhas evidentes deste modelo de atenção e gestão na área de saúde.

Assim, torna-se imperioso não só adquirir uma compreensão global do quadro apresentado mas também apontar possibilidades de intervenção sobre essa realidade. Dada a complexidade da situação, não basta corrigir procedimentos organizacionais e melhorar o financiamento das instituições de saúde. Deve-se avançar e repensar o modo como se opera cotidianamente o fazer em saúde, ou seja, há que se alterar a forma como os trabalhadores relacionam-se com o principal objeto de trabalho deles – a vida e o sofrimento dos que procuram os serviços. Isso propiciaria uma nova relação e produção do cuidado em saúde, referenciada no usuário e comprometida com a defesa da vida.

Grande parte das experiências que buscaram efetivar mudanças nos modelos de atenção e gestão na saúde trabalhou mais a perspectiva de implementar reformas de caráter macroestrutural, em detrimento às questões no nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde. As estratégias organizacionais adotadas, muitas vezes, restringiam-se a adaptar modelos ou receitas de outros setores para a área de saúde, sem entender as especificidades do setor e a necessidade de serem construídas propostas que contemplassem a complexidade das relações e questões envolvidas.

Considera-se a investigação e o desvelamento do que ocorre no interior dos processos de trabalho em saúde fundamentais para a intervenção em instituições de saúde. Por isso este estudo aposta na perspectiva de atuação prioritária nas fronteiras micropolíticas e entende que, ao atuar no interior das organizações concretas, no modo como se produzem as ações de saúde e desvendar como são estabelecidas as relações para efetivação dessas ações, as possibilidades de concretizar as mudanças pretendidas podem ser ampliadas.

É a partir desse referencial que esta investigação se apresenta e tem, como interesse privilegiado e objeto de trabalho, o estudo do processo de coordenação e gestão do cuidado em saúde, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM).

O conceito de coordenação adotado neste trabalho é o mesmo utilizado por Merhy & Cecílio (2001): "...o conjunto de atividades ou ações desenvolvidas por um grande número de pessoas, com ou sem função formal de gerência, que possibilitam que o hospital se mantenha em funcionamento 24 horas por dia, atendendo a pessoas e, de alguma forma, cumprindo a "missão" que o justifica e legitima socialmente." (p.1) Apesar de ser utilizado, muitas vezes, como um sinônimo de "gestão" é preferido pelos autores pois retrata o "milagre" de imprimir uma direcionalidade ou "macrorracionalidade" às organizações, a partir da gama de interesses e projetos em constante disputa nelas.

O tema da coordenação foi investigado no interior do HC/UFGM, prioritariamente sob a perspectiva da prática médica, visto ser esta a lógica que mais centralmente direciona e define o conjunto de processos de trabalho necessários à produção do cuidado em saúde. Ressalta-se a existência e o papel relevante das outras lógicas presentes e atuantes para efetivação de uma assistência contínua e integral: todas as lógicas profissionais, a administrativa e, no caso do hospital universitário, a adocrática. O fato de não terem sido investigadas de forma central não consiste em uma desconsideração ou subestimação da importância delas no interior das tecnologias em saúde, mas apenas de uma opção realizada no decorrer da pesquisa.

Pretendeu-se com esta investigação:

- ♦ descrever e investigar a gestão do cuidado em saúde a partir da análise de casos-traçadores;
- ♦ identificar como se dá o processo de coordenação e produção da assistência à saúde nas equipes de trabalho e respectivos serviços;
- ♦ identificar as relações que se estabelecem para dar conta da efetivação da produção do cuidado em saúde, sejam elas interprofissionais ou entre as diferentes unidades de assistência ou de produção do hospital;
- ♦ identificar os desdobramentos das intervenções assistenciais e focais do processo de trabalho em saúde, sobre a política geral de gestão e coordenação do hospital e
- ♦ evidenciar o quanto este tipo de análise pode desvendar o processo de produção do cuidado em saúde e servir como instrumento de intervenção e gestão para as organizações de saúde em geral, inclusive as hospitalares.

Para tanto, fez-se necessária uma análise mais apurada da micropolítica do processo de trabalho em saúde, no sentido de pensar as possibilidades de intervenção nos cotidianos institucionais para operar novas formas de implementação dos modelos de atenção e gestão em saúde.

Metodologicamente, optou-se pelo empreendimento de um estudo de natureza qualitativa constituído pela análise de dois casos clínicos representados pelas trajetórias descritas de dois pacientes no interior do complexo HC/UFMG. Esses casos atuaram de forma semelhante a traçadores ao sinalizar e interrogar a lógica do processo de coordenação e gestão do cuidado em saúde nesse estabelecimento.

Esta investigação justifica-se, primeiramente, pela relativa escassez de referências teóricas sobre o tema da gestão hospitalar, sob a perspectiva que se pretende analisar. A maioria dos estudos refere-se à descrição de experiências relacionadas a alguns dispositivos de inovação organizacional, sem a necessária reflexão teórica sobre as conseqüências e os modelos aos quais elas se afiliam. Conforme Minayo (2000) “São

pouco presentes os estudos que, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas”(p. 82). No que diz respeito a experiências de análise da micropolítica do processo de trabalho em saúde na área hospitalar, com enfoque no cuidado propriamente dito em si e seus determinantes, essa produção é significativamente menor.

Aliada a esse fato está a importância que este tipo de investigação pode significar para o conjunto dos hospitais universitários, especialmente quanto à discussão sobre a sua inserção e integração ao Sistema Único de Saúde. Este estudo pode abrir perspectivas de novos caminhos gerenciais e relações para gestão desses equipamentos, ao considerar o papel de referência e destaque no sistema, inclusive com capacidade de definição de oferta de serviços para um conjunto de gestores, volume de recursos que controla e movimenta e poder político no interior das instituições universitárias, dentre outros.

A possibilidade de investigar a gestão pelos espaços da micropolítica representa um mergulho no lócus de produção das ações de saúde e desvendamento da sua complexa e dinâmica funcionalidade e, sobretudo, a perspectiva da incorporação dos próprios trabalhadores de saúde como sujeitos desses processos. São eles quem planejam e agem, no sentido de intervir e disputar projetos no cotidiano dos fazeres institucionais. A incorporação desses atores numa concepção na qual eles sejam portadores de potencialidades pode criar novas formas de trabalhar e gerir o processo de trabalho em saúde, com conseqüências sobre o modelo de gestão mais geral.

Além disso, a valorização da análise micropolítica do trabalho em saúde para discussão do tema em questão traz a possibilidade de abrir a caixa preta que envolve os processos de produção das ações de saúde. Isso porque permite o desvelamento da dinâmica envolvida nos modelos tecnológicos da saúde carregada de todos os “ruídos” ou “abafamentos” que não permitem que a produção do cuidado em saúde ocorra com toda potencialidade que lhe é própria.

O estudo do processo de trabalho em saúde pela análise de trajetórias-sentinela, fluxogramas, rede de petição e compromissos, e outros dispositivos analisadores tem um potencial interrogador dos processos e produtos, que vai desde o questionamento da forma e para quem é produzida tal intervenção, até a interrogação das intencionalidades dos sujeitos que executam as ações e a que modelos estão servindo. Concomitantemente, ao reconhecer os trabalhadores como sujeitos dos processos e com poder real de intervenção e implementação de projetos, possibilita a criação de novos profissionais com modos diferentes de fazer e gerir o processo de trabalho em saúde.

Este potencial interrogador pode ser identificado nas experiências acompanhadas pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde da UNICAMP (LAPA/UNICAMP) e em diversas instituições de saúde onde implementou-se esse tipo de intervenção (BUENO, 1997; CECÍLIO, 1994b; CECÍLIO, 1997a; CECÍLIO, 1997b; MERHY, 1994; MERHY et al, 1997; ONOCKO & AMARAL, 1997; ROLLO & OLIVEIRA, 1997).

Por fim, é importante evidenciar o que motivou a escolha da instituição em questão. O Hospital das Clínicas da UFMG é hoje um dos hospitais de ponta e referência para os sistemas de saúde de nível estadual, regional e municipal (Estado de Minas Gerais, área metropolitana e município de Belo Horizonte). Integra um complexo assistencial que presta serviços, desde a atenção básica até a especializada de alto nível e complexidade, e ainda constitui-se em espaço privilegiado de desenvolvimento do ensino e pesquisa em saúde. Dada a necessidade de desenvolvimento de tese para o curso de doutorado na área de Administração e Planejamento em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e ainda, pela minha inserção profissional nesta instituição, abriu-se a perspectiva do desenvolvimento deste estudo neste hospital. Considere-se também a complexidade e a característica de ser um hospital universitário de alto nível, com um campo vasto e produtivo para a investigação pretendida. Soma-se a isso o fato de estar em desenvolvimento, pela atual diretoria, processo de reorganização administrativo-gerencial que busca imprimir novo modelo de gestão e que se abre para a rediscussão da natureza dos processos desenvolvidos com vistas à efetivação de uma assistência/ ensino/ pesquisa de qualidade.

Inicialmente, algumas perguntas apresentaram-se para a investigação do tema gestão e coordenação do cuidado em saúde no HC/UFGM:

1. De que modo ocorre a coordenação e gestão do cuidado em saúde na organização hospitalar? Existe alguma lógica coordenadora mais central?
2. Como se dá a interação entre as diversas unidades no interior do hospital para consecução da assistência à saúde?
3. Como ocorre a articulação dos diversos profissionais dentro das equipes de trabalho para a efetivação de uma linha de cuidado contínuo e integrado?
4. Como se dá o processo de responsabilização dos profissionais, especialmente o do médico, do ponto de vista da coordenação do cuidado em saúde?
5. Como a dinâmica da linha de produção do cuidado nas fronteiras micropolíticas impacta o processo mais macro de gestão hospitalar?

Esta investigação foi desenvolvida e organizada conforme as partes descritas abaixo e apresentadas a seguir deste primeiro capítulo introdutório:

- **Capítulo 2 – Subsídios para análise do tema da gestão hospitalar** – é apresentada a revisão bibliográfica sobre a temática da Reforma de Estado e Saúde e, posteriormente, sobre a gestão hospitalar;
- **Capítulo 3 – Metodologia** – apresentação e discussão da metodologia baseada na análise micropolítica do processo de trabalho em saúde;
- **Capítulo 4 – O Hospital das Clínicas da UFGM** – parte em que são fornecidas informações sobre a instituição investigada: mostra a prestação de serviços, os indicadores de desempenho hospitalar e um pouco da história mais recente dessa instituição;

- **Capítulo 5 – Análise do processo de coordenação do cuidado à saúde no HC/UFG** – capítulo que apresenta os casos clínicos investigados e a análise deles por intermédio dos dispositivos analisadores construídos;
- **Capítulo 6 – Considerações Finais** – apresentam-se algumas reflexões e questões levantadas a partir da análise do processo de coordenação do cuidado em saúde no HC/UFG.

Na sequência são apresentadas as **Referências Bibliográficas** utilizadas neste trabalho e os documentos anexos, inclusive os três fluxogramas construídos a partir dos casos-traçadores investigados.



2. SUBSÍDIOS PARA ANÁLISE DO TEMA DA GESTÃO HOSPITALAR

2.1. SOBRE A DISCUSSÃO DA CRISE NA SAÚDE

É por demais conhecida e identificada uma crise no Sistema de Saúde Brasileiro expressa por iniquidade, ineficiência, ineficácia e pela inadequação desse às necessidades de saúde demandadas (CASTELAR, MORDELET, GRABOIS, 1993; MENDES, 1996; MERHY, 1998b). Esse diagnóstico é feito não só pelos que trabalham ou militam no setor, mas também pelo conjunto de pessoas que, de uma forma ou de outra, tomam conhecimento do funcionamento desse sistema.

Daí, conforme o ator que analisa e diagnostica a crise, diferentes visões e, conseqüentemente, alternativas para seu enfrentamento são identificadas. Isso porque as condições de vida e trabalho qualificam diferentemente a maneira com que as classes sociais pensam, sentem e agem a respeito da temática que envolve as questões da saúde, dado que a saúde e a doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente (MINAYO, 2000).

Sob o ponto de vista dos usuários dos serviços, o sistema não tem se mostrado adequado para resolver os problemas de saúde, seja por questões ligadas a dificuldades de acesso, eficácia duvidosa ou pouca resolubilidade das ações desenvolvidas.

Analisado sob a perspectiva do que é apontado pela mídia, o diagnóstico centra-se na ineficácia e no atraso gerencial do setor público.

Se o ponto de vista for o de governantes ou dirigentes de serviços, será focalizado o ângulo financeiro como a grande fragilidade do sistema, especificamente os altos custos e o mau gerenciamento como questões a serem atacadas prioritariamente.

O setor privado, se chamado a explicar, vai apontar que o grande problema é a excessiva intervenção estatal no sistema de saúde e o pequeno papel desempenhado pelo mercado na regulamentação e competição do setor.

Entretanto, alguns grupamentos de atores, especialmente aqueles ligados ao Movimento Sanitário, há algum tempo tentam ampliar o escopo dessa discussão. Eles argumentam que, para além das questões relativas ao financiamento do sistema e de suas fragilidades gerenciais, há um outro grande determinante desta crise: a falência do modelo tecno-assistencial em vigor.

A partir do entendimento de que o modelo de atenção existente é médico-hegemônico e dominado pela produção de procedimentos em detrimento à produção de saúde, preconizam, para o enfrentamento da crise, uma mudança no modelo, de modo a quebrar e ampliar os atuais paradigmas de intervenção em saúde.

No interior desse Movimento, desde a década de 70, verifica-se um debate rico em torno das perspectivas de intervenção no cenário do setor saúde.

Como referência inicial toma-se o interessante debate sobre a Reforma Sanitária travado entre Gastão Wagner de Souza Campos e Sonia Maria Fleury Teixeira, retratado no livro *Reforma Sanitária Itália e Brasil* (BERLINGUER, TEIXEIRA, CAMPOS, 1988), no final da década de 70 e início dos anos oitenta. A discussão deu-se em torno de uma tendência que predominava no Movimento Sanitário de concentrar, prioritariamente, a intervenção na saúde via construção de um aparato estatal que respaldasse e legitimasse, do ponto de vista jurídico-político, a reforma do setor saúde.

Essa tendência, muito forte e com grande poder de intervenção, pois contava com o apoio de importantes e históricos quadros do Movimento Sanitário, foi polemizada por outras correntes, as quais apontaram para a necessidade de compreender que a luta pela reforma do setor saúde, no Brasil, não passaria simplesmente pela invenção de uma máquina pública, financeira e controlista. Isto é, não seria suficiente, ainda que necessária, apenas a realização de reformas macro-estruturais.

De acordo com essa reflexão crítica, Campos (1992a), no livro *Reforma da Reforma*, apresenta outra perspectiva existente no interior desse Movimento: a que apontava a necessidade de constituir, no campo dos protagonistas da reforma, uma competência de ação também nas trincheiras micropolíticas. Assim, para impactar o processo de produção dos modelos assistenciais e tecnológicos hegemonzados pelo projeto médico neoliberal, nas pontas dos sistemas, nos lugares onde cotidianamente realiza-se o modelo de atenção, deveriam ser construídas capacidades de intervenção no plano da gestão dos serviços e dos processos de trabalho.

Vários autores têm mostrado como é necessário enfrentar o desafio de saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de uma outra maneira, anti-hegemônica, em relação ao projeto médico neoliberal (CAMPOS, 1992b; CECÍLIO, 1994a; MERHY & ONOCKO, 1997; SCHRAIBER, 1993). Significativa parcela deles afirma que essa tarefa passa pela busca da construção de outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior das instituições de saúde. O que não se restringe ao ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de trabalho e assistência, mas, principalmente, na construção de outra maneira de assumir o compromisso diário diante do cuidado em saúde.

Esse foi um dos diversos debates ocorridos na década de 80 os quais, inclusive, contribuíram sobremaneira para aprofundar as discussões candentes sobre qual sistema de saúde se queria gestar, e acompanharam a caminhada do movimento em direção à construção do consenso em torno da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

A década de 80, apesar de considerada, em nível mundial, a década perdida pelo aprofundamento da crise do Estado-Providência e agravamento das desigualdades sociais e processos de exclusão social, no Brasil, especialmente na área de saúde, foi marcante por avanços políticos consideráveis. Dois deles são considerados marcos da história da Reforma Sanitária: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, arena democrática onde se discutiu e consensou as bases gerais do sistema que se buscava construir, e a Constituição de 1988, que consagrou os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma pretendida. Constituição essa, vale ressaltar, que pela incorporação em seu texto de direitos sociais demandados pela sociedade, foi denominada de “Constituição Cidadã”.

Entretanto, já no final dessa década e começo dos anos noventa, inicia-se pelo governo federal, na época comandado pelo Presidente Collor, um movimento de contra-reforma na tentativa de reformular ou até rever, de forma conservadora, aqueles direitos sociais garantidos e consagrados pela Constituição.

Após o impeachment de Collor e o curto governo Itamar, assume o presidente Fernando Henrique Cardoso que, permanentemente, via decretos-leis, medidas provisórias e normas operacionais, tenta dificultar a implementação do SUS, da forma inicialmente concebida pelo Movimento Sanitário Brasileiro.

A partir de 1995, este governo retoma a discussão da necessidade de reformas e o tema da Reforma do Estado readquire centralidade. Para isso, cria o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), a Câmara de Reforma do Estado e o Plano Diretor para Reforma do Aparelho do Estado. Com o discurso amparado na necessidade de reformar o Estado para consolidar a estabilização e promover o crescimento sustentado da economia, opta-se pela precedência do ajuste econômico, com o argumento de que os problemas sociais seriam corrigidos em decorrência.

Eis algumas das propostas do Plano Diretor da Reforma do Estado: diminuição do papel prestador do Estado e fortalecimento das funções regulatórias; descentralização de serviços e atividades, seja para os níveis subnacionais ou para o setor privado e separação clara entre a demanda e a oferta de serviços (MACHADO, 1999; BRASIL, 1995).

Quanto à redução do papel do Estado como prestador, é proposto retirar o Estado da provisão direta das atividades “não-exclusivas”, inclusive da saúde. Os hospitais são considerados estabelecimentos onde o papel do Estado deve restringir-se ao financiamento e regulação. Essa regulação do Governo sob estes entes não-estatais deveria ser mediada por Contratos de Gestão e as instituições, a partir de então, tratadas como Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1997).

Com relação à modernização da administração dos equipamentos públicos, propõe-se a substituição do modelo burocrático predominante por um novo modelo: a administração pública gerencial¹ que preconiza a descentralização das decisões e funções do Estado e adoção de formas flexíveis de gerenciamento, inclusive com relação às políticas de recursos humanos (MACHADO, 1999). Este processo de aumento da eficiência da administração pública

¹ Pereira (1996) aponta os contornos da nova administração pública: 1) descentralização política, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; 2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos; 3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal; 4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; 5) controle por resultados, a posteriori, ao invés do controle rígido dos processos administrativos e 6) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.

“...será o resultado a médio prazo de um complexo projeto de reforma, através do qual se buscará a um só tempo fortalecer a administração pública direta ou o núcleo estratégico do Estado”, e descentralizar a administração pública através da implantação de “agências autônomas” e de “organizações sociais” controladas por contratos de gestão”. (PEREIRA, 1996, p. 15)

Antes de passar à frente na análise dos instrumentos estabelecidos pelo atual governo para reformar a saúde, faz-se necessário adentrar o tema da Reforma do Estado que constitui o pano de fundo da discussão da reforma, na área de saúde.

A partir da década de 80, em todo o mundo, começaram a ser implantadas reformas dentro da perspectiva neoliberal: houve um movimento de reforma do Estado amplamente difundido, denominado por Kettl², *apud* Almeida (1999), como “revolução global”, focado centralmente no gerencialismo³, o qual apontava a necessidade de mais flexibilidade gerencial.

Isso porque, em fins dos anos 70, tanto pensadores progressistas como conservadores convergiam para uma crítica aos princípios keynesianos de intervenção do Estado, na economia, e ao diagnóstico da crise de legitimação do Estado de Bem-Estar Social. Pzerworsky⁴, citado por Almeida (1999), resume essas novas interpretações como um paradigma “orientado para o mercado”.

Costa et al (2000) atribuem a rapidez de difusão desta agenda da Reforma de Estado a um exemplo expressivo do mecanismo de “policy bandwagoning” (traduzido como “efeito ônibus” em políticas) que consiste no processo de emulação, pelos governos, de políticas exitosas em outros contextos.

² KETTL, D. The Global revolution: Reforming Government Sector Mangement. Paper apresentado no Seminário Internacional *A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – rumo a uma administração Pública Gerencial*. Brasília: MARE, 1996.

³ Proposta que advoga que as estruturas burocráticas, com procedimentos normativos e rigidez inerente, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefectivas, quebrando com as teorias da hierarquia burocrática baseadas na autoridade e que foram a base de sustentação do gerenciamento do Estado moderno por mais de um século. (ALMEIDA, 1999)

⁴ PZERWORSKY, A. *Reforming the State: Political Accountability and Economic Intervention*. New York University, November, 1995.

Variadas foram as experiências deste movimento de Reforma do Estado e diferentes formatos e ênfases foram dados, nos diversos países.

Na América Latina, na década de 80, a introdução dos programas de ajuste estrutural patrocinados pelo FMI levou a consequências econômicas e sociais adversas e à necessidade de reestruturar as políticas setoriais. A partir do diagnóstico de que a crise no setor saúde deve-se à má alocação de recursos, iniquidade por não acesso dos mais pobres, baixa qualidade dos serviços e ineficiência e explosão de custos, instituições como Banco Mundial, apoiado pela OPAS e CEPAL, propõem, para os sistemas de saúde da América Latina e Caribe, um novo modelo com as seguintes características:

- reestruturação das fontes de financiamento e utilização de subsídios e incentivos para a reestruturação do mix público e privado;
- separação entre provisão e financiamento de serviços, com redefinição do papel do Estado;
- descentralização entre níveis de governo e para o setor privado;
- introdução de mecanismos competitivos para a alocação de recursos, como forma de aumentar a eficiência e a qualidade na atenção;
- focalização da ação estatal nos mais necessitados, na perspectiva de alcançar melhores níveis de equidade e
- satisfação do paciente traduzida como livre-escolha de serviços e profissionais. (ALMEIDA, 1999; Banco Mundial, 1993)

Os Estados Unidos da América (EUA), a partir da década de 80, iniciam processo de difusão e implantação da proposta do Manage Care (traduzida por alguns autores como Competição Administrada e por outros como Atenção Gerenciada)⁵. Esse modelo, amplamente instalado em território americano, sob a influência das grandes

⁵ Embora a Atenção Gerenciada seja descrita como uma proposta de reforma recentemente desenvolvida, os seus antecedentes remontam à década de 60, particularmente nos trabalhos de Alain Enthoven, economista estadunidense (MERHY, IRIART, WAITZKIN, 1996)

empresas de seguros privados, constitui-se em um sistema privado de saúde no qual as forças de mercado direcionadas para o alcance da eficiência introduzem empresas que administram e contratam prestadores de serviços. Com base no conceito de risco compartilhado, institui uma clara separação administrativa e financeira da prestação dos serviços. Uma outra característica fundamental é a competição entre os prestadores, que é mediada pelos administradores e os captadores de financiamento, estes últimos representados pelas grandes empresas seguradoras e capital financeiro.

A aparição desse modelo nos EUA remonta às propostas que buscavam a criação de parâmetros para subsídio à decisão governamental diante de planos de ação para a Guerra do Vietnã, tendo como idéia-base um cálculo sobre a otimização entre os custos das ações desenvolvidas e os resultados estratégicos militares atingidos.

“No correr dos anos 70, uma metodologia com perspectivas semelhantes é introduzida para a elaboração de projetos no campo da saúde, centrada no diagnóstico do altíssimo custo das ações de assistência e na sua vinculação ao processo particular de micro-decisão clínica que ocorria nos serviços”
(MERHY, IRIART, WAITZKIN, 1996, p.2).

Dentro da proposta da Atenção Gerenciada, transfere-se o processo de decisão sobre as ações de saúde do campo das corporações médicas para o dos administradores como uma estratégia vital para impactar a relação custo-benefício do sistema. Além disso, desenvolve-se um conjunto de estratégias com vistas à reorganização dos modelos de atenção, a partir da ação dos prestadores privados, centrados nas políticas das organizações seguradoras e financeiras (MERHY, IRIART, WAITZKIN, 1996).

Como constatado pelos autores citados, apesar do fracasso em ser adotada como componente do plano de governo Clinton, a perspectiva de implementar reformas orientadas por esta proposta difundiu-se rapidamente nos Estados Unidos, sob a égide das empresas de seguros privados. Também para além desse país, por meio da assessoria de Enthoven ou seus seguidores, a sistemas de saúde em países como Holanda, Grã-Bretanha, Noruega e Suécia, e mais recentemente, na América Latina.

Almeida (1999) fala em “pluralismo estruturado” como a versão tropical da competição administrada. Para ela a Colômbia é o “laboratório” onde está sendo testado o modelo do pluralismo estruturado para a América Latina.

Essa autora em outro trabalho aponta alguns indicadores gerais que sinalizam

“... a direção dos impulsos reformistas, que se consolidou nos anos 80 e já começou a dar frutos nos 90:

- A já longa crise (de custos e de qualidade) dos sistemas de serviços de assistência médica é uma realidade indiscutível em praticamente todos os países e a reestruturação está em pleno curso, centrada fundamentalmente na contenção de custos, no controle de demanda e na co-responsabilidade da população pelo seu financiamento, através de pagamentos e contribuições específicas, tickets moderadores ou privatização sumária.
- Prega-se o redimensionamento do papel do Estado e a introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos entre prestadores, como promotores da eficiência e de maior efetividade.
- Surgem novos modelos gerenciais e de organização dos serviços de saúde, e reatualizam-se as propostas de atenção primária e/ou comunitária e/ou prestada pelas organizações não-governamentais, como forma de reduzir o gasto hospitalar.

Privilegiam-se as análises de custo-efetividade, as propostas de focalização da ação estatal nos pobres, tais como as cestas básicas.” (ALMEIDA, 1997, p.180).

Refere ainda que o objetivo maior deste processo de reformas sanitárias nos anos 80, foi instituir uma agenda política para mudar as fronteiras do Estado, pois, havia necessidade de “menos Estado”, o que evidencia a importância da hegemonia neoliberal e sua influência sobre os processos de mudança no setor saúde.

Após essas considerações, fica claro que a proposta de Reforma do Estado apresentada e encaminhada pelo atual governo federal vai ao encontro do ideário reformista neoliberal, patrocinado pelo Banco Mundial e agências internacionais, e em pleno processo de implantação na América Latina e outros países.

Um dos principais teóricos da Reforma do Estado Brasileiro é o Prof. Bresser Pereira que defende esta reconstrução como tarefa política fundamental para o Estado. Ele sustenta que a causa fundamental da crise econômica brasileira seria a crise fiscal: o desequilíbrio financeiro estrutural do setor público somado ao tamanho excessivo da dívida externa pública (PEREIRA, 1992). Para superar essa situação advoga a redução e delimitação das funções do Estado; a promoção da “administração pública gerencial” e a formação de um “mercado” que promova a competição entre supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e de aumentar a qualidade dos serviços. O Estado aparece não necessariamente como prestador. Propõe também a flexibilização da gestão nas instituições públicas e repasse para outras organizações da sociedade, das funções antes desenvolvidas na esfera estatal.

Ao analisar essas propostas Fleury (1997) afirma que a questão-chave não é ter mais ou menos Estado, mas quais as mudanças a serem implementadas para que o Estado possa garantir as suas funções precípuas, que são: 1) defesa do território e da soberania nacionais; 2) inserção vantajosa do país no cenário internacional; 3) diminuição das disparidades regionais e das desigualdades entre cidadãos; e 4) implementação de um modelo de desenvolvimento social e econômico para o país.

Melo (1995) afirma que, no Brasil, a questão da eficiência da ação pública tem predominado sobre a discussão de um modelo global de desenvolvimento, e a ênfase no modo de se fazer política tem desconsiderado o debate em torno das desigualdades. Faz-se, dessa forma, um deslocamento do que deveria ser o debate central, o da relação entre acumulação e equidade, para a discussão dos formatos institucionais.

Merhy (1998a) identifica três propostas do governo federal como projetos que buscam reformar a saúde: a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a proposta de OS e a de regulamentação dos Planos de Saúde. Estas propostas para o autor

“...mostram de um lado uma coerência interna enquanto intenção de reforma do setor saúde, e de um outro, uma “colagem” no imaginário dos projetos de reforma que o bloco neoliberal tem colocado para o “terceiro” mundo, como receituário para desenhar o seu futuro”. (*Ibid.*, p.1)

Apesar de identificar avanços na NOB/96 no que diz respeito à definição de papéis e relações entre os diferentes níveis de governo, esse autor aponta contradição quanto ao princípio de independência dos municípios como gestores plenos, à medida que estes, por essa norma, têm que aderir a projetos baixados de modo verticalizado, com modelos assistenciais previamente definidos, os quais desconsideram a realidade dos municípios. Acrescenta-se a isso o fato de estarem amarrados aos incentivos financeiros tais como os do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários (PSF e PAC, respectivamente). Merhy (1998a) também afirma que a perspectiva de criação de dois subsistemas de saúde, Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar e Subsistema dos Distritos Sanitários, representa retrocesso ao princípio de unicidade do sistema.

Esse autor, em outra publicação (MERHY & BUENO, 1997), aprofunda essa análise crítica e aponta dois equívocos da NOB 96:

“O primeiro é inegavelmente a indução do modelo epidemiológico (programação ou vigilância à saúde) através de distorções no processo de financiamento. Tal atitude fere a autonomia dos municípios na opção por seu modelo, ou no mínimo, penaliza os municípios que não adotarem o programa de saúde da família e o de agentes comunitários de saúde” (p.13).

“O segundo está na própria conceituação dos modelos...” (MERHY & BUENO, 1997, p. 13) quando criticam o modelo clínico e o contrapõem ao modelo epidemiológico, ensejando uma falsa questão e oposição entre os dois modelos, negando que a clínica e a epidemiologia são, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência. Por isso, afirmam que a “...NOB 96 contém importantes equívocos e que apostar nela, é apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado.” (*Ibid.*, p.14)

Franco (1999) analisa a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) instituído por essa norma operacional. Afirma que a matriz teórica do PSF está circunscrita, prioritariamente, ao campo da Vigilância à Saúde e por não dar muito valor ao conjunto da prática clínica, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. Após uma análise crítica minuciosa de cada um dos princípios e diretrizes do programa, conclui que a sua implantação, por si só, não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. A

forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde não lhe dá a possibilidade de se tornar, de fato, um dispositivo para a mudança, como é proposto. Por isso, o programa precisa ser revisto e alterado para incorporar potência transformadora. (FRANCO, 1999)

Quanto às propostas relativas à criação das Organizações Sociais e Regulamentação dos Planos, Merhy (1998a) afirma que são propostas à luz do projeto de reforma do governo, que vem se expressando no conjunto dos projetos para as áreas de saúde, previdência, organização burocrática, etc. Inspiradas em um ideário que entende a crise atual como prioritariamente de déficit público, apontam, como alternativa, a constituição de um estado mínimo e compreendem que o melhor mecanismo para isso é a transferência para o setor privado do papel de fornecedor de serviços sociais. Especificamente com relação às Organizações Sociais, argumenta que compartilham do mesmo ideário da Atenção Gerenciada, só que em vez do capital financeiro comandar a lógica de competição entre prestadores, atuaria, o Estado com sua lógica de financiamento e capacidade de controle. (MERHY, 1998a)

Fier (1996) no artigo *O SUS e as Organizações Sociais* também caminha nessa direção ao referir que essa proposta faz parte do programa de flexibilização da política neoliberal, na medida em que reduz os deveres do Estado, privatiza parte das funções e responsabilidades, estabelece um relacionamento patrão/empregado e de mercado, esvazia a ação e o papel social que o serviço e os servidores públicos devem ter e abre espaço para o setor empresarial buscar novas fontes de lucro.

Capistrano (1997) ao discutir a proposta de Organizações Sociais também enxerga os instrumentos previstos no projeto como um poderoso estímulo à expansão dos serviços privados, e afirma:

“...NOBs, tabelas de procedimento centralmente elaboradas, correção monetária dos seus valores definida arbitrariamente, na dependência das permissões de gastos definidas pela área econômica do governo – tudo isso contradiz a inspiração básica do SUS e serve de instrumento para seu enquadramento nas diretrizes gerais da política neoliberal praticada pelo governo federal.” (CAPISTRANO, 1997, p. 11)

Ao realizar uma avaliação comparada das reformas sanitárias, a partir de 1980 em seis países (Estados Unidos, Reino Unido, Suécia, Alemanha Ocidental, Itália e Espanha), ALMEIDA (1997), identifica que os mecanismos e incentivos competitivos foram “reinterpretados” e o resultado mais imediato foi o estabelecimento de um setor público fortemente regulador, e este é o paradoxo da intervenção neoliberal: “... a condução da transição tem no Estado o artífice da principal reforma [isto é] sua própria reforma (Fiori, 1993a:12).” (p.197). Isso evidencia a grande distância entre o discurso reformista e as políticas implantadas, além de uma grande tensão entre os controles político e financeiro dos sistemas de saúde e a operacionalização dos mecanismos de competição administrada propostos.

No entanto, a pesquisadora adverte que não são desprezíveis as políticas de desmonte implementadas pelos governos conservadores há mais de uma década, nem os efeitos deletérios que a contenção de custos e o subfinanciamento têm provocado em muitos sistemas de saúde. E finaliza, acenando com a perspectiva de que

“Talvez a especificidade do setor saúde não permita a sua diluição sumária no paradigma neoliberal e, sendo assim, o processo político subjacente a cada implementação particular de reforma dará a tônica da dinâmica da transição nos sistemas de saúde em cada sociedade específica, apesar das aparentes semelhanças (ou convergências), homogeneidades e esforços de difusão de instrumentos e idéias supostamente aplicáveis em todo o mundo” (ALMEIDA, 1997, p.197).

Mais recentemente, ela conclui acerca do conjunto de experiências de reformas sanitárias no mundo:

“ En síntesis, los autores alertan sobre el hecho que en pocas áreas de la economía las relaciones entre el Estado y el mercado son tan complejas como en el sector salud, donde sustantivas falencias proporcionan innúmeras razones para el mayor compromiso público que en otras actividades (Baar, 1992; Ovretveit, 1994; Musgrove, 1995, 1996), además de que los sistemas de salud son complejos por definición y extremadamente variados, profundamente insertos en la realidad concreta de cada sociedad, y no es fácil delinear conclusiones definitivas y universales, pasibles de transposiciones mecánicas.

En realidad, las evidencias empíricas que convalidan o contestan los resultados propalados por las recetas reformadoras en términos de transparencia en el *policy making* (democratización), eficiencia y equidad, están siendo construidas de manera bastante precaria, *pari passu* con la implementación de las mismas reformas.

La exigencia de inversiones es, por lo tanto, considerable, lo que en principio contraría las tesis de contracción del financiamiento público y de reducción del alcance de actuación del Estado a los aspectos de regulación y de “definición de las reglas de juego”. ” (ALMEIDA, 2001, p. 55)

Ao analisar a contemporaneidade dessa discussão da Reforma de Estado para a população mundial e as repercussões desses processos de mudança no interior das sociedades, é válido ampliar ainda mais o foco e buscar uma melhor compreensão de todo esse processo. Para esta discussão acrescenta-se a contribuição de dois autores que têm analisado a crise global da civilização atual: Boaventura Santos e Agnes Heller.

Santos (1999) afirma que a sociedade encontra-se em uma fase de transição paradigmática cujos sinais de crise são evidentes, ocorrendo no plano global e resultante de um esgotamento desse processo civilizatório. Refere que a ciência moderna, “...que o projeto da modernidade considerou ser a solução privilegiada para a progressiva e global racionalização da vida social e individual, tem-se vindo a converter, ela própria, num problema sem solução, gerador de recorrentes irracionalidades” (SANTOS, 1999, p.34). Para ele o novo paradigma, ainda em processo de descortinamento, poderia ser chamado de pós-moderno o qual tem, neste final de século, como única utopia realista, a ecológica e democrática.

Já Heller (1999), ao apontar, da mesma forma, a existência de uma crise global da civilização, refere que a modernidade é uma grande possibilidade e também um grande ônus. Vive-se na incerteza de significados e valores. Por isso, o reconhecimento de identidades múltiplas em todos os níveis de integração e em relação a todos os poderes morais é o requisito mínimo para se restaurar o equilíbrio do Estado Moderno.

“Mas se a democracia e o liberalismo puderem ser mantidos em equilíbrio adequado, não só dentro de Estados como também dentro de regiões integradas, haverá uma boa chance de sobrevivência da modernidade em nível global. E a modernidade só pode sobreviver em nível global” (HELLER, 1999, p. 31-32)

Considerou-se importante realizar a discussão até aqui feita sobre o tema da Reforma do Estado e Reforma Sanitária no Brasil, para contextualizar a discussão da crise pela qual passa a saúde e essa análise seguirá, com o foco da atenção sobre um estabelecimento específico de saúde que é o hospital. Toda essa temática constitui-se em pano de fundo do lugar e situação que será analisada. Por isso, se não considerada, corre-se o risco de cometer o equívoco de supervalorização da análise micro, em detrimento dos condicionantes e variáveis de caráter macro, que, como amplamente conhecido, têm necessariamente influências e repercussões, na análise da micropolítica do trabalho em saúde.

Segue-se revisão sobre o tema do Hospital e sua gestão, cenário onde este estudo será realizado.

2.2. SOBRE A TEMÁTICA HOSPITALAR

O Hospital contemporâneo, embora originário das instituições asilares existentes nos séculos XVII e XVIII, é invenção relativamente nova que data do final do século XVIII.

De acordo com Foucault (1986a), os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram concebidos para curar, mas consistiam em instituições, de cunho caritativo, cujo objetivo primordial era a assistência aos pobres, como também separar e excluir indivíduos do convívio social. Ressalta que a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. Até meados do século XVIII, Hospital e Medicina permaneceram independentes e o grande médico não aparecia no hospital; “...era o médico de consulta privada”. (FOUCAULT, 1986a, p.109)

A transformação se dá com a medicalização do hospital e a partir do momento em que a Medicina se tornou hospitalar. Esse autor refere que é por intermédio da introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que se abre a possibilidade de medicalizá-lo. “A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um

lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas.” (*Ibid.*, p.107) Começa-se a constituir a medicina do meio, que passa a ter lugar não mais no livro, mas no hospital. Além disso, há uma profunda mudança no sistema de poder no interior deste equipamento: os médicos assumem a responsabilidade pela gestão da estrutura hospitalar, lugar ocupado anteriormente por religiosos.

Ao se analisar o hospital, especialmente, como organização que sistematiza conhecimentos sobre a sua gestão, reafirma-se a perspectiva deste como invenção relativamente nova. (NETO, 1991)

Fundamentada nas escolas clássicas da Teoria Geral da Administração (TGA), a maior parte da produção teórica sobre gestão hospitalar se referencia no paradigma funcionalista/sistêmico. Esta hegemonia teórica, no que se convencionou chamar de “Administração Hospitalar”, é baseada na compreensão de que o hospital funciona como verdadeiro subsistema dentro do sistema social mais amplo, constituído por vários serviços ou setores – partes - bem articulados entre si e trabalhando dentro da lógica dos “objetivos organizacionais” (MERHY & CECÍLIO, 2001). Além disso, está, como as outras instituições da sociedade, imerso na lógica do Mercado e precisa adaptar-se a ele.

Em termos de modelo teórico-organizacional, alguns pontos cegos podem ser identificados na teoria dos sistemas: (i) o biologismo apontado por Motta (1975) o qual gera uma ilusão científica conseqüente ao analisar as organizações com instrumentos importados da biologia e adaptados à natureza social das organizações – considera-se que essas organizações não são previsíveis como os sistemas biológicos e não há possibilidade de se prestar ao rigor científico que caracteriza as ciências físicas; (ii) a importância excessiva atribuída ao papel desempenhado pelo ambiente, que, em última análise, pressupõe uma primazia do sistema cultural com relação ao técnico e social e negligencia o papel dinâmico das contradições internas das organizações; e, ainda, (iii) a incompreensão da verdadeira natureza da dinâmica dos sistemas, da qual é parte constitutiva a tensão entre as pessoas e as estruturas sociais.

Ao defender a necessidade de uma reformulação da teoria da organização, Ramos (1989) afirma que: “Dos dias de Taylor até hoje, a teoria da organização – graças à persistente falta de exame de suas dimensões epistemológicas – tem sido, em grande parte, uma ideologia do sistema de preço de mercado” (p.136).

Além disso, diversos autores baseados em experiências e pesquisas na área hospitalar, apontam a insuficiência desse modelo para análise da dinâmica desse tipo de organização. Muito mais que uma empresa que deve dar respostas a um mercado, o hospital, especialmente o da esfera pública, deve trabalhar com princípios como os da universalidade, equidade, integralidade e qualidade da assistência para atendimento a todos os cidadãos e não somente a clientes. Alia-se a isso o fato desse paradigma não incorporar a diversidade de atores que compõem o universo hospitalar, todos eles portadores de projetos e com autonomia e liberdade para estabelecer relações e disputar seus projetos. Dessa forma, uma gama de questões relacionadas à natureza organizacional e funcional, à rede de relações e à diversidade de variáveis relativas a micropolítica do trabalho em saúde não é considerada. Com isso, uma realidade complexa e dinâmica, que é parte integrante e fundamental do campo da administração, é esquecida.

Como uma instituição pública e de serviços, o hospital apresenta importantes traços de uma típica organização burocrática, onde se trabalha na perspectiva da reprodução e manutenção da sua funcionalidade.

Como bem assinalado por Offe⁶, *apud* Rivera (1995), o setor de serviços tem a peculiaridade da realização num mesmo espaço e tempo da unidade entre produção e consumo, entre profissional e clientela, de maneira que essa relação já subentende uma interação social dado que a própria eficiência dos serviços depende da aceitação, por parte do cliente, da ação produzida.

Acrescenta-se o fato de que as instituições de saúde apresentam maior complexidade em função das seguintes características de suas organizações :

⁶ OFFE, C. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

- "... hipertrofia e grande autonomia dos centros operados, identificados com o trabalho técnico assistencial;
- imprecisão dos produtos e dos critérios de eficácia;
- coordenação do trabalho a partir de saberes, normas e práticas adquiridas fora das organizações prestadoras de serviço, em nível dos centros formadores e das associações profissionais;
- difícil e desaconselhável normatização ou padronização dos processos de trabalho específicos, devido à diversidade dos cuidados, à imprevisibilidade da demanda, à falta de critérios claros que permitam equacionar estes processos em termos de uma relação de custo-benefício, e finalmente, devido ao componente interativo e comunicacional de todo ato de produção individual;
- problemas centrados na coordenação das categorias profissionais que formariam a equipe de saúde e na inexistência de critérios claros de avaliação e de imputabilidade de responsabilidades..." (RIVERA, 1995, p.147-48).

Além disso, Rivera (1995) ressalta que a comunicação é parte essencial da realização desse trabalho, o que sugere que os próprios meios sanitários são dotados de eticidade, já que a própria realização e continuidade de uma intervenção dependem da legitimidade da relação entre profissional e clientela.

"Dada essa especificidade do setor saúde, que o afasta radicalmente do modelo da utilidade econômica e do trabalho manual, surge a necessidade de uma nova compreensão do serviço público, mais ligada à efetividade e à qualidade dos serviços sanitários. O caráter interativo, em geral, dos serviços sanitários pede por formas organizativas específicas, situadas na perspectiva da descentralização e de um modelo comunicativo de gerência..."(Ibid, p.146).

Como outras organizações modernas, o hospital constitui um dos elementos de um aparelho de disciplina e regulação na sociedade, que assegura a ordem não por meio da vigilância, mas por intermédio de uma micropolítica de disciplina, na qual as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade (CARAPINHEIRO, 1998). Por outro lado, como é constituído por diversos grupamentos de indivíduos que se relacionam e interagem constantemente, é fortemente dependente dos vários tipos de negociações que os seus membros estabelecem entre si.

Soma-se a isso o fato de se tratar de uma instituição de saúde na qual, como já salientado por Carapinheiro (1998), a grande especificidade reside na predominância do poder e autonomia médicos, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática. Nesse sentido, a gestão e as políticas hospitalares desenvolvidas estão, de uma forma ou de outra, amarradas aos interesses dos grupos médicos.

Essa organização adquire ainda maior complexidade quando se agrega a característica de ser um hospital universitário, visto que a instituição acadêmica sobrepõe-se à instituição hospitalar trazendo sua lógica adocrática⁷, a da disciplinarização, e os vários poderes e saberes existentes em seu interior que trabalham no sentido da formação do profissional de saúde. Como organização de especialidades, com cultura e autonomia próprias, o hospital universitário tem que dar conta de uma diversidade de núcleos de especialistas que tendem a se apoderar do espaço público e

“Exercem seus autogovernos com grandes graus de autonomia, inclusive tornando secundários e subordinados, os espaços organizacionais mais coletivos de ordenamento do sentido do agir coletivo da organização” (MERHY, 1999a, p.5).

Assim, está sempre na ordem do dia dos professores, os temas da superespecialização e incorporação de tecnologia, a definição de clientela e o perfil a serem atendidos em nome do ensino e da pesquisa. Ainda que isso, algumas vezes, signifique restrição e diferenciação da assistência, redução na produção assistencial, custos muito elevados, discriminação e seleção de clientela. Dessa forma, o desafio e as dificuldades que se colocam para a gestão desta organização são enormes, pois além da busca de uma eficiência, há que administrar também o conjunto de interesses envolvidos no hospital universitário que esbarra, quase sempre, nas relações de poder estabelecidas e em constante disputa.

⁷ A expressão adocracia é de autoria de Alvin Tofler e é aplicável a qualquer forma de organização que rompa com as tradicionais normas burocráticas, com vistas à detecção de oportunidades, resolução de problemas e obtenção de resultados. A tônica é o incentivo à criatividade individual enquanto caminho para a renovação organizacional (Glossário do Fórum de Gestão do DEI da Universidade de Coimbra). Para Merhy (1999a), toda organização cuja principal moeda de troca nos jogos de poder é o domínio de certos saberes e a competência prática adquirida a partir destes saberes, tende a tornar-se adocrática, ou seja, uma organização de especialistas que domina e negocia os seus saberes. Neste sentido, afirma que “...as escolas médicas estão cada vez mais “adocráticas” e, paradoxalmente, mais burocratizadas” (MERHY, 1999a, p. 4).

Carapinheiro (1998) ao discutir a importância da questão das relações de poder dentro da temática hospitalar, afirma que uma problemática central na investigação é a análise do poder médico. Esse poder é denominado poder-saber e salientado em termos do saber como a autonomia profissional na divisão do trabalho médico, a autonomia científica e tecnológica, e a autonomia política e econômica pelo monopólio profissional legalmente garantido pelo Estado, para o exercício da medicina (CARAPINHEIRO, 1998). Ao considerar que saber e poder se implicam mutuamente, ou seja, não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, todo saber constitui e assegura novas relações de poder, acrescenta: "... não há um saber médico, mas vários saberes médicos, assim como não há um poder médico, mas vários poderes médicos. Há assim vários poderes-saberes médicos". (*Ibid.*, p.75) Como referido por ela, para Crozier

"... o poder é o fundamento do conjunto de relações que constituem os construídos organizacionais (1977:64). Toma como ponto de partida as estratégias dos actores sociais e considera estes como os únicos portadores do contexto organizacional, e o poder como fundamento do conjunto de relações que eles constituem". (*Ibid.*, p. 83)

Assim, são referências centrais nessa pesquisa tanto o paradigma da ordem negociada de Strauss, como a análise estratégica de Crozier para cobrir dimensões centrais de análise da organização do poder médico nos serviços.

De acordo com Lebrun (1984) nenhuma definição de poder, como fator sociopolítico, é superior à fórmula de Weber que a define como toda oportunidade de impor a sua própria vontade, no interior de uma relação social, até mesmo contra resistências, pouco importando em que repouse tal oportunidade. Nesse sentido, da mesma forma que Weber, também atribui grande importância ao papel da coerção na discussão do poder ao afirmar que no horizonte desta, sempre está presente, se não o temor, pelo menos a consciência da possível coação – inclusive para aqueles (e são inúmeros) que nunca pensaram sequer em contestar a legitimidade do poder. (LEBRUN, 1984)

Já Foucault (1995), no trabalho *O Sujeito e o Poder*, entende que só há poder exercido por "uns" sobre os "outros" e prefere analisá-lo a partir das relações entre os sujeitos.

“Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo “governo” dos homens, uns pelos outros - no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre “sujeitos livres” enquanto “livres” – mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar”. (FOUCAULT, 1995, p. 244)

Afirma que é necessário analisar as instituições a partir das relações de poder, e não o inverso, e que “... uma sociedade “sem relações de poder” só pode ser uma abstração”. (*Ibid.*, p.246)

Habermas, por sua vez, apresenta uma conceituação multidimensional do poder: o poder utilizado administrativamente, no qual o importante é a eficácia na implementação de um programa; o poder como elemento da ação estratégica que se define como a violência ou a capacidade de impedir outros indivíduos ou grupos de defender seus próprios interesses; e o poder comunicativo que é aquele a serviço da práxis (RIVERA, 1995). Apesar dessas três dimensões coexistirem em constante tensão, Habermas atribui a primazia ao poder comunicativo. Esses poderes deveriam, de acordo com ele, estar em equilíbrio, ou seja, o poder de integração social da solidariedade (mundo social da vida) deveria ser capaz de resistir às forças dos outros recursos: dinheiro e poder administrativo. Entretanto, os interesses prioritários no Estado moderno estão fundamentalmente articulados em torno das questões privadas de sobrevivência ou reprodução econômica. E isso exclui as necessidades gerais ou sociais, o que leva a uma disparidade no desenvolvimento das diferentes áreas da vida social. Essa situação configura a tese da colonização do mundo da vida pelo sistema. (RIVERA, 1995)

Por outro lado, não obstante o poder estar normatizado juridicamente pela organização do direito público dos cargos, Habermas considera que este poder precisa de uma base de confiança anterior: a legitimação. Ao considerá-la como um problema constante, não acredita numa ampliação do poder pela violência ou manipulação sistemática dos apoios. E é baseado nessa avaliação da dificuldade de institucionalização do poder e de outros meios pelo sistema, que Habermas sustenta seu otimismo na sobrevivência e resistência do mundo da vida e da práxis comunicativa.

O conceito de poder de Habermas alimenta-se do poder comunicativo de Arendt, ambos ressaltam que o poder só é legítimo quando resulta de um consenso. Arendt, como apontado por Freitag & Rouanet (1993), concebe o poder como “aquela capacidade humana não somente de agir ou de fazer algo, como de unir-se a outros e atuar em concordância com eles” (p. 23). Essa autora não concebe o poder como uma modalidade da violência pois, para ela, ele emana de leis e instituições decorrentes do apoio integral da sociedade pressuposto por um consenso original. A própria existência das instituições é, para ela, a prova de que em um certo momento houve consenso. É neste ponto que começam as divergências de Habermas com Arendt. Habermas parte de uma avaliação crítica de que a autora adere a um conceito aristotélico do político, incompatível com as condições do Estado moderno, e que, no fundo, tem implicações conservadoras. Isso pelo fato da sua concepção de poder comunicativo não permitir distinguir o falso consenso do verdadeiro, pois a diferença entre poder, violência e comunicação, em sociedades concretas, não é nunca nítida como se supõe, especialmente em função das ideologias. Além disso, porque ao reduzir o político à esfera exclusiva da ação comunicativa, Arendt exclui, do sistema político, a ação estratégica, considerada por Habermas também importante (FREITAG & ROUANET, 1993).

Ao buscar superar as insuficiências do modelo funcionalista-sistêmico para análise da instituição hospitalar e entender a importância do tema das relações de poder neste contexto, esta pesquisa, assim como já feito por Carapinheiro (1998), utiliza como referencial teórico básico a obra de Michel Foucault, especialmente aqueles textos que trazem luz à discussão em pauta, quais sejam, os capítulos *Nascimento do Hospital e Soberania e Disciplina* do livro *A Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 1986b) e o livro *FOUCAULT: Uma Trajetória Filosófica – Para além do estruturalismo e da hermenêutica* onde Rabinow & Dreyfus (1995) analisam a totalidade da obra do autor.

Machado (1986) aponta que a grande novidade apresentada por Foucault é um deslocamento tanto do espaço da análise quanto do nível em que ela se efetua, para investigação sobre o poder, por meio da análise ascendente. Ou seja, com a descoberta dos micro-poderes, espaços de transformação do poder em nível capilar, que não são apenas extensão ou simples prolongamento do Estado em nível micro, ele instituiu,

metodologicamente, uma démarche inversa à análise descendente (partir do Estado para análise dos micro-poderes):

“... partir da especificidade da questão colocada, que para a genealogia que ele tem realizado é a dos mecanismos e técnicas infinitesimais de poder que estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes – sobre o criminoso, a sexualidade, a doença, a loucura, etc. - e analisar como esses micro-poderes, que possuem tecnologia e história específicas, se relacionam com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho de Estado” (MACHADO, 1986, p.XIII).

Para esse autor, as relações de poder disciplinar têm importância nas sociedades modernas depois do século XIX, pelo fato delas desvendarem além do lado negativo também o lado positivo, produtivo e transformador. Assim, apresenta-se a tese fundamental da genealogia de Foucault: o poder é produtor de individualidade, ou seja, o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica e é um de seus mais importantes efeitos. (MACHADO, 1986, p. XIX)

Rabinow & Dreyfus (1995) por intermédio de uma minuciosa descrição da trajetória filosófica de Foucault mostram, progressivamente, a evolução dele em direção à construção de uma metodologia de análise. Inicialmente, a arqueológica presente nos primeiros livros e, posteriormente, quando filia-se ao método genealógico. Os autores, sobre a metodologia elaborada, concluem que Foucault não constituiu uma teoria geral da produção, mas, ao contrário, ofereceu uma analítica interpretativa da situação cotidiana.

“É somente a combinação da arqueologia com a genealogia que lhe permite ir além da teoria e da hermenêutica e, ainda, considerar os problemas seriamente. A analítica interpretativa compreende que ela mesma é produzida por aquilo que ela está estudando; conseqüentemente nunca pode permanecer isenta.” (RABINOW & DREYFUS, 1995, p.138)

Alguns conceitos e categorias foucaultianas apresentam-se como fundamentais para essa análise. A partir da compreensão de que “... o corpo só se transforma em força útil se for, ao mesmo tempo, corpo produtivo e corpo submisso” (*Ibid.*, p.125), o autor em questão tenta identificar os mecanismos específicos das tecnologias, por meio dos quais o

poder se articula com o corpo, o denominado biopoder. De acordo com Foucault, a tecnologia disciplinar funciona por estes caminhos: i) há inicialmente a construção de um “micropoder”, a começar pelo corpo como um objeto a ser manipulado; ii) posteriormente, a dimensão significativa é progressivamente ignorada e silenciada; iii) o poder disciplinar opera continuamente sobre os corpos; e iv) é realizado também um controle do espaço (espaços demarcados e ordenados), pois esse é um elemento essencial desta “grade organizada”. Portanto, a disciplina opera por uma combinação de observação hierárquica e sanção normalizadora que se associam a uma técnica central de poder disciplinar que é o exame (RABINOW & DREYFUS, 1995).

Afirma, ainda, que as tecnologias políticas do corpo não estariam “.. nem num tipo definido de instituição nem num aparelho de Estado” (*Ibid.*, p. 126). Trata-se de uma microfísica do poder na qual os aparelhos e as instituições lançam mão em seu jogo. Este poder disciplinar, de acordo com Foucault, foi desenvolvido e aperfeiçoado em fábricas, casernas, prisões e hospitais; “... em cada um destes lugares, o objetivo geral era um “aumento paralelo de utilidade e docilidade” dos indivíduos e das populações.”(RABINOW & DREYFUS, 1995, p.149)

“Conforme Foucault analisou em *Nascimento da Clínica*, o hospital bem disciplinado tornou-se a contrapartida física da disciplina médica. Estas mudanças não foram nem benignas, nem insignificantes, nem inconseqüentes” (*Ibid.*, p.175).

Outro tema importante para Foucault e para este estudo é a discussão da relação entre o poder e o saber: ambos operam na história gerando-se e colonizando-se mutuamente, embora nenhum deles possa ser explicado a partir do outro, muito menos reduzido ao outro (RABINOW & DREYFUS, 1995). Como afirmado pelo autor em *Vigiar e Punir*:

“... não há relação de poder sem constituição correlativa de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder. Estas relações de “poder-saber” não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento que seria livre, nem em relação ao sistema de poder; mas é necessário considerar, ao contrário, que o sujeito que conhece, os objetivos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são, antes, efeitos

destas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Em suma, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber útil ou recalcitrante ao poder, porém o que determina as formas e os domínios do conhecimento são o poder-saber, os processos e as lutas que os atravessam e pelas quais são constituídos”. (RABINOW & DREYFUS, 1995, p.128)

Habermas, com a sua teoria da ação comunicativa, pode iluminar e ajudar na busca de um novo paradigma para compreender e analisar a dinâmica hospitalar. Ao buscar uma nova proposta de intervenção, Rivera (1995) apoiado nessa teoria, apresenta a proposição de uma compreensão comunicativa do planejamento que implica no resgate do próprio mundo interno no processo decisório. Ao trazer à tona a racionalidade normativa e expressiva, omitidas tanto pelo modelo normativo quanto pelo estratégico, o enfoque comunicativo revaloriza as questões da legitimidade e autenticidade dos planos e introduz a necessidade do entendimento.

Além disso, a teoria da ação comunicativa pressupõe um questionamento profundo do paradigma do sujeito e o substitui pela figura de uma intersubjetividade mediada pela linguagem que conhece e atua nos três mundos: objetivo, social e subjetivo. Dessa forma, a racionalidade é alargada ao englobar os elementos normativos ou instrumentais, a racionalidade política e os elementos subjetivos. Todos esses subordinados a um agir comunicativo, os quais configuram várias racionalidades do planejamento entrelaçadas criticamente pela comunicação. Este alargamento do conceito de razão é, de acordo com o Rivera (1995), uma das principais contribuições de Habermas e que reforça o argumento da interdisciplinariedade, visto que a cada tipo de racionalidade corresponde um saber que é interdependente e necessita de uma inter-relação crítica.

Esta perspectiva linguística incorporada à gestão das organizações é também defendida por Flores (1989) em seu livro *Inventando la Empresa del Siglo XXI*. As organizações passam a ser compreendidas como rede de conversações que interage o tempo todo ao objetivar a consensuação de compromissos e missões institucionais.

Outra contribuição fundamental que vem somar à apresentada por Foucault e Habermas é aquela dos analistas institucionais que preconizam que a saúde é um território permeado de tensões, o que permite almejar a exploração de potências singulares pela produção de novos locus de poderes instituintes e novas subjetividades (GUATTARI, 1985).

Ao considerar o Movimento Institucionalista como um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, Baremblytt (1996), um dos institucionalistas mais conhecidos no Brasil, aponta a característica comum do movimento: a sua aspiração em deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e auto-gestivos dos coletivos sociais. Ao partir da compreensão da sociedade como um tecido de instituições que se interpenetram e articulam entre si, para regular a produção e a reprodução da vida humana, trabalha com a idéia-chave que nas instituições podem distinguir-se duas vertentes importantes: a do instituinte e do instituído. A primeira constitui-se nos momentos de transformação institucional, isto é, aquelas forças produtivas de códigos institucionais, enquanto que a vertente do instituído é o efeito da atividade instituinte, a função, aquilo que tende a conservar a instituição.

Dois outros conceitos são fundamentais para a análise institucional: o molar (entendido como o macro ou o cosmos) e o molecular (visualizado como o nível micro). O macro constitui-se no lugar da ordem, da conservação, da regularidade; o micro é o lugar da produção, das conexões anárquicas, da eclosão constante do novo e do instituinte. O Institucionalismo afirma que:

“... as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultado de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópicos de uma sociedade” (BAREMBLYTT, 1996, p. 45).

Embora o Institucionalismo não privilegie, a priori, nenhuma determinação mais que outra, ou seja, são tão importantes as vontades, os desejos e as representações com que os homens entram nos processos históricos quanto as estruturas econômicas, políticas ou naturais que vigoram, estes analistas reconhecem como fundamental a existência de

forças inconscientes, denominadas *desejo*, imanentes à produção. Deleuze e Guattari, criadores da tendência institucionalista chamada Esquizoanálise, utilizam uma definição de desejo que não tem caráter restitutivo como a definição freudiana, mas tem caráter essencialmente produtivo-revolucionário; eles afirmam que o desejo é força indissociável da produção da vida social e natural.

Como referido por Baremlitt (1996) neste movimento “... não existe sujeito eterno e universal, apenas preenchido com conteúdos históricos sociais variáveis. Para o Institucionalismo, o que existe são processos de produção de subjetivação ou de subjetividade” (*Ibid.*, p.50). Ou seja, o sujeito é produzido em cada acontecimento, em cada lugar e conjuntura histórica. Em busca da produção de subjetivação livre, não assujeitada, é que o institucionalismo vai privilegiar a construção de dispositivos capazes de criar processos produtivos desejantes revolucionários que, ao produzir subjetivações, possam ser capazes de gerar os “novos homens”. (*Ibid.*, p. 51)

Lourau (1996), preconizador da corrente institucionalista denominada Análise Institucional, refere que essa tendência não pretende produzir um supersaber clandestino, mais completo e verdadeiro que os outros setores fragmentários do saber, mas “... tem em vista produzir é uma nova relação com o saber, uma consciência do não-saber que determina nossa ação” (p. 16); a descoberta do não-saber como regra universal da ação. Para ele, a instituição é um espaço singular recortado no espaço e tempo sociais. Esse conceito designa estabelecimentos bem delimitados no espaço social, com clientela específica e simbolizados por uma arquitetura funcional. São instituições paradigmáticas as religiosas, as hospitalares e as educativas. “Em todos esses casos, trata-se daquilo que, juntamente com Goffman, pode-se denominar instituições “totalitárias” ou “totais”” (LOURAU, 1996, p.26). Considera-se totalitárias, essas instituições, porque são separadas das normas sociais exteriores e fortemente regulamentadas e totais porque condensam, em um espaço, o conceito de totalidade. Por isso contêm as características de um processo de “esquizofrenização” do pensamento e da prática social.

Apesar de afirmar que não se pode reduzir a análise institucional a um método terapêutico ou pedagógico, Lourau (1996) propõe a intervenção socioanalítica, ou seja a aplicação da análise institucional à prática dos grupos, coletividades ou organizações. Ele

parte da hipótese de que é possível, mediante a análise em situação, decifrar as relações que os indivíduos e os grupos mantêm com as instituições. E ao concluir, afirma que

“A análise institucional oscila de um lado entre a tentação de uma *socianálise*, facilmente “recuperável” pela sociologia, pela psicologia e pelas instituições que garantem estas ciências, e de outro lado uma *crisanálise*, que vai até o final da provocação institucional” (LOURAU, 1996, p.291).

Importantes referências para qualquer discussão sobre o trabalho em saúde, são os estudos empreendidos por Gonçalves (1979; 1993; 1994) que, por meio de uma análise teórica minuciosa e brilhante sobre o tema, deixou contribuição significativa para o entendimento dos processos micropolíticos instituídos como modelos tecnológicos de ação em saúde. Vale destacar a conceituação acerca do trabalho e das tecnologias em saúde desse autor:

“É portanto trabalho à medida que através dessa interiorização de necessidades articula-se ao conjunto da divisão do trabalho social, isto é, redefine-se como atividade produtora que, ao mesmo tempo em que estabelece a forma básica de socialidade de seus agentes, o faz exatamente através de uma relação de alteridade, com isso subordinando o seu conteúdo técnico às exigências daquela articulação social.” (Gonçalves, 1994, p.57)

Sobre as tecnologias, afirma que não se constituem apenas como o conjunto de instrumentos materiais do trabalho e que esta definição restrita procede a uma representação pragmática e fetichizada da realidade. Isso porque omite o aspecto essencial destes instrumentos tecnológicos de só existirem concretamente, enquanto expressarem relações estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham (GONÇALVES, 1994). No estudo que realiza, assume uma postura crítica diante dessa concepção, e dedica-se à análise da tecnologia quanto à sua forma particular de existência constituída pelo saber e seus desdobramentos materiais e não-materiais, como forma de organizar certas práticas referidas à saúde e à doença e, também, de dar suporte à articulação dessas práticas na totalidade social histórica.

“Tecnologia, portanto, no sentido amplo em que aqui se considera, é algo que se constitui *dentro dos* processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais” (GONÇALVES, 1994, p.126).

Da mesma forma, são relevantes os trabalhos de Testa (1992; 1997; 2000), sanitarista latino-americano, os quais fornecem subsídios teóricos para a discussão da temática do poder e as configurações políticas que assumem os distintos projetos de saúde que operam no interior das instituições e estabelecimentos de saúde. É necessário salientar a importância do seu postulado de coerência para análise da relação entre propostas, métodos e organizações, e da sua categorização e conceituação dos tipos de poder com os quais se lida na área da saúde: os poderes políticos, técnicos e administrativos (TESTA, 1992).

Ao analisar as decisões no interior das instituições, esse autor afirma a necessidade de desencadear um processo de construção de viabilidade para os projetos a serem implantados ou consolidados, que denomina “constituição dos sujeitos sociais”. Refere que até meados do século XIX, predominava uma relação produtiva entre a Epidemiologia e a Clínica; daí para frente, com a consolidação e hegemonização da visão da saúde a partir do saber biológico e da prática caracterizada como médico-hegemônica, com conseqüente subordinação da Epidemiologia, destaca-se a característica mais importante que domina o pensamento em saúde na modernidade: a inexistência do sujeito (TESTA, 1997).

Para trabalhar as instituições hipercomplexas⁸, Testa (1997) propõe a recuperação da produção de sentido no processo produtivo e de reprodução da sociedade por meio do estímulo aos espaços de diálogo, do encontro, da cultura e da expansão. Para isso refere que a cidadania é peça central e expressão da constituição dos sujeitos sociais e ainda que:

“En esta perspectiva, las actividades que se desarrollan en instituciones cuya pretensión es ser algo más que productoras de bienes y servicios necesarios para satisfacer necesidades, sino que intentan intervenir en esa construcción de sentido, deben pensar en cómo – y no sólo qué – hacer para construir su propia alma, que es también la de sus trabajadores.” (TESTA, 1997, p.47)

⁸ Testa (1997) denomina de hipercomplexas aquelas instituições nas quais se manifestam todos os problemas institucionais em sua máxima dificuldade e que necessitam da articulação do enfoque social ao econômico para responder aos desafios que se apresentam. Como exemplo brasileiro, cita a FIOCRUZ.

Desde o início da década de 90 vem se destacando no cenário da saúde pública, mais especificamente na área de planejamento e administração em saúde, significativa produção teórica de um grupo de professores da UNICAMP que, por beber da fonte de vários e diferentes estudiosos como Foucault, analistas institucionais, Carlos Matus, Mário Testa, Ricardo Bruno, dentre outros, tiram proveito dessa perspectiva teórica mais aberta e eclética e investem numa inserção e intervenção práticas nas instituições de saúde, ao utilizarem e adaptarem várias ferramentas propostas. Dentre eles, vale ressaltar a produção teórica de Gastão Wagner S. Campos, Emerson Elias Merhy e Luís Carlos de Oliveira Cecílio.

Em *Reforma da Reforma*, Campos (1992a) trata da hegemonia do projeto neoliberal na área da saúde, ao mesmo tempo em que ressalta insuficiências e a crise que estabelece no campo da saúde devido às próprias limitações desse projeto. Ele aponta para a necessidade de uma união dos setores mais avançados do Movimento Sanitário para construção de uma contra-hegemonia que efetive plenamente o SUS no Brasil. Para isso, há que se enfrentar problemas nucleares ao processo de mudanças, tais como, a alteração do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e planejamento, da política de recursos humanos e inclusive do conteúdo das práticas médico-sanitárias (CAMPOS, 1992a).

Sobre as possibilidades de conduzir mudanças institucionais articuladas a movimentos mais amplos de reforma social, Campos (1994) afirma ser impossível abalar a hegemonia dominante e o poder de Estado, sem a existência e o apoio de movimentos de pessoas que sistematicamente, questionem o exercício de micropoderes, em instituições de produção de bens e serviços, ensino, administração pública, etc.

“Para isso, seria necessário combinar as disputas mais gerais e pretensamente “mais estratégicas”, com uma multiplicidade de micro-conflitos, valorizando todos os procedimentos para fazer também MICROPOLÍTICA conforme a entende F. Guattari”. (CAMPOS, 1994, p.22).

Ao partir da hipótese de que é possível revolucionar o cotidiano e criar novas formas de governar o espaço público, o autor aposta na constituição dos serviços públicos como espaços de disputas capazes de favorecer a constituição de usuários e profissionais de saúde, com competência para o agir autônomo e solidário. Para ele, o desafio desta época estaria em governar para produzir sujeitos. (CAMPOS, 1994)

A partir desse entendimento e alicerçado em experiências que trabalham na perspectiva de um novo modelo de gestão em saúde, Campos (1992a; 1997) aprofunda e detalha esta proposta que se constitui de: ruptura da organização vertical e corporativa dos serviços de saúde; equipes de saúde locais com maior grau de autonomia, de modo a criar responsabilização e vínculo com a população usuária por meio de um sistema flexível de adscrição progressiva de clientela; incorporação do acolhimento enquanto estratégia de melhoria do acesso do usuário no centro de saúde e incorporação da demanda; desenvolvimento do trabalho por equipes que coletivamente definiriam suas metas e objetivos compatibilizando-os com as diretrizes do sistema de saúde; gestão colegiada em todos os níveis; sistema de avaliação de desempenho dos serviços por meio de planilha de indicadores negociados com toda a equipe; remuneração variável por desempenho; democratização da gestão dos serviços de saúde pelos conselhos locais e criação de instrumentos como satisfatômetros e outros que possibilitem maior participação da população na gestão dos serviços.

No artigo *Subjetividade e Administração de Pessoal* pergunta: “...como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidades?...” (CAMPOS, 1997, p. 230). Apesar de propor a busca de múltiplas combinações de graus de autonomia e de responsabilidade atribuídos aos profissionais pelos arranjos institucionais que assegurem a capacidade de produzir saúde das equipes, a viabilidade dos projetos e a realização profissional e financeira dos trabalhadores de saúde, constata que o paradoxo e as contradições entre direção, trabalhadores e clientes persistirão. Há que se buscar formas de trabalhar com elas. Ao concluir, afirma que não há como alcançar qualidade em saúde sem enfrentar este tema: analisar e reconstruir relações entre profissionais, instituições de saúde e população. (CAMPOS, 1997)

Em trabalho mais recente, Campos (2000) sistematiza de maneira mais completa e aprofundada a proposta de um método para análise e co-gestão de coletivos que ele denominou de Método da Roda. Este método

“...aposta na possibilidade de se instituírem sistemas do co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção”.
(CAMPOS, 2000, p.28)

De tradição antitaylorista, o Método da Roda pretende-se herdeiro de experiências de alguns teóricos que sugeriram propostas para articular mudanças sociais com democracia institucional. Apresenta como objetivos precípuos do Método, o fortalecimento dos sujeitos e a construção de democracia institucional, através da implementação de um sistema de co-gestão que pressupõe a construção ampliada da capacidade de direção, para todo o coletivo e não somente para a cúpula.

Por entender o sujeito como um ser imerso na história e sociedade, mas detentor de uma subjetividade singular e com capacidade de reagir a este contexto, esse autor propõe-se a pensar a Gestão dos Coletivos como um lugar de produção de bens e serviços, mas também espaço com função pedagógica e terapêutica, onde se produziria ao aprender e reconstruir a própria subjetividade: o fator Paidéia do Método da Roda. Para ele, a melhor forma de comprometer os trabalhadores com a produção estaria, não em um controle rigoroso sobre o processo de trabalho, mas estendendo-lhes poder, "...de maneira que a tarefa de produzir Valores de Uso se transformasse também em obra deles próprios." (CAMPOS, 2000, p. 134)

Ainda nesse estudo, propõe algumas modalidades de espaço coletivo, como rodas a serem construídas pela co-gestão: conselhos de co-gestão, colegiados de gestão, dispositivos, diálogo e tomada de decisão no cotidiano. Sugere também novos arranjos ou estruturas organizativas como mudanças nos organogramas, com vistas a uma estrutura mais horizontal por meio da criação de unidades de produção com órgãos colegiados internos e colegiado dirigente de toda a organização, dentre outros. Em síntese, esse autor critica o modo hegemônico de gestão das políticas e dos sistemas públicos e propõe-se a repensar as organizações públicas. Ele sugere uma nova teoria e método para governar e operar essas instituições de modo mais democrático, capaz de torná-las cada vez mais públicas.

A partir da compreensão da necessidade de se apostar em um novo modelo de atenção à saúde que trabalhe para a constituição de organizações de saúde gerenciadas de modos mais públicos e cujos processos de trabalho sejam cada vez mais coletivos e partilhados, e, ainda, guiados e centrados na lógica do usuário, esse grupo da UNICAMP acompanha e assessora diversas experiências desenvolvidas em diferentes instituições de

saúde; sejam elas organizações únicas como hospitais públicos ou secretarias municipais de saúde, responsáveis pela gestão de todo um sistema.

Este modelo, ainda em construção, foi denominado Em defesa da vida e atualmente é experimentado por diferentes gestores de instituições de saúde.

Apesar de diversos grupos sociais destacarem a necessidade de mudanças no modo de trabalhar na saúde, poucos têm a pretensão de operar sobre os aspectos mais micropolíticos dos processos de produção em saúde. Como alerta Merhy (1997a), pequena parcela tem percebido como essa temática atravessa os processos macropolíticos básicos para a reforma das relações estado, sociedade e políticas. E ainda, que

“A construção da figura institucional do gestor único, com capacidade de intervir na construção de novos modelos de atenção passa diretamente pela possibilidade deste componente do sistema de impactar os processos micropolíticos em saúde, que constroem os bens e os serviços, e mesmo as próprias organizações, como relações de poderes e projetos” (MERHY, 1997a, p.130).

Conforme discute MERHY (1997b), as organizações capitalistas desde Taylor aprenderam a domesticar a força de trabalho humana e a capturá-la. De acordo com esse autor, diferentemente da fábrica, no processo de trabalho em saúde não se consegue capturar plenamente o trabalho vivo, dado a própria natureza tecnológica desse trabalho. Essa natureza constitui-se em uma dinâmica altamente complexa ainda ao se considerar os mais simples serviços na área. Como exemplo, pode-se citar o caso de um centro de saúde onde há “... um conjunto de auto-governos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as cabeças presentes neste cenário” (MERHY, 1997b, p. 98).

Sob essa perspectiva, importante referência para a análise da dinâmica micropolítica do processo de trabalho em saúde, tem sido a produção teórica desenvolvida por esse autor (MERHY, 1994; 1997a; 1997b; 1999b; 2000). Embora considere o papel dos determinantes de nível macro na conformação das práticas em saúde, ele aponta para a possibilidade da transformação delas a partir da intimidade do próprio processo de trabalho, além de propor os recursos metodológicos necessários para analisá-las.

Merhy (1999b) preconiza que o conjunto das ações de saúde opera em um terreno de base tensional constituído, pelo menos, em três campos:

- 1) um demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade de atores sociais portadores de interesses e projetos de diversas ordens que, nos seus agires, impõem uma certa conformação do que se denomina saúde;
- 2) outro delimitado pela percepção de que, hegemonicamente, a produção dos atos em saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, ou seja, este processo produtivo é dependente e centrado no trabalho humano. Dessa forma, incorpora toda a subjetividade decorrente disso e por isso constitui-se espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas, quais sejam, a de serem agentes potenciais e disparadores de novas subjetivações. Portanto, opera sempre com alto grau de incerteza dependente da ação dos distintos atores envolvidos nas relações interseçoras⁹ do agir em saúde;
- 3) e, pelo campo das organizações de saúde, que se constituem em espaços de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir da capacidade de se autogovernarem e disputarem o dia-a-dia com as normas e regras instituídas para o controle da organização. Esta noção de que, na saúde, todos podem exercer os seus trabalhos vivos em ato é, sem dúvida, um lugar de realização de potencialidades, mas também um problema para se efetivar a gestão dessas organizações.

⁹ O termo “*interseçor*”, aqui utilizado, tem o mesmo sentido empregado por Merhy (1997b) e deriva da palavra “*interseção*”, tendo um significado de relação entre sujeitos em processo. É originário daquele utilizado por Deleuze (1992) e expressa o espaço e as interações ocorridas no ato de produção de ações de saúde por meio das relações que se estabelecem entre os dois sujeitos envolvidos: usuário e trabalhador de saúde. Assim, o espaço interseçor é aquele formado na relação entre o trabalhador e usuário e é, então, o lugar que torna possível o trabalho vivo em ato, processo sempre em estruturação, como é no caso do trabalho em saúde. Essa interseção não se expressa na forma de uma simples somatória de partes, mas num produto em construção e aberto para o novo.

Pela complexidade desse território, especialmente pela característica de ser espaço permeado por tensões de diversas ordens, a saúde tem o desafio de construir políticas singulares que dêem conta de desvendar e intervir sobre o seu dinâmico processo de produção. E que, em última instância, estejam implicadas com os espaços e os processos de produção de sujeitos sociais (TESTA, 1997).

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde, Merhy traz à tona a possibilidade de, ao atuar sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, serem disparados processos de mudanças no sentido de instituir outros arranjos no modo de fabricar saúde, novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos que se abrem para as necessidades dos usuários de saúde. Pensar sobre essa “liga” ou dobra entre o instituído, lugar de poderes territorializados, e os processos instituintes disparados a partir destes locus de potências, é o que visa essa reflexão sobre a gestão em saúde. (MERHY, 1999b)

Para o desvendamento do que ocorre nos espaços interseções onde se dá o processo de inter-relação de sujeitos, o autor propõe a criação de ferramentas analisadoras dos processos e tecnologias do trabalho em saúde. Sugere, por exemplo, o uso do fluxograma analisador e da Rede de Petição e Compromisso, que serão apresentados posteriormente neste trabalho. Além disso sugere dispositivos naturais e presentes no interior do processo de produção em saúde, com capacidade de interrogar a dinâmica do processo de trabalho e expor as falhas ou sentidos ocultos destes espaços de relação e contribuir também para uma intervenção sobre esses processos (MERHY et al, 1997).

A perspectiva é a de que estes elementos interrogadores e analisadores da dinâmica micropolítica do trabalho possam viabilizar agenciamentos de novos processos no campo da subjetividade dos “autogovernos”¹⁰ do trabalho vivo em ato. Isso permite, então, não só o questionamento do modelo de atenção quanto as suas formas de operar, mas também a invenção e instituição de novos sentidos para o processo de trabalho (MENESES, 1998). Possibilita também, aos trabalhadores coletivos, sujeitos e atores do processo, inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde.

¹⁰ Sobre o exercício de autogoverno dos trabalhadores faz-se necessário destacar os trabalhos de dois autores: Campos (1991; 1997) e Schraiber (1990;1993)

O processo de trabalho nos aspectos micropolíticos configura-se como um cenário de disputa de distintas forças instituintes, desde aquelas presentes na produção propriamente dita, até as atuantes no campo mais subjetivo, qual seja, o imaginário ou desejante. E aqui vale lembrar Merhy (1997b) quando afirma que na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência. Portanto, atuar nestes processos *trabalho vivo dependentes* permite sair em busca da construção de distintas linhas de fuga, seja em relação à produção e satisfação de necessidades, ao modo de trabalhar, à forma como o espaço institucional de gestão é ordenado, etc. Repensar “... a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes – e mesmo agenciada – torna-se, assim, uma das ousadias” (MERHY, 1997b, p.101).

Para adotar essa nova perspectiva na forma de produzir saúde em instituições concretas, esse autor afirma que se deve construir uma nova consciência sanitária e promover a adesão desses trabalhadores ao novo projeto. Nesse sentido, ser gestor para Merhy (1997b) seria desenvolver a capacidade de escutar os ruídos presentes no cotidiano dos serviços, entendê-los e, a partir deles, construir um estado de ânimo cooperativo nas equipes para a execução da missão institucional.

Outro militante a favor desse novo modelo tecno-assistencial em saúde e estudioso do tema da gestão, especialmente a hospitalar, é o Professor Luís Carlos de Oliveira Cecílio. Em sua tese de doutoramento, estudou o processo de mudança vivenciado pelo Hospital Santa Casa do Pará por meio da implantação e acompanhamento do Projeto Em defesa da vida nessa instituição (CECÍLIO, 1994b). A partir daí ele acompanha e assessora experiências de renovação institucional em vários hospitais que apostam em modelos de gestão mais democráticos e que se dispõem a explorar os aspectos micropolíticos de seus processos de trabalho (CECÍLIO, 1997a; 1997b; 1997c; 1998; 1999; 2001).

Esse autor, em proposta para curso de gestão hospitalar, afirma que a construção teórica que tem presidido a prática de intervenção hospitalar do grupo da UNICAMP está construída em torno de três idéias ou preocupações principais: (i) reconhecer sujeitos em ação, construtores do mundo social, em permanente disputa nos

vários espaços institucionais, sejam estes de caráter micro (no interior das organizações estudadas) ou macro (no espaço de disputa pela formulação das políticas de saúde mais gerais); (ii) centrar o foco de análise na micropolítica do trabalho vivo em saúde, com marcado conteúdo de autonomia e intersubjetividade, para construir o processo de atenção centrado no cuidado; (iii) adotar uma teoria das organizações capaz de pensar a complexidade e singularidade das organizações de saúde, nas quais convivam múltiplas racionalidades ou instituições e se entrecruzem incontáveis linhas de poder, e ainda, em que o tema da compatibilização da autonomia com o controle seja um grande desafio.

Baseado na experiência do Centro Geral de Reabilitação (CGR), serviço ambulatorial de reabilitação da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), esse autor defende a montagem de um sistema de direção nas organizações governamentais denominado Administração gerencial, como alternativa ao modelo burocrático clássico, o qual consiste de: sistema colegiado de direção, ênfase no trabalho em equipes, profissionalização da gerência, utilização intensiva da informação pelos indicadores que possibilitam a avaliação dos serviços, criação de políticas próprias de avaliação e gratificação de desempenho, caixa de ferramentas para apoiar o processo gerencial, avaliação da satisfação dos usuários, explicitação da missão da instituição, no sentido dos compromissos e direcionalidade perante o sistema de saúde e os usuários, etc (CECÍLIO *et al*, 1998). Após apresentação e avaliação da experiência de mudança no sistema de gestão, esse autor traça um paralelo entre as questões levantadas a partir dessa instituição e uma determinada produção teórica da Teoria Geral da Administração existente. Dessa forma, busca identificar a “universalidade” no diagnóstico de problemas e a capacidade do modelo responder às questões colocadas. Para essa reflexão utiliza a categoria poder como central e a tradução mais “objetivada” como os conceitos de mecanismos de controle e conflitos organizacionais, dentre outros.

Em sistematização mais recente sobre a proposta de intervenção em nível hospitalar, CECÍLIO (2000) defende a idéia do hospital como espaço de defesa da vida, traduzido como aquele hospital comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas. Isto é, um esforço de superação do paradigma do hospital como espaço apenas curativo, produtor de um conjunto de procedimentos muito

fragmentados, e organizado a partir da lógica da doença. As estratégias para esta construção constituem-se de: (i) pensar a reinserção e articulação do hospital dentro do sistema de saúde; (ii) reduzir o tempo médio de permanência dos pacientes agilizando a alta; (iii) adotar tecnologias que reduzam a necessidade de internação; (iv) criar programas de atenção e internação domiciliar; (v) dar atenção especial para o desenvolvimento de atividades que estimulem ou promovam graus crescentes de autonomia do paciente hospitalizado; (vi) desenvolver atividades de entretenimento para os pacientes que apresentam condições de deixar a cama; (vii) flexibilizar/estimular os contatos com a família; (viii) adotar protocolos terapêuticos individuais, multiprofissionais que qualifiquem a atenção e facilitem a avaliação do cuidado prestado; e (ix) organizar o atendimento nas enfermarias a partir da lógica da responsabilização de uma equipe por um determinado número de leitos, a fim de criar vínculos entre a equipe e os pacientes (CECÍLIO, 2000). Simultaneamente propõe realizar a avaliação da qualidade do hospital por meio do acompanhamento de alguns indicadores que meçam a qualidade da atenção prestada aos e pelos usuários (indicadores de resultados e qualidade e, ainda, pesquisa de satisfação dos usuários). Além de outros que avaliem a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de apoio ou suporte (farmácia, lavanderia, nutrição e dietética, laboratório, e outros). O autor finaliza, afirmando que

“Sin embargo, estas estrategias aparentemente sencillas y seductoras, no son de fácil aplicación en la medida en que no son apenas técnicas de gestión y por lo tanto “neutras”. En verdad, estas estrategias si trabajadas con radicalidad, enfrentarán situaciones muy bien establecidas a partir de relaciones de poder históricamente construidas, y muy resistentes a los cambios.” (CECÍLIO, 2000, p. 4)

Ao reconhecer e se deparar, nas experiências concretas com a relevância da temática do poder nas organizações em saúde, em particular no hospital, Cecílio (1999) sistematiza essa discussão em artigo e enfatiza a constante tensão entre controle *versus* autonomia no processo de gestão. Com base no acompanhamento e assessoria a hospitais que buscam mudanças organizacionais, ele defende a hipótese de que a implantação de modelos de gestão de recorte “democrático”, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização, paradoxalmente, é vista como

mecanismo controlista pelos trabalhadores, a quem se supunha estar garantindo uma maior participação na gestão. Nessas experiências são identificados resistências e boicotes à proposta de mudança e são evidenciadas

“regularidades presentes em quase todas as organizações: o forte poder médico traduzido em sua autonomia e na sua acentuada capacidade de “impor disciplinas” no hospital (CARAPINHEIRO, 1998), a linha de mando fortemente hierarquizada da enfermagem, mas também estratégias de resistência dos subalternos, verdadeiras “linhas de fuga” ao poder instituído (LIMA, 1998)” (CECÍLIO, 1999, p.318).

Esse autor aponta que há resistências a essas formas mais transparentes de gestão, especialmente pelo fato de haver uma publicização dos espaços de gestão e dos processos de trabalho, quase sempre muito privatizados e atravessados por interesses particulares, arranjos institucionais e acordos de todos os tipos que acabam por ser revelados neste processo (CECÍLIO, 1997c). Por isso, afirma que qualquer mudança na gestão deverá tomar como central o tema do poder na vida organizacional para melhor compreender e atuar. E, em função da singularidade do hospital, conclui que qualquer projeto democrático para a saúde deverá, necessariamente, considerar e trabalhar o tema da negociação (CECÍLIO, 1999).

Para analisar o processo de difusão da agenda da reforma no Estado e tomar como caso o setor saúde, Costa, Ribeiro & Silva (2000) realizam um estudo nos hospitais públicos das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo e identificam as estratégias organizacionais utilizadas com vistas uma nova interação com o aparelho de Estado. São identificadas como estratégias de inovação organizacional: (i) a criação de Centrais de Internação e Consultas, Ouvidorias, implementação de gestão colegiada, (ii) a flexibilização de contratos de profissionais e (iii) a implementação de fundações de apoio, organizações sociais, cooperativas de profissionais, contratos de gestão, certificados de acreditação hospitalar, dentre outros. Entretanto, evidenciam que essas mudanças ocorrem de modo fragmentado e experimental assistindo-se, no setor saúde brasileiro, a uma reforma silenciosa e não explícita, ao contrário das congêneres em outros países. Concluem que o “... processo de flexibilização administrativa parece, assim, ainda em aberto pelo baixo grau de consenso em relação aos efeitos sobre a provisão de bens escassos e sobre a

capacidade do poder público de regular as organizações geridas por terceiros”. Para que esse processo tenha êxito parece necessária a introdução de rotinas de avaliação que permitam apontar os parâmetros e indicar mudanças de curso (COSTA *et al*, p. 441).

Um outro teórico contemporâneo que muito tem contribuído para o debate da gestão em saúde e que tem trabalhos relevantes na área hospitalar é o Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, Professor da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP¹¹. Vale destacar o livro *Agir Comunicativo e Planejamento Social* que realiza uma análise minuciosa das propostas de planejamento estratégico de Matus e Testa. Ele conclui pela necessidade, como apontado por Habermas, do planejamento revalorizar as estratégias de negociação e de cooperação em prol da legitimidade dos planos. Isso pressupõe assumir uma perspectiva mais descentralizada de mundo e que traz à tona o mundo social dos atores. Ele entende que a abordagem do social é extremamente complexa em função da diversidade de situações, problemas e recursos que variam dinamicamente. E considera extremamente rica e produtiva a proposição do agir comunicativo incorporado ao planejamento. Desse modo, advoga a idéia de que não deveria existir um único enfoque de planejamento, mas uma proposta de planificação e de gestão mais flexível que, conforme as situações impostas, articularia a diversidade de racionalidades ou, como ele próprio diria: “... um diálogo crítico entre razões...” (RIVERA, 1995, p.138).

Assim, corroborando com Habermas sobre a necessidade de formas organizativas adequadas à complexidade da sociedade moderna, Rivera sugere também, para o setor saúde, modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos “...de modo que a organização enquanto totalidade sistêmica se impregne dos valores, idéias, ordenamentos e capacidade do(s) mundo(s) da vida dos atores e por eles seja regida.” (RIVERA, 1995, p.118) Em função disso, recomenda uma racionalidade de gestão de base comunicativa, consensual, que respeite a autonomia profissional e a flexibilidade produtiva, atue em equipe e trabalhe na perspectiva de uma negociação dos compromissos e da avaliação da qualidade da assistência prestada.

¹¹ Um outro técnico da ENSP/FIOCRUZ que tem acompanhado hospitais públicos, utilizado o planejamento estratégico e trabalhado na perspectiva de um sistema de gestão descentralizado com subsistema de petição e prestação de contas interno é o Prof. Pedro Ribeiro Barbosa quem, recentemente, assessorou o Hospital Municipal Salgado Filho (RJ) com vistas à elaboração de um plano estratégico (LIMA & BARBOSA, 2001).

Em outro trabalho Rivera (1996) afirma que o PES de Matus pode ser útil, no que diz respeito aos aportes de sua Teoria Macroorganizacional ao desenho de modelos de gestão comunicativos, e que os temas da descentralização, responsabilização e planejamento criativo se articulam como uma necessidade interna a este modelo. Ao pensar especificamente o modelo gerencial de estabelecimentos complexos de saúde, como os hospitais, propõe: (i) desenhos organizacionais articulados por unidades autônomas ou semi-autônomas de trabalho, definidas por conjuntos de produtos integrados, com descentralização efetiva de poder, inclusive o planejamento, a responsabilidade financeira e o gerenciamento; (ii) formas colegiadas de gestão e (iii) introdução da lógica do planejamento por problemas e operações articuladores. Ele destaca que

“Garantir a prestação de contas ou a responsabilização, uma gerência criativa que implique o planejamento por problemas e uma racionalização da tomada de decisão em geral são imperativos de construção simultâneos” (RIVERA, 1996, p. 366)

Por fim, sugere a necessidade de trabalhar com um referencial sobre cultura pois “Se acreditarmos no potencial do agir comunicativo habermasiano, a evolução cultural deve ser assumida como uma realidade. O contrário significaria a impossibilidade de toda mudança” (*Ibid.*, p. 371).

Quando analisa especificamente o enfoque do modelo de gestão hospitalar denominado “*démarche*” estratégica aplicado pelo Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, França, este autor (RIVERA, 1997) apresenta o método e avalia que este é baseado na análise estratégica das melhores alternativas de racionalização da missão hospitalar. Ao estabelecer como eixo central a consideração de um ambiente de competição, a definição da missão do hospital é feita a partir de negociações com o ambiente externo institucional, o qual inclui os outros hospitais da área, que direcionam a estruturação das redes de cuidados. Após apresentação das fases e principais instrumentos metodológicos, identifica este enfoque como “...um modelo de gestão estratégica e comunicativa da realidade hospitalar com enormes possibilidades práticas” (RIVERA, 1997, p.79).

Eis aqui, o grande desafio colocado para a área de planejamento nos dias de hoje: a construção e operacionalização de um modelo de planificação e gestão aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa e subjetividade a ele inerentes e, conseqüentemente, todos os atores envolvidos na interação social. E ainda, que consiga produzir dirigentes capazes de gerir de forma democrática, as modernas organizações existentes, inclusive as do setor saúde e suas especificidades. Deve-se alertar, todavia, para o perigo de se colocar o método como uma prática de intervenção social, para além do processo histórico-social concreto. Ou, como já colocado por MERHY (1995), o risco de priorizar “...os métodos em relação aos sujeitos, procurando, no receituário do planejamento em saúde, um efeito que ele não comporta” (p.118).



3. METODOLOGIA

“As ciências sociais, enquanto consciência possível, estão submetidas às grandes questões de nossa época e têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico.” (MINAYO, 2000, p. 21-22)

3.1. A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO

A proposta teórico-metodológica adotada nesta investigação não segue os padrões clássicos daqueles predominantemente utilizados nas Ciências Naturais para produção do conhecimento científico, fortemente ancorados no pensamento positivista. Ao se basear na idéia do real como concebido antes e fora da ação do sujeito que investiga e expressar uma radical separação entre o objeto e o sujeito do conhecimento, esses trabalhos propõem uma suposta objetividade, como se os dados falassem por si mesmos, e fosse possível uma “neutralidade” do sujeito investigador. Como a realidade, nessa concepção, não comporta caráter histórico, procedem a uma generalização pela indução na busca de leis universais.

Já são bem conhecidas e estudadas as limitações à utilização e transposição imediata deste método às Ciências Sociais (GONÇALVES, 1994; TESTA, 1997; MINAYO, 2000), nas quais se incluem os estudos referentes à Saúde Coletiva. Nos fenômenos sociais não é possível o estabelecimento de leis generalizadoras e válidas, independentemente das situações históricas particulares, há que se realizar mediações e adaptações teórico-metodológicas. Além disso, como apontado por Gonçalves (1994), constitui problema a operacionalização da perspectiva teórica de externalidade entre sujeito e objeto do conhecimento, visto que o primeiro está contido no segundo. Já Testa (1997) aponta que este modelo epistêmico hegemônico está centrado numa contradição entre a metodologia que o sujeito conhece e pratica e a epistemologia com que a concebe no processo de investigação, visto que o ensino, nos centros acadêmicos dominantes, participa dessa visão em que o fundamental é a demonstração do rigor científico e da medição dos resultados alcançados.

Considerar as especificidades e complexidades relacionadas às Ciências Sociais e seus estudos e ressaltar primordialmente, o caráter histórico dos objeto e sujeito do conhecimento, leva a diversas adaptações metodológicas propostas para enfrentamento deste desafio investigativo.

Gonçalves (1994) sinaliza que a opção a ser assumida, do ponto de vista metodológico, deve ser aquela da inseparabilidade entre sujeito e objeto, de modo a explicitar o vínculo necessário de toda investigação sobre os fenômenos sociais a posições de valor, e deslocar “... a “objetividade” das ciências sociais, da pretensão de conhecer integralmente uma realidade anterior e externa ao sujeito, para a utilização racionalmente controlada das evidências empíricas como critério de validação do conhecimento”(p.30).

Nessa mesma direção, Testa (1997) afirma que, para se realizar investigações dirigidas basicamente a promover mudanças na sociedade, deve-se possuir pensamento crítico, característica inerente ao sujeito da vida, e não ao sujeito epistêmico. Por isso, deve-se articular ao rigor científico, entendido como o se ater a pautas metodológicas geralmente aceitas pelas ciências duras (a lógica do significado), a implicação do investigador no problema investigado, ao seguir as regras de arte próprias das ciências “brandas”, também interpretáveis como metodologia qualitativa (a lógica do sentido) (TESTA, 1997).

Assim, as visões de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas no processo de conhecimento desde a concepção do objeto até a conclusão do trabalho, pois “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo uma parte de sua observação” (LÉVY STRAUSS¹² *apud* MINAYO, 2000, p. 21). Essa identidade e comprometimento do sujeito e objeto do conhecimento nas investigações sociais, particularmente no caso da saúde, mostram que os dois são dialeticamente autores e frutos desse processo. “Não somente o objeto é por ele construído mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa” (MINAYO, 2000, p. 250).

¹² LÉVI-STRAUSS, C. “Aula Inaugural”. **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1975. p. 215.

Ao compartilhar esta visão de que a implicação do pesquisador em suas dimensões afetiva/histórica/profissional é uma inerência paradigmática a qualquer investigação, Hartz (1997) afirma que as etapas da pesquisa são escolhas arbitrárias do investigador, exigindo-se a explicitação de todos os critérios nelas utilizados. Propõe a idéia de pesquisador-ator e esclarece que não é a substituição do empirismo pelo subjetivismo, mas que

“...sob a aparência de se falar da relação observador-observado, acaba-se, muitas vezes, por negar totalmente o observado (objeto), instalando o observador (sujeito) em seu lugar. No caso dos estudos epidemiológicos, por exemplo, a tentativa de expor esta relação poderia tornar o “objeto” mais “claro” (Goldberg, 1982), e o “sujeito” menos “ofuscante”, para que pudéssemos reconhecê-lo.” (HARTZ, 1997, p.25)

Neste estudo, ao afiliar-se às idéias dos autores citados, procedeu-se à opção por uma metodologia não-convencional e adaptada e empreendimento de um estudo de natureza qualitativa. Isso porque, como já apontado, quando se trata de fenômenos sociais há sempre um alto grau de abstração que limita a aplicação da quantificação a aspectos muito parciais da realidade, assumindo “... importância nuclear a vontade humana, a subjetividade, a ação transformadora” (GONÇALVES, 1994, p. 44). A via qualitativa constitui-se, nesses casos,

“... na identificação racional (através da razão) das características regulares e fortuitas da realidade (ou do aspecto parcial da mesma sob exame) que passa, pela exclusiva aplicação da razão, ao estabelecimento de relações, à verificação de nexos, até mesmo à proposição de leis” (*Ibid.*, p.45).

Ao considerar a complexidade e o caráter contraditório, inacabado e em permanente transformação do objeto das ciências sociais é que Minayo (2000) propõe a utilização de metodologias de pesquisa qualitativa nestes tipos de investigações, entendendo-as como

“... aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (p.10)

Por estar a saúde submetida a essas mesmas vicissitudes e interrogações, como parte da totalidade social, a autora defende que esse campo exige uma abordagem dialética que “...compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (MINAYO, *op.cit.*, p.13). Essa perspectiva dialética trabalha a qualidade como propriedade inerente aos fatos e relações sociais e acaba com as dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade/exterioridade, além de responder mais adequadamente às necessidades metodológicas da pesquisa social na saúde, à medida que vincula a teoria à prática.

Minayo (2000) entende que, ao ampliar suas bases conceituais, “... as ciências sociais da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.” (p. 16)

A delimitação do campo da pesquisa foi feita por meio de um recorte institucional, representado pela análise de dois casos clínicos, considerados como exemplares por demandarem diversas intervenções, procedimentos ou serviços de diferentes unidades do complexo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM). Esta análise foi feita por intermédio do acompanhamento de todo o percurso empreendido por cada um destes pacientes dentro dessa organização hospitalar e atuou de forma semelhante a um traçador. Essa trajetória, pela sua função sinalizadora, foi denominada “trajetória-sentinela”^{13, 14}. A investigação e análise destas duas trajetórias-sentinelas proporcionaram a delimitação de um quadro da instituição HC/UFGM, no que diz respeito à forma como está organizada e opera a gestão e a coordenação do processo do cuidado em saúde. Pode-se dizer que o quadro esboçado se constituiu em um estudo de caso da instituição investigada.

¹³ A *trajetória sentinela* assemelha-se ao método das patologias traçadoras, que representa uma combinação de estudo de processo e resultado. Denominou-se a trajetória de “sentinela” por ela poder sinalizar, por meio dos “ruidos” detectados ao longo da sua extensão, os momentos e a forma de operacionalização do trabalho vivo que se relacionam ao problema da pesquisa, que é a produção do cuidado contínuo e coordenado no HC/UFGM.

¹⁴ Metodologia semelhante foi utilizada por Meneses (1998) para realização de sua dissertação de Mestrado.

Os estudos de caso são indicados quando se deseja examinar o conjunto das relações existentes entre diferentes variáveis necessárias à compreensão de um fenômeno complexo, em situações em que o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea inserida no contexto social (HARTZ, 1997; YIN, 1994). Contandriopoulos et al¹⁵ afirmam que a potência explicativa destes estudos “... não decorre da quantidade de observações, mas da coerência estrutural e/ou temporal das relações que podemos observar...” (*Apud* HARTZ, 1997, p.103-4) e tem, como principal fundamento, a profundidade da análise. Quanto à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apóia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e modelo teórico escolhido. Com relação à validação externa, eles não têm a pretensão de alcançar uma generalização estatística, mas o “... interesse de generalizar um quadro teórico ou modelo relacionado à compreensão de um determinado problema em diferentes situações” (HARTZ, *op. cit.*, p.104).

Conforme Gonçalves (1994), pretendeu-se adotar a alternativa do conhecimento do singular como meio para induções qualitativas (abrindo mão explicitamente do rigor e pureza teórico-metodológicos¹⁶), ao inspirar-se numa concepção dialética do objeto de trabalho escolhido, qual seja, a tecnologia do processo de trabalho em saúde. Este é “... compreendido como momento de uma totalidade mais ampla, em fluxo entre as determinações objetivas do passado e do futuro” (GONÇALVES, 1994, p. 48). Esse objeto, pela característica extremamente dinâmica, foi examinado em uma de suas formas de realização e observado, sob um certo ângulo e olhar determinados. Além disso, as práticas de saúde são concebidas e estruturadas em uma totalidade, de tal forma que “...cada *locus* de sua realização contenha necessariamente o conjunto das determinações dessa estruturação, diversificado no concreto singular” (*Ibid.*, p. 49). Assim, não cabe a utilização

¹⁵ CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* Savoir Préparer une Recherche. **GRIS**, Univ. de Montreal, 1989. (traduzido pela Hucitec/ABRASCO, 1994)

¹⁶ A esse respeito, vale lembrar a afirmação de Hartz (1997) de que negligenciar as dimensões “complexas”, neste tipo de pesquisa, tem como consequência, na área de saúde, a produção de resultados, em geral, pouco úteis para influenciar o comportamento organizacional, pois “... mais vale uma medida não-refinada do que se precisa do que uma medida precisa da coisa errada” (Love, 1992 *apud* Hartz, 1997).

da amostragem probabilística, e a investigação em uma única instituição já possibilita a construção do objeto e de suas características essenciais. “Obtido o conhecimento desse essencial será lícito, no nível de abstração em que se colocar, generalizá-lo, não para todos os casos (um por um), mas para o conjunto dos casos” (*Ibid.*, p. 49).

Torna-se necessário, neste momento, enfatizar o caráter apenas aproximado do conhecimento e a inacessibilidade do objeto. Quanto ao primeiro, já alertava Minayo (2000) da impossibilidade do conhecimento por inteiro de qualquer objeto social, constituído de um processo de tentativas que, por seu caráter peculiar, projeta luz sobre determinados aspectos e desconhece outros.

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto.” (LIMOEIRO CARDOSO¹⁷ *apud* MINAYO, 2000, p.89)

Explica-se a inatingibilidade do objeto em função de que as idéias sobre os fatos são sempre mais imprecisas, parciais e imperfeitas que eles próprios. Essas idéias constituem-se apenas em uma “representação” feita sob determinado ponto de vista (MINAYO, *op. cit.*).

Dessa forma, há que se sublinhar que neste tipo de investigação, o ciclo da pesquisa é uma busca inacabada que se reinicia a cada produto “provisório” apresentado dada a historicidade do processo social e da construção teórica. Não há, portanto, no processo de conhecimento, consenso ou ponto de chegada.

Ressalta-se também que a delimitação, ainda que imprecisa, do objeto a ser investigado, já é dada pela anterioridade do olhar do sujeito. O pesquisador, como sujeito que se relaciona e investiga determinado objeto de estudo, já traz pelas suas implicações sociopolíticoculturais uma determinada atitude frente ao objeto, que lhe confere um olhar analisador permeado por um conteúdo ético e político.

¹⁷ LIMOEIRO CARDOSO, M. **Ideologia de Desenvolvimento**. Brasil: JK-JQ. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978.

“Nisto, aliás, nada há de original em relação às ciências em geral: o passo verdadeiramente criativo reside na elaboração das hipóteses de trabalho, e o que se segue é menos uma descoberta, como supõe o leigo, do que a confirmação (detalhada, corrigida, refinada) dessas hipóteses, ou a sua infirmação”. (GONÇALVES, 1994, p. 49)

No estudo em questão, pela identificação e implicação da pesquisadora com um modelo de saúde em defesa da vida usuário-centrado, o olhar ético-analisador que permeou a investigação foi aquele que elegeu o território do usuário como o território central de referência para a análise. Esta anterioridade do olhar perpassou todo o processo investigativo e também se constituiu num mediador entre o objeto e o real.

A categoria central de análise utilizada nesta pesquisa qualitativa foi, portanto, o processo de trabalho, nos seus aspectos micropolíticos. Neste estudo, buscou-se por meio da análise das suas formas de organização, interrogar o modelo de gestão, no que se refere à articulação e intervenção necessárias à efetivação do cuidado e assistência em saúde.

3.2. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Parte-se da conceituação de processo de trabalho como tecnologia que contempla o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado (GONÇALVES, 1994). Da mesma forma como na investigação desse autor, a ênfase, neste estudo, foi dada à análise e apreensão dos aspectos não-materiais do processo de trabalho em saúde. E, em função de se tratar de investigação sobre objetos sociais, marcados por historicidade concreta, a pesquisa fez-se no processo ao ir e vir, e recolocar sempre o objeto, objetivo e teoria a interagir com o espaço social onde se encontram inseridos, visto ser processual, a realidade a qual ela se aplica.

No caminho de entender o tema da tecnologia em saúde como uma possibilidade de expor o espaço da produção de relações e de bens/produtos e, concomitantemente, utilizá-la como uma ferramenta de análise do sentido das ações de saúde e de seu modo de operar, Merhy et al (1997) sistematizaram uma tipologia sobre as tecnologias em saúde que consiste de:

- *leves* – tecnologias não-estruturadas e produtoras de relações interseçoras, como no caso daquelas que ocorrem na interação entre o trabalhador de saúde e o usuário quando da produção de atos de saúde, produção de vínculo, autonomização, acolhimento, como também nos processos de gestão como forma de governar processos de trabalho, etc;
- *leve-duras* – tecnologias que expressam saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a Clínica Médica, a Psicanálise, a Epidemiologia, o Taylorismo, etc; e
- *duras* – expressões de tecnologias bem estruturadas tais como os equipamentos, as máquinas ou ferramentas, como também as normas, estruturas organizacionais, etc.

Vale lembrar, também desses autores, as teses que mostram que o trabalho em saúde é, permanentemente, centrado no trabalho vivo em ato¹⁸, à semelhança do trabalho em educação que, diferentemente de outros processos produtivos, não conseguem enquadrar e capturar globalmente este trabalho vivo pelo trabalho morto¹⁹ e modelo de produção. Pelo fato de suas tecnologias de ação mais estratégicas se configurarem em intervenção, em ato e operarem como tecnologias de relações, ou seja, de encontros de subjetividades para além dos saberes tecnológicos estruturantes, estes processos de trabalhos e seus sujeitos são revestidos de maior autonomia.

Este estudo parte desse referencial e da idéia de que para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde deve-se tomar, como eixo analítico vital, o processo de efetivação das tecnologias leves e seus modos de articulação com as outras (MERHY et al, 1997). O foco da atenção centrou-se na análise do processo de trabalho em saúde, ou tecnologias das relações, de forma que, ao investigá-lo e expor a sua micropolítica, foi possível desvendar o processo de coordenação do cuidado em saúde e suas repercussões para o tema da gestão na área hospitalar.

¹⁸ *Trabalho vivo em ato* é, de acordo com Merhy (1997b), o trabalho em si do sujeito-produtor, ou seja, o trabalho criador em ação para consecução de um determinado produto.

¹⁹ Denomina-se de *trabalho morto* a todos aqueles produtos-meios que estão envolvidos no processo de trabalho – como ferramenta, matéria-prima ou mesmo um saber estruturado – e que são resultados de um trabalho humano anterior (MERHY, 1997b).

Para isso, foram analisadas as trajetórias de um paciente assistido pela Clínica Médica e de outro, pela Pediatria em cujos percursos buscou-se evidenciar: (i) os fatores relacionados à coordenação, continuidade e integralidade do cuidado; (ii) os conflitos existentes nesse processo, que podem permitir fazer inferências a respeito de como se deu o processo micropolítico do trabalho; (iii) a forma como se acata e se realiza, na prática, o trabalho em equipe; (iv) como e por quem é conduzido o processo de coordenação destas equipes; (v) como se dão as relações entre as diversas unidades assistenciais ou de apoio; e, finalmente, (vi) as formas pelas quais este sistema hospitalar, por meio de suas unidades, relaciona-se com o seu objeto de trabalho e, internamente, consigo próprio, no sentido de produzir uma assistência coordenada, adequada e de qualidade.

Apesar do entendimento de que para a consecução da assistência contínua e integral há que se considerar, também, a contribuição das coordenações de outras lógicas - a saber: a administrativa; no hospital universitário, a lógica adocrática; e ainda, a de todos os profissionais da saúde -, optou-se por priorizar a lógica médica para a investigação pretendida. Essa opção deu-se em vista de ser ela a grande definidora e direcionadora do conjunto de processos de trabalho requeridos para a prestação do cuidado em saúde.

O primeiro nível de mediação realizado foi a utilização da informação proporcionada pela trajetória do paciente pela recuperação da memória institucional para um registro diagramático denominado “fluxograma”. Essa memória institucional foi obtida com a leitura e análise dos prontuários dos pacientes em estudo, quando foi desenhada e reconstruída a história clínica de cada um. O produto, nesta etapa, foi denominado *Fluxograma usuário-eixo*, o qual será melhor apresentado posteriormente. Dessa forma, os casos em estudo, descritos sob a forma gráfica de fluxogramas, atuaram de forma semelhante a traçadores; e as trajetórias, pela função sinalizadora, foram denominadas “trajetórias-sentinela”.

Com base na descrição da assistência prestada e no encadeamento das ações que se estabeleceram, no interior dessas trajetórias, foram identificados os “ruídos”, que funcionaram como elementos interrogadores da lógica do processo de coordenação, por meio da explicitação da forma e tecnologias utilizadas para efetivação do processo de trabalho envolvido na produção do cuidado em si. De acordo com Merhy (1997a) os ruídos

são considerados os elementos destoantes, os “estranhamentos” ou as contradições do processo de trabalho que poderão ser identificados ao longo da análise das trajetórias-sentinela ou outros dispositivos analisadores, utilizados para a análise molecular da produção do cuidado. Este conceito é baseado no preconizado por Flores (1989) de que a quebra do silêncio do cotidiano pode e deve ser percebida como a presença de processos instituintes que não foram contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco e que abrem possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento.

Num segundo momento, procedeu-se ao aprofundamento e análise desses ruídos interrogadores que apareceram nos fluxogramas. Vale a pena considerar que o simples fato de se evidenciar os “ruídos” já pressupõe algum grau de análise. Por isso, a própria apreensão dos ruídos já se constitui numa transição para uma etapa analisadora.

O segundo nível de mediação foi a produção da análise propriamente dita, configurada pela interpretação analítica dos processos micropolíticos abertos a partir da identificação dos “ruídos” nestas duas linhas de produção do cuidado. Por intermédio dos ruídos analisadores²⁰, procurou-se obter informações a respeito de: a) como se dá, concretamente, a relação entre os diferentes níveis/unidades para o provimento do cuidado e quais são os mecanismos formais de articulação entre eles. Por exemplo, como é constituída a rede de petição e compromissos²¹ entre as diversas unidades no interior do hospital; b) como ocorre a cooperação tecnológica entre essas unidades e como isso repercute no processo de trabalho e nos seus produtos; c) como se expressa a vinculação dos pacientes, em relação às equipes que os assistem e como esta se traduz em acolhimento e responsabilização; d) como se dá o processo de coordenação da assistência, no interior das equipes, e como esta coordenação se relaciona e intervém com vistas à garantia de uma

²⁰ De acordo com Baremlitt (1996) *analisadores* são dispositivos que propiciam a explicitação dos conflitos e sua resolução. Podem ser artificiais, ou seja, inventados e implantados pelos analistas institucionais ou espontâneos (produzidos espontaneamente pela própria vida histórico-social-libidinal).

²¹ A *Rede de Petição e Compromissos (RPC)* é uma ferramenta metodológica construída com o objetivo de identificar os pedidos e compromissos assumidos pela unidade assistencial com todos os seus prestadores ou fornecedores de serviço e vice-versa. Ela busca desvendar as relações estabelecidas entre as diversas unidades envolvidas na efetivação da assistência ao paciente. Ou seja, é instrumento utilizado quando os espaços *interseções* envolvem outros participantes que não o usuário, mostrando a relação entre trabalhadores, isto é, a dinâmica do prestador-consumidor intra-equipamento (MERHY et al, 1997).

assistência de qualidade, ao considerar também os aspectos ligados ao ensino e pesquisa; e) como se dá à relação entre o processo de coordenação em nível assistencial com o processo mais geral de gestão de todo o hospital.

Posteriormente, a informação foi utilizada sob a forma de memória não-institucional por meio das representações dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Pretendeu-se, dessa forma, acrescentar às informações coletadas, via análise de prontuário, a coleta de informações por meio de entrevista com a mãe do paciente, no caso do paciente pediátrico, e ainda com a equipe que participou da assistência a esse paciente, obtida a partir da realização de grupo focal. Isso porque, do mesmo modo que no fluxograma, por meio desta entrevista individual ou de grupo focal, pôde-se evidenciar ou confirmar “ruídos” analisadores que possibilitaram a exposição da micropolítica do trabalho. Desse modo, as duas formas de memória, institucional e não-institucional, não apenas produziram os respectivos elementos interrogadores, como atuaram cooperativa e mutuamente no que diz respeito a este desvendar e à compreensão do trabalho vivo em ato que opera no interior da instituição.

De acordo com Minayo (2000), os instrumentos de trabalho de campo da pesquisa qualitativa são: o roteiro de entrevista, os critérios para observação participante e os itens para discussão de grupos focais. Estes podem atuar de forma complementar uns aos outros. Ressalta ainda que a “... investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, *op. cit.*, p. 101).

Sobre a entrevista, essa autora afirma que não se trata simplesmente de um trabalho de coleta de dados, mas de uma situação de interação entre entrevistador e entrevistado, e que enquanto interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade, ou seja, “...além da fala mais ou menos dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano”. (MINAYO, *op.cit.*, p. 120). E que o envolvimento do entrevistado com o entrevistador não representa falha ou risco de comprometimento da objetividade, mas uma condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva “... e é condição “sine qua non” do êxito da pesquisa qualitativa” (*Ibid.*, p. 124).

A respeito das discussões de grupo, Minayo (2000) afirma que o específico do grupo de discussão são as opiniões e relevâncias dos entrevistados, devendo ser valorizadas como abordagem qualitativa em si mesma ou como técnica complementar. Define o grupo focal como uma técnica de inegável importância para tratar as questões da saúde, sob o ângulo do social, pelo fato de se prestar ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e da população.

Westphal et al (1996) definem o grupo focal como uma técnica de pesquisa qualitativa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão e que prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas. Nesse grupo, os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor. Essa técnica é recomendada pela maior possibilidade que oferece para se pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas.

“Pressupondo que percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão das mesmas seria mais facilmente captada durante um processo de interação em que os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros, e em que o ambiente permissivo pode facilitar a expressão de emoções”. (WESTPHAL *et al*, *op.cit.*, p. 473)

Após a utilização dessa técnica em cinco projetos de pesquisa, na área de educação em saúde pública, essa autora avalia que

“as experiências de grupo focal mostraram-se úteis na medida em que deram subsídios para iniciar ou reavaliar processos educativos em saúde, chamando a atenção dos participantes para a discussão e reflexão dos problemas que emergiram da prática cotidiana e possibilitando que eles encontrassem saídas para a transformação de situações e se dispusessem a trabalhar em conjunto (técnicos/população) na sua resolução”. (*Ibid.*, p. 480)

De acordo com Carlini-Cotrim (1996), o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, e tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes, na interação com outros indivíduos. Essa autora afirma que

“... a atual popularidade do grupo focal na saúde pública reflete a salutar disposição de combinar métodos e perspectivas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que, de modo cada vez mais claro, não conseguem ser abarcados e enfrentados dentro dos limites territoriais artificialmente construídos entre as várias áreas de saber”. (CARLINI-COTRIM, 1996, p. 291)

Como afirma Pereira (2001) essa técnica pressupõe, como critério para composição do grupo, que os integrantes compartilhem de traços comuns e possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado. Essa autora observa que não há um tamanho fixo ideal para um grupo; cada caso deve ser avaliado pelo próprio pesquisador quem adequa o número ao desenho geral da pesquisa. Esse número pode variar entre seis e quinze, ou até vinte participantes.

As reuniões dos grupos focais contam com a presença de um animador ou moderador (que geralmente é o próprio pesquisador) que intervém, para focalizar e aprofundar a discussão. Além disso, os autores sugerem a incorporação de um observador que deverá auxiliar o moderador a captar as informações expressas e contribuir na análise dos dados.

Tanto a entrevista quanto a técnica do grupo focal constituem-se em material importante para a pesquisa de objetos sociais, pois se prestam ao estudo das representações sociais como idéias, concepções e visão do mundo que os diversos atores possuem sobre a realidade social. Apesar de saber que as representações sociais expressam, muitas vezes, uma visão limitada e fragmentária do todo social, significam também pontos de vista e olhares com potência para iluminar diversos aspectos da realidade e objeto social analisados.

Neste estudo a apreensão da representação dos usuários foi buscada pelo olhar da mãe do paciente da Pediatria e a dos trabalhadores de saúde por meio do grupo focal construído com a equipe de trabalho da Unidade Funcional da Pediatria.

3.3. PLANO DE COLETA DOS DADOS

3.3.1. Seleção dos casos e coleta dos dados

Para escolha dos dois casos que resultaram nas trajetórias-sentinela, objeto da análise, foi feito um levantamento inicial de uma amostra de prontuários para identificação desses casos considerados exemplares. Após discussão com os chefes dos serviços de Clínica Médica e Pediatria, procedeu-se à leitura de cerca de 20 prontuários, em cada clínica, para escolha daquele caso que mais demandou intervenções de outras unidades, fossem elas assistenciais, de apoio, ou administrativas, ou que tenha solicitado assistência interdisciplinar ou profissional, ou seja, que efetivamente “mexeu” e mobilizou recursos de diversas ordens e níveis, na estrutura hospitalar. No caso da Clínica Médica, a escolha foi fortemente influenciada pela indicação do chefe do Serviço quem considerava interessante investigar um paciente que havia mobilizado diversos recursos no interior do hospital e que havia ficado internado por cerca de cinco meses e falecido recentemente.

Para construção das trajetórias-sentinela foi analisado o prontuário, na Pediatria, de um paciente que ainda estava internado no momento da coleta – maio e julho/2001 – e, na Clínica Médica, o caso de um paciente cuja internação havia ocorrido recentemente. A partir da escolha dos pacientes, foi feita a reconstrução das histórias clínicas, retrospectivamente, via análise do prontuário e, no caso pediátrico, também por meio de entrevista realizada com a mãe do paciente, com vistas a recuperar os antecedentes clínicos e de vida que interferiram na condução do caso.

Além disso, também na Pediatria houve a oportunidade de realizar uma discussão sobre o processo de trabalho nesta unidade e suas dificuldades com representantes da equipe de trabalhadores por meio da realização de um grupo focal.

3.3.2. Fontes de dados utilizadas

Como já anteriormente citado, foram utilizadas, num primeiro momento, as fontes de dados que representam a memória institucional escrita, quais sejam, os registros de prontuários que documentam a passagem do usuário pelas diversas unidades dos diferentes níveis hierárquicos da rede HC/UFGM.

Posteriormente, foi utilizada, no caso da Pediatria, a memória não-institucional, por meio da qual foram conseguidas informações do ponto de vista do usuário. Seu agenciamento foi feito com a construção da **história de vida**²² do paciente, que resultou num segundo fluxograma. Isso foi possível por intermédio de uma entrevista realizada com a mãe do paciente que, muito solidariamente, contribuiu para a recuperação de informações referentes à história de vida e história clínica deste paciente, anteriormente à internação no complexo HC/UFMG.

Para acrescentar informações sobre a representação dos trabalhadores de saúde acerca do seu processo de trabalho e da forma como cotidianamente produzem a assistência à saúde, considerando-os atores fundamentais e autores do trabalho em saúde, foi planejado e realizado junto à equipe da Pediatria um grupo focal. Foram convidados a participar desse grupo cerca de 15 pessoas que compõem a equipe de trabalho da Pediatria, contemplando todas as categorias profissionais que operam/colaboram, na prestação da assistência aos pacientes pediátricos. O tema proposto foi o processo de trabalho em saúde nesta unidade e os ruídos que, no dia-a-dia, dificultam uma assistência de maior qualidade.

3.4. A CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA USUÁRIO-EIXO

A elaboração da trajetória empreendida pelos pacientes foi apresentada graficamente por um modelo do tipo fluxograma, de modo que se visualize, com clareza, as etapas do processo de migração do paciente dentro do complexo hospitalar em diferentes níveis.

“O fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção” (MERHY, 1997b, p. 73).

²² Minayo (2000) refere que a técnica da história de vida é utilizada por vários cientistas sociais como complementar a outras como entrevistas, questionários e observação participante. E a descreve como sendo uma entrevista prolongada, na qual o pesquisador constantemente interage com o informante.

Esta ferramenta analisadora representa o que acontece no interior dos processos de trabalho envolvidos na produção de algum serviço; particularmente, neste caso, refere-se ao conjunto de trabalhos necessários à internação hospitalar. Além disso, opera como se fosse uma “janela-síntese” de todos os processos-chave que ocorrem e caracterizam esse serviço de saúde e deve servir de guia para a construção e desencadeamento de outros processos de análise abertos por ela (MERHY, 1997b).

Vale destacar que foram representados, nos fluxogramas construídos, todos os trabalhos profissionais cujas ações e intervenções tecnológicas operaram, não se restringindo ao trabalho desenvolvido pelo profissional médico.

Os símbolos utilizados para construção destes diagramas são padronizados e universalmente aceitos e são representados pelos desenhos das seguintes figuras: (i) elipse - representa tanto entrada quanto a saída de uma unidade produtiva; (ii) retângulo - mostra as etapas de trabalho mais importantes da cadeia produtiva, nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos; (iii) losango - representa momentos em que a cadeia produtiva depara-se com processos de decisão e (iv) paralelogramo - figura utilizada quando se deseja apresentar alguns dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo. Em anexo, no item oito, são apresentados os fluxogramas construídos nesta investigação.

No caso do paciente da Clínica Médica foi realizada a construção da trajetória-sentinela restrita às intervenções realizadas no interior do complexo Hospital das Clínicas da UFMG. Quanto ao paciente pediátrico, além do fluxograma referente às internações ocorridas no HC/UFMG, a entrevista com a mãe possibilitou a construção de um outro fluxograma que apresenta a história de vida dessa criança, anteriormente à admissão no circuito do Hospital das Clínicas.

Durante a construção destes instrumentos foram identificados determinados “ruídos” que se constituíram em analisadores do processo de trabalho em estudo.

3.5. IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS “RUÍDOS” INTERROGADORES

Ao partir da compreensão de que a tecnologia do trabalho vivo em ato é sempre um elemento ruidoso e permanente, na construção dos sentidos dos processos de trabalho em saúde, e ter como base as informações apresentadas nos fluxogramas, foi realizada, nesta etapa, a identificação dos analisadores que, presentes nos processos de trabalho envolvidos nesse cuidado, permitem interrogar e analisar o modelo sob investigação.

Por intermédio de algumas ferramentas buscou-se evidenciar como a molecularidade desses processos pode expor as falhas ou insuficiências do trabalho em saúde e aumentar a sua capacidade de intervenção sobre a realidade, compreendida como a produção de uma assistência integral, de qualidade e coordenada.

Desse modo, o uso da informação implicou na utilização simultânea dos fluxogramas. No caso do paciente pediátrico, contou-se também com a entrevista com o responsável pela criança e com o grupo focal com trabalhadores de saúde, para fazer a reconstituição do trabalho vivo em ato e da rede de petição e compromissos utilizados no desenho metodológico proposto para este estudo.

Nessa perspectiva, a avaliação da produção de um cuidado contínuo e coordenado no interior de uma instituição complexa como o Hospital das Clínicas, envolve o entendimento de como se articulam os processos de trabalho nos distintos níveis tecnológicos dessa instituição, sendo que a forma específica para fazê-la parte da compreensão da dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, aqui denominada *trabalho vivo em ato*. O presente estudou buscou estabelecer as ferramentas metodológicas que permitam desvendar os modos de funcionamento do trabalho vivo para produzir um cuidado integral e coordenado, a partir do referencial analítico das tecnologias ditas “leves” ou de “relações”. Com isso, objetiva-se a efetivação de um modelo que tanto do ponto de vista assistencial quanto da gestão, tenha como resultante a tríade assistência/ensino/pesquisa, desenvolvida qualitativa e adequadamente no contexto do hospital universitário.



4. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

4.1. APRESENTAÇÃO²³

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM) é um hospital geral, universitário, órgão suplementar da Universidade, vinculado diretamente à Reitoria. Inaugurado em 21 de agosto de 1928, com o agrupamento de algumas clínicas que foram surgindo em torno da Faculdade de Medicina, o Hospital das Clínicas da UFGM é, hoje, um complexo hospitalar com um edifício central de 11 andares, para internação e atendimento de urgências e sete anexos para atendimento especializado: Ambulatório Bias Fortes – ambulatório de especialidades com sete andares, Anexo Borges da Costa – consultas especializadas e pequenas cirurgias, Hospital São Geraldo – serviço especializado no atendimento oftalmológico e otorrinolaringológico em todos os níveis de assistência, Anexo Carlos Chagas – ambulatório de Gineco-Obstetrícia, Anexo São Vicente – ambulatório de Pediatria, Anexo Dermatologia – ambulatório de Dermatologia e Doenças Profissionais e Centro de Saúde Orestes Diniz – centro de referência em DST-AIDS, (à exceção do Bias Fortes todos os outros anexos são construções com dois andares). Esse complexo hospitalar totaliza cerca de **50.000 m²** de área construída. A seguir, na **Tabela 1**, é apresentada a capacidade instalada desse complexo.

Tabela 1. Capacidade instalada do HC/UFGM

Área Física	50.053 m2 de área construída
Capacidade total instalada	423 leitos
Salas de cirurgia	22 salas
Atendimento Ambulatorial	257 consultórios
Centro Obstétrico	8 Salas
CTI	20 leitos
Unidade de Neonatologia	32 leitos
Emergência	53 leitos de observação
Centro Dialítico	13 hemodialisadores

Fonte: Relatório de gestão do ano 2001

4.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

4.2.1. Aspectos assistenciais

O Hospital das Clínicas atende predominantemente os pacientes do Sistema Único de Saúde -SUS, os quais correspondem a 95% da clientela destinando, praticamente, a totalidade dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais ao SUS. Na internação, de um total de 423 leitos em funcionamento, 383, ou seja, 90% deles são destinados ao SUS; o restante é utilizado para internações de pacientes particulares e de convênios.

Alguns serviços e procedimentos realizados no Hospital são de alta relevância para a população referenciada:

Unidade de Urgência: realiza cerca de 300 atendimentos/dia nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Clínica Cirúrgica, além do acesso às diversas especialidades do Hospital.

Setor de Transplantes: trata-se do único hospital público do Estado de Minas Gerais que realiza sistematicamente transplantes de fígado, medula óssea, renal e de córnea.

Hematologia: um dos centros de referência para atendimento a pacientes leucêmicos pelo SUS, com cerca de 1.000 atendimentos/mês, além da realização de toda a propedêutica necessária.

Pacientes portadores do vírus da Aids: esse hospital é centro de referência para atendimento pelo SUS.

Gravidez de Alto Risco: um dos poucos serviços, na rede pública, habilitado para assistência à gestação de alto risco.

Medicina Fetal: um dos centros de referência do estado apto a realizar diagnóstico pré-natal e procedimentos terapêuticos no feto, destinados a pacientes do SUS.

Unidade Neonatal: serviço de referência para recém-nascidos como prematuros e portadores de anomalias congênitas.

Infertilidade e Fertilização In Vitro: único hospital público em Minas Gerais e o quarto no país, a realizar fertilização in vitro, inseminação artificial e outros procedimentos tecnologicamente adequados à assistência a infertilidade.

Hemodiálise e Transplante Renal: também de grande importância para a comunidade de Belo Horizonte e região metropolitana, e Estado de Minas Gerais.

Pneumologia: um dos centros de referência do estado que atende a pacientes afetados por fibrose cística (mucoviscidose).

Genética Médica: único hospital público no estado que conta com serviços de genética médica para o diagnóstico de malformações e aconselhamento genético.

Hipertireoidismo Congênito e Fenilcetonúria: todos os pacientes diagnosticados por intermédio do teste do pezinho, em todo o estado, são acompanhados e tratados nos serviços de Genética e Endocrinologia do Hospital.

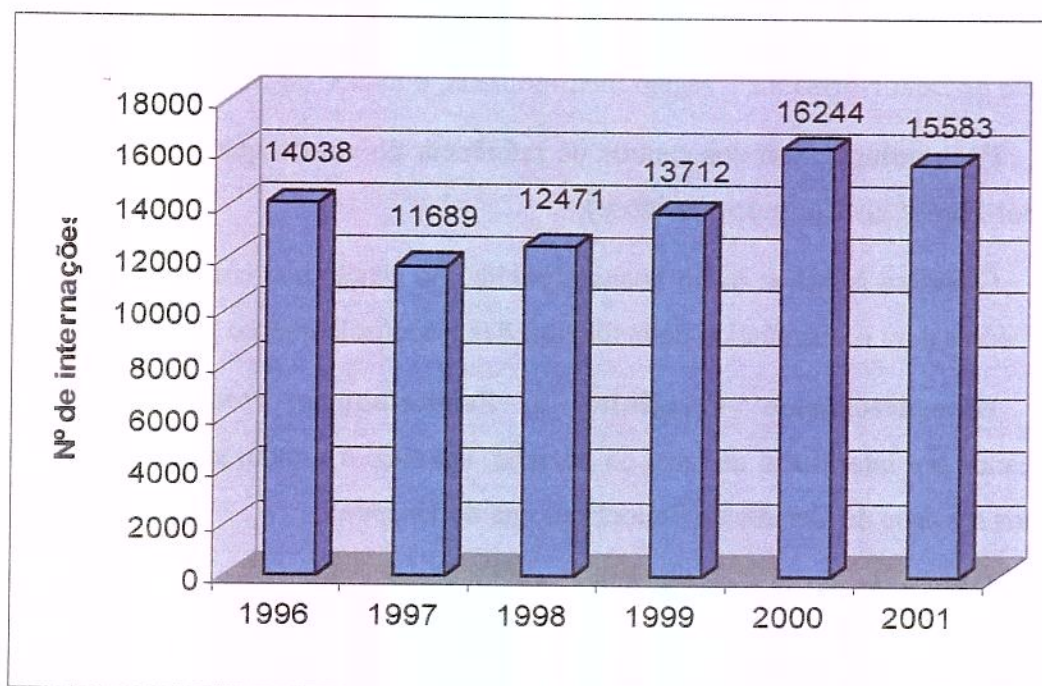
Oftalmologia: o Hospital São Geraldo, especializado nesta área, é referência nacional em Oftalmologia - realiza cerca de 3.500 consultas/mês. Oferece à população desde a consulta básica até os transplantes de córneas e outras atividades de ponta na área.

4.2.2. Dados de produção

O Hospital das Clínicas da UFMG, apesar das dificuldades pelas quais vem passando nos últimos anos, tem conseguido aumentar substancialmente a oferta de serviços à população, conforme se pode ver abaixo, na apresentação de algumas informações de produção.

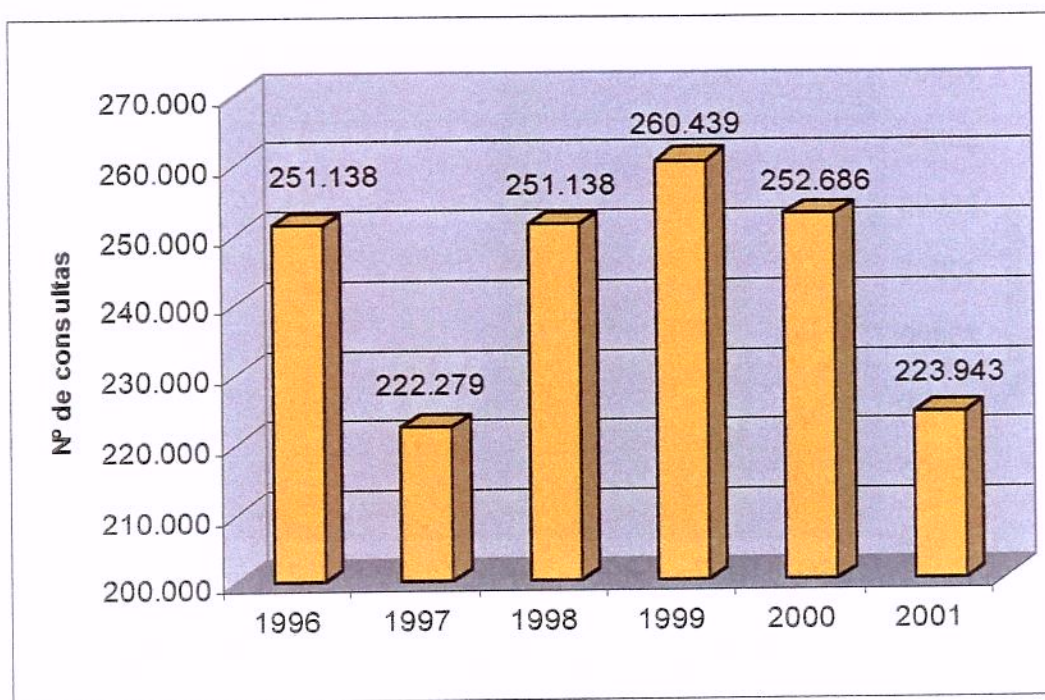
Em 1997, grave crise financeira se abateu sobre o Hospital, o que forçou a redução no número de leitos e interrupção das consultas ambulatoriais. Isso explica a redução da produção em relação ao ano de 1996. A partir do ano seguinte, a produção voltou a aumentar e manteve esse ritmo até ano 2001.

É importante ressaltar que nos anos 2000 e 2001 ocorreram duas greves que paralisaram quase totalmente as atividades ambulatoriais e reduziram as internações hospitalares. Isso teve um impacto significativamente maior no ano 2001, quando, por quase três meses, houve paralisação total das atividades ambulatoriais e eletivas (vide gráficos abaixo).



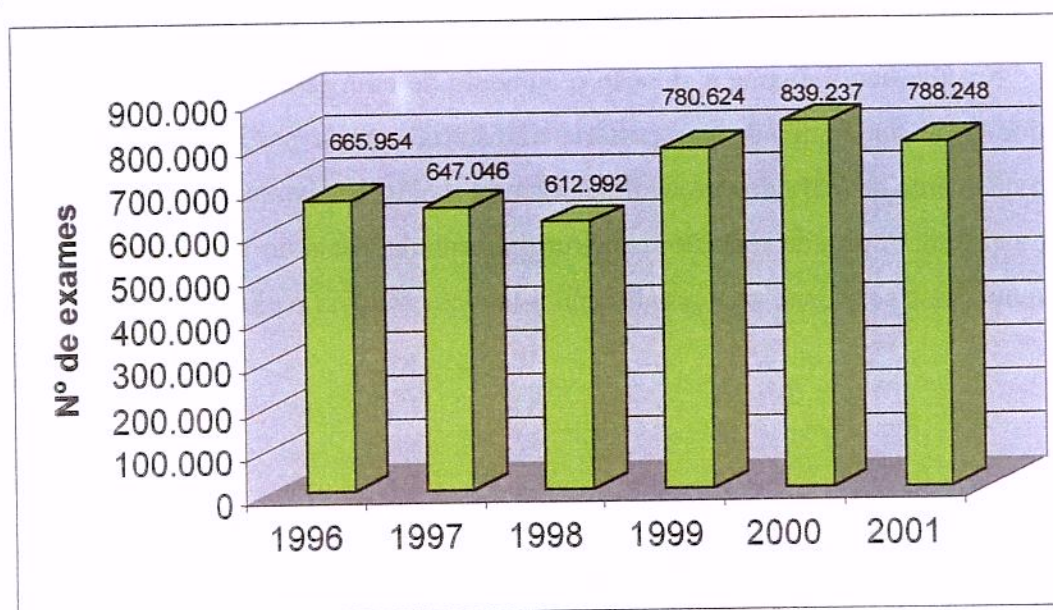
Fonte: Boletim SAME/HC

Gráfico 1. Número de internações hospitalares no período de 1996 a 2001



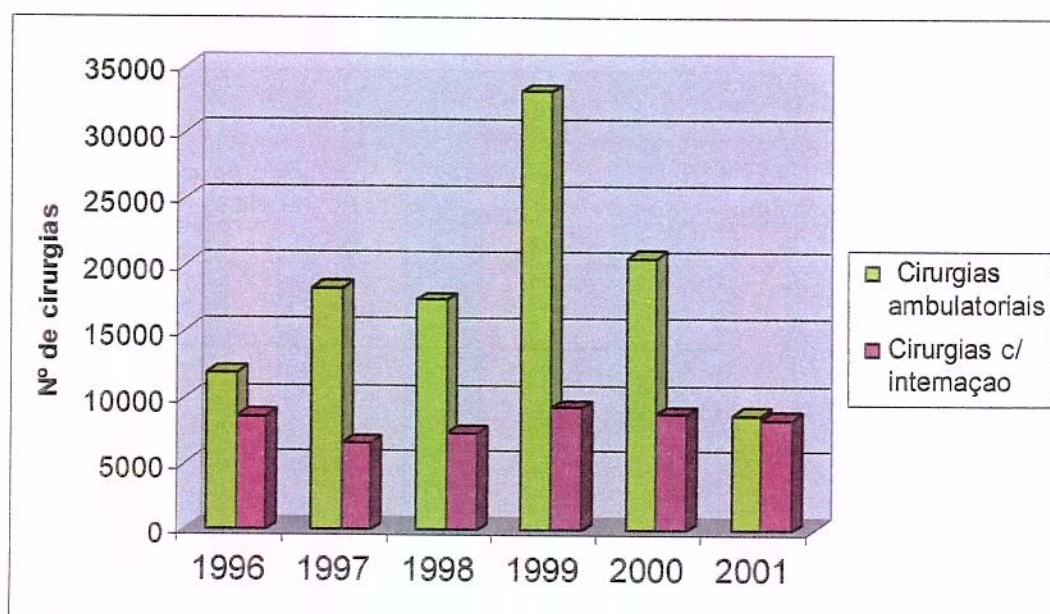
Fonte: Boletim SAME/HC

Gráfico 2. Consultas Ambulatoriais no período de 1996 a 2001



Fonte: Setor de estatística do Laboratório Central

Gráfico 3. Exames realizados pelo Laboratório Central no período de 1996 a 2001



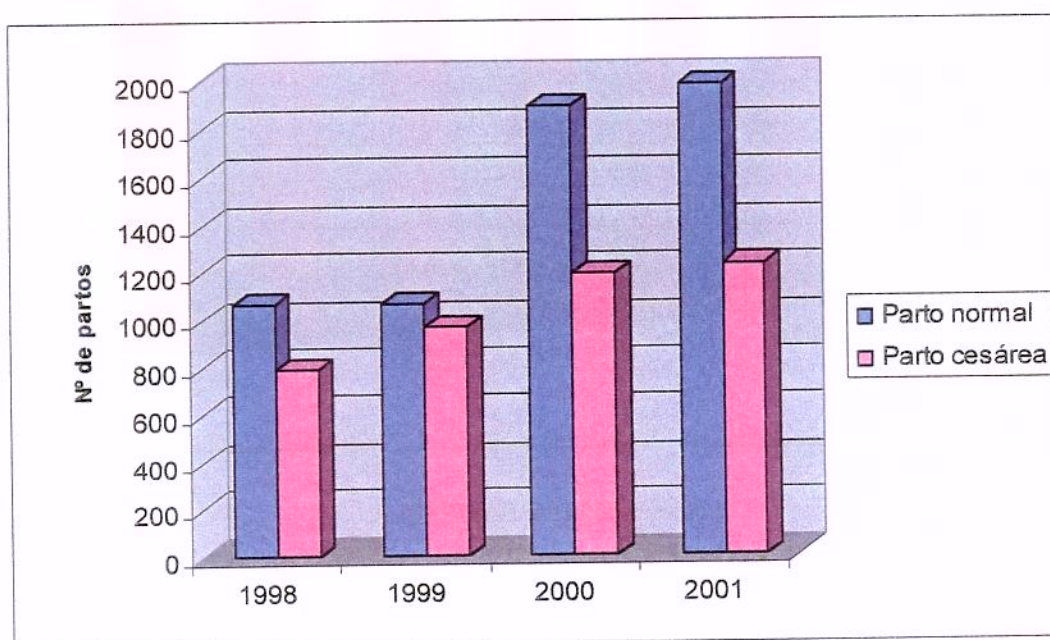
Fonte: Boletim SAME/HC

Obs: não inclui cirurgias obstétricas

Gráfico 4. Cirurgias realizadas no período de 1996 a 2001

No **Gráfico 4** chama a atenção o aumento de cirurgias ambulatoriais no ano de 1999, o que pode ser explicado por portaria ministerial que, a partir de março de 1999, determina que cerca de 90% dos procedimentos oftalmológicos passem a ser realizados em nível ambulatorial. A grande redução das cirurgias ambulatoriais no ano 2001 é justificada pela greve de quase cem dias, com paralisação total das cirurgias realizadas neste nível.

O **Gráfico 5**, apresentado a seguir, mostra um significativo aumento no número de partos normais no Hospital das Clínicas observado nos anos 2000 e 2001. Isso se deveu a três fatores: 1) adequação do hospital às exigências ministeriais de limitação no número de cesáreas e à Deliberação CIB/SUS/MG de 23/Abril/2001 que fixou em 36% o limite de parto cesáreo para o HC/UFMG para o ano de 2001, com redução progressiva para os próximos anos; 2) aumento de cinco leitos na maternidade a partir do final de 1999; e 3) implantação do acolhimento na maternidade de modo a receber e incorporar um maior número de partos normais.

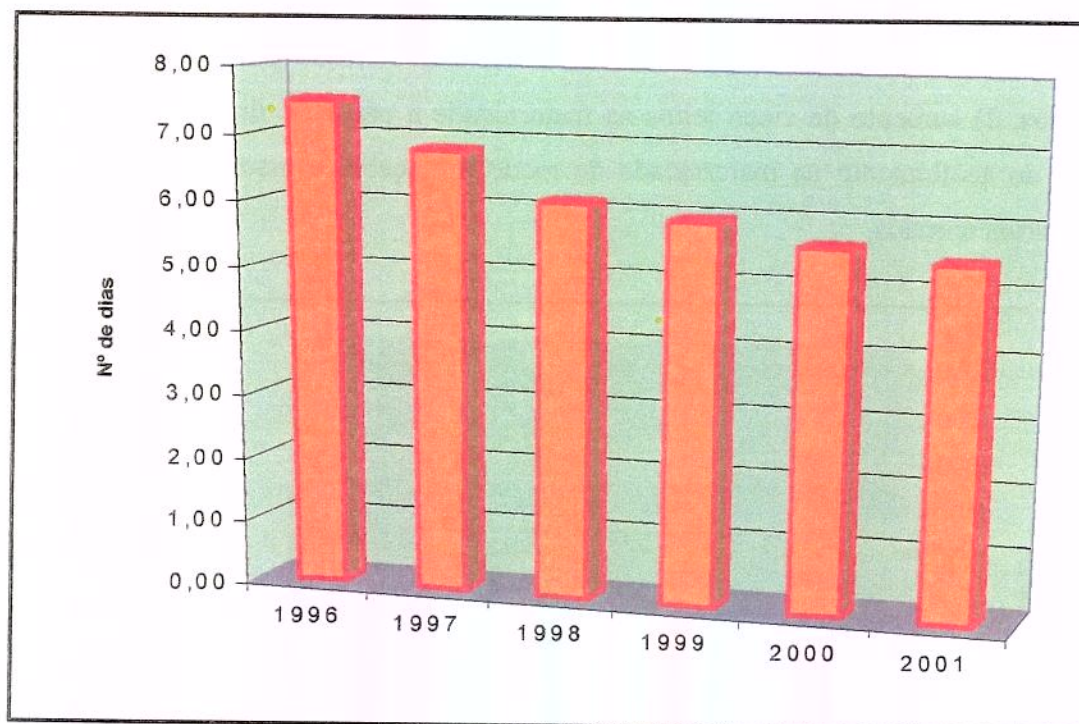


Fonte: Boletim SAME/HC

Obs: partos normais inclui partos a fórceps.

Gráfico 5. Partos realizados no período de 1996 a 2001.

Quando se analisa a Média de Permanência Hospitalar (**Gráfico 6**), observa-se tendência de diminuição desse indicador: de 7,5 dias em 1996 para 5,6 dias em 2000, e 5,5 em 2001, o que mostra maior eficiência no uso do leito hospitalar.



Fonte: Boletim do SAME/HC

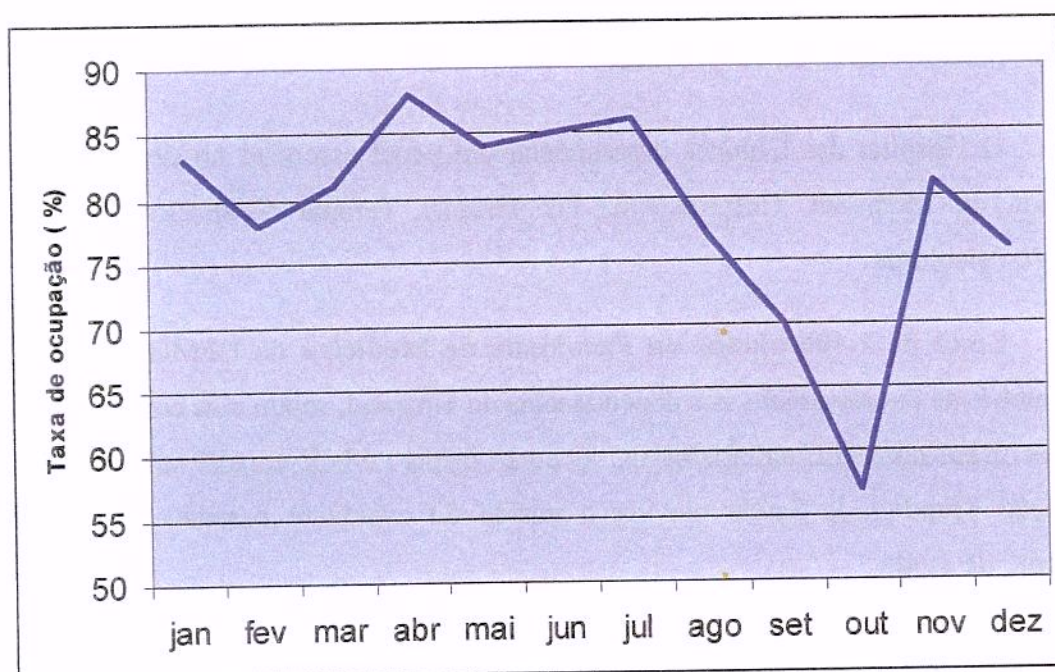
Gráfico 6. Média de Permanência Hospitalar - 1996 a 2001

Algumas estratégias de otimização de leitos vêm sendo desenvolvidas desde 1999, junto aos serviços, para maior eficiência e utilização dos leitos hospitalares. Isso pode ser observado também nos dados apresentados, a seguir, sobre as taxas de ocupação. (Tabela 2 e Gráfico 7)

Tabela 2. Taxa de Ocupação para o período de 1999 a 2001

INDICADOR	Anos		
	1999	2000	2001
TAXA DE OCUPAÇÃO %	79	84	80

Fonte: Assessoria de Planejamento HC/UFGM



Fonte: Assessoria de Planejamento – HC/UFGM

Gráfico 7. Evolução da Taxa de Ocupação no ano de 2001

Verifica-se uma melhoria significativa na taxa de ocupação de 1999 em relação ao ano 2000. Entretanto, em 2001 há novamente uma queda na taxa, justificada pela greve de quase três meses que inicialmente reduziu para 50% os leitos disponíveis para internação. E em outubro, com a radicalização, reduziu-se para 30%, o número de leitos disponíveis. Além disso, em 2001, houve um grande número de reformas realizadas no segundo semestre, em quatro andares com ativação e desativação de leitos. Comprova esta argumentação, a média de 83% da taxa verificada entre janeiro e junho de 2001 e a queda significativa após o mês de julho/2001. A melhoria progressiva deste indicador pode ser ainda visualizada quando se identifica, para o primeiro semestre de 2002 (jan/junho), uma taxa média de ocupação de 87%.

4.2.3. Aspectos de ensino e pesquisa

O Hospital das Clínicas desempenha um papel essencial no desenvolvimento dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia e Psicologia.

Cerca de **1.400 alunos da Faculdade de Medicina** da UFMG encontram-se permanentemente em atividades nas dependências do Hospital, sejam elas com os pacientes internados ou nas consultas ambulatoriais. O curso médico é hoje considerado modelo pela Organização Mundial de Saúde por ser o ensino do estudante baseado na prática do atendimento de saúde.

Mais de **200 alunos de Enfermagem** freqüentam o Hospital das Clínicas e desenvolvem atividades essenciais para a formação deles.

Conta-se ainda com a presença de **alunos do curso de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia da UFMG**. Os alunos das Universidades Federais de Ouro Preto e Viçosa também realizam estágios na área de nutrição, no Hospital das Clínicas.

Na área de Pós-graduação esse hospital possui, registrados, **cinco cursos de especialização e 25 cursos de residência médica**. Hoje ele conta com cerca de **250 médicos residentes**, distribuídos nos diversos programas de residência médica.

O hospital desenvolve, constantemente, pesquisas geradoras de novos conhecimentos e novas tecnologias. Existem atualmente, mais de 200 trabalhos de teses em andamento.

4.2.4. Recursos humanos

Na tabela abaixo (**Tabela 3**), apresenta-se a evolução do quantitativo de pessoal dos principais vínculos do Hospital das Clínicas. Os funcionários da UFMG e médicos residentes são pagos com recursos do tesouro. Os funcionários de vínculo FUNDEP, assim como os dos restantes dos vínculos, são pagos com recursos próprios desse hospital.

Observa-se que o quantitativo UFMG vem decaindo progressivamente, ao passo que o quantitativo FUNDEP e RPA, pagos com recursos do HC, vem aumentando, justamente para reposição do quadro UFMG perdido (exonerado, aposentado ou falecido), uma vez que não há concurso desde 1995. Em 1997, o hospital precisou reduzir sua capacidade, em função da crise financeira, e demitiu servidores FUNDEP.

Tabela 3. Evolução dos Recursos Humanos por tipo de vínculo -1996 a 2001

VÍNCULO	ANO					
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UFMG	1639	1626	1641	1602	1564	1538
FUNDEP ¹	623	364	347	509	619	631
RPA (plantonistas)	242	233	235	253	291	316
Residentes	243	245	246	247	244	245
Sertec (terceirizados) ²	205	172	172	203	177	177
Disponibilizados ³	45	45	54	47	56	62
Outros	8	14	26	53	80	87
Total	3005	2699	2721	2914	3031	3056

Fonte: Divisão de Recursos Humanos do HC/UFMG

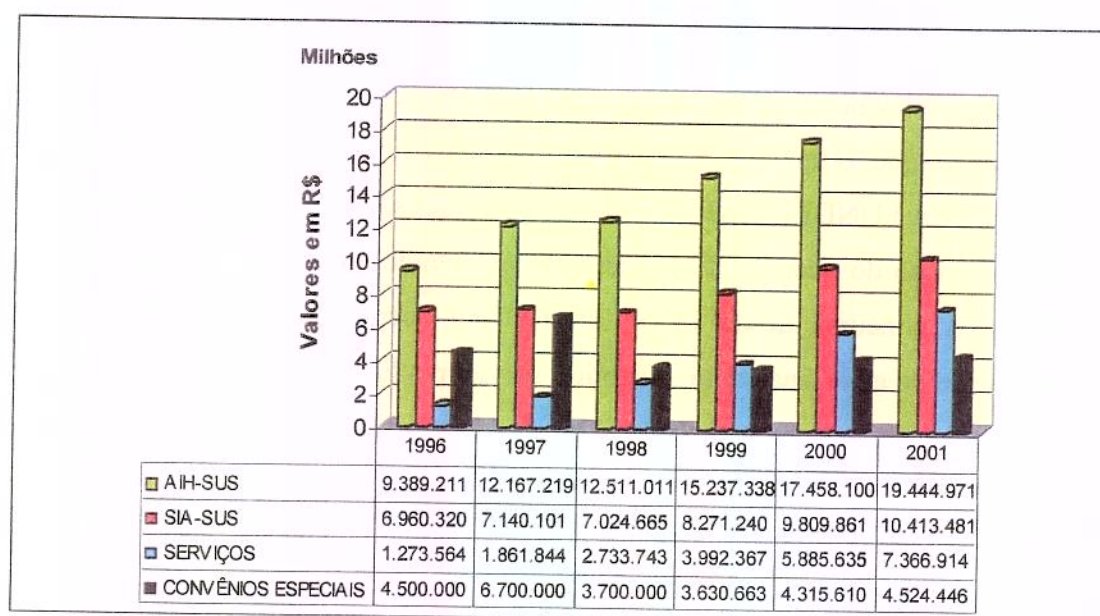
Obs: 1 – Fundação de Direito Privado vinculado à UFMG

2 – Empresa privada prestadora de serviços de portaria e limpeza

3 - Disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde

4.2.5. Recursos financeiros

O Hospital das Clínicas tem arcado, nos últimos anos, com a quase totalidade do custeio das suas atividades, cabendo ao MEC o pagamento de parte de pessoal, dos médicos residentes e dos professores da Faculdade de Medicina. Para tanto, o hospital tem necessitado ampliar as fontes de recursos, principalmente com a ampliação da prestação de serviços para o Sistema Único de Saúde - SUS. Suplementarmente, é permitida ao hospital, a prestação de serviços à clientela da Assistência Médica Supletiva (os detentores dos planos de saúde e pacientes particulares) no limite de 25% de sua capacidade. Abaixo, apresenta-se a receita arrecadada por fonte, no período de 1996 a 2001 (Gráfico 8).



Fonte: Divisão Financeira HC/UFGM

AIH-SUS: Recursos provenientes do atendimento a pacientes internados.

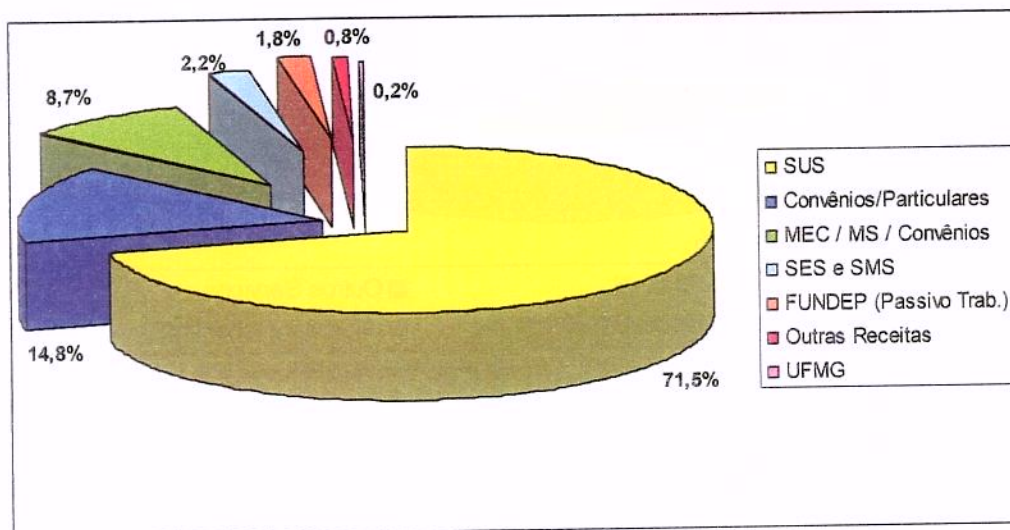
SIA-SUS: Recursos provenientes do atendimento a pacientes ambulatoriais.

Serviços: Atendimento de pacientes particulares, convênios, alienações, taxas de serviços, etc. Ressalta-se que a parcela preponderante destes serviços refere-se ao atendimento aos pacientes de convênio e particulares

Convênios Especiais: Referentes a convênios realizados em parceria com Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e MEC e Ministério da Saúde.

Gráfico 8. Receita arrecadada por fonte - 1996 a 2001

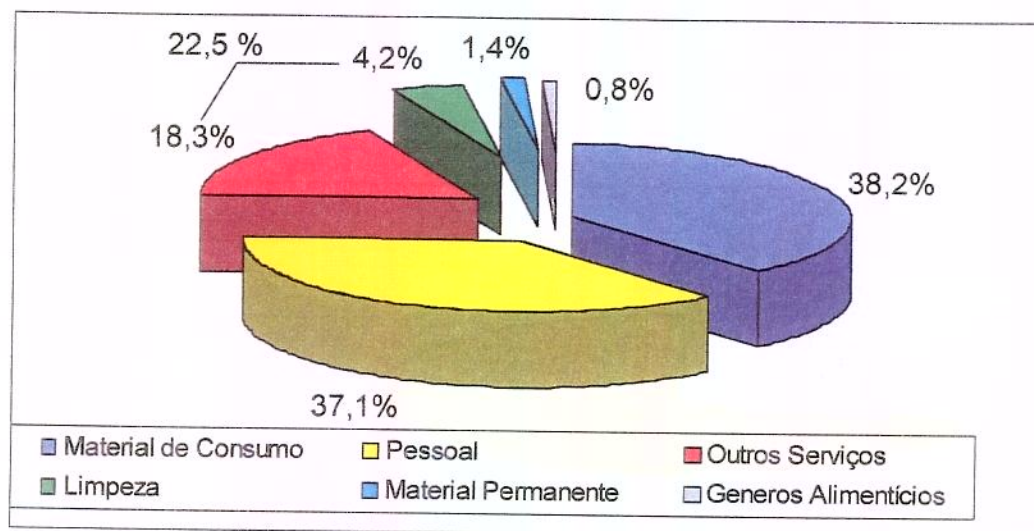
Observa-se, a partir da análise dos Gráficos 8 e 9, que a mais importante fonte de receita do Hospital das Clínicas consiste na prestação de serviços ao SUS. Em 2001 o atendimento a pacientes de convênios ou particulares representou 14,8% da receita e cerca de 11% dos recursos vieram de convênios especiais celebrados junto ao MEC, Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.



Fonte: Divisão Financeira do HC/UFMG

Gráfico 9. Participação percentual das diferentes fontes na receita -2001

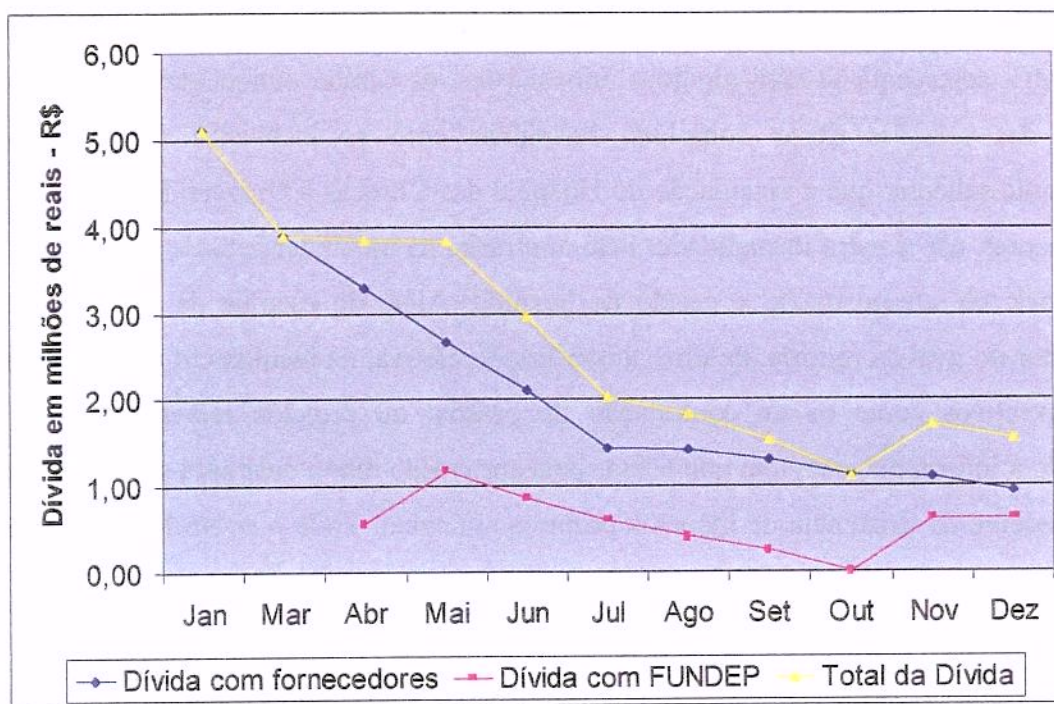
A seguir é apresentada a distribuição percentual das despesas no ano de 2001 para o Complexo Hospitalar do HC/UFMG.



Fonte: Divisão Financeira do HC/UFMG

Gráfico 10. Distribuição percentual das despesas - 2001

Ao analisar a distribuição percentual das despesas para o ano de 2001, apresentada pelo **Gráfico 10**, observa-se que os dois principais itens de despesa do HC/UFMG são os gastos com pessoal e material de consumo, que representam juntos 75% das despesas. A seguir, aparecem as despesas com Outros Serviços que se constituem em contratos com terceiros para serviços de limpeza, portaria, locação de máquinas, manutenção, fornecimento de gases medicinais, etc., somando 22,5%.



Fonte: Divisão Financeira do HC/UFMG

Gráfico 11. Evolução da dívida em 2001

Ainda, acerca do tema dos recursos financeiros, destaca-se o esforço, com resultados positivos, realizado pelo conjunto dos funcionários do hospital, no sentido de reduzir despesas neste último ano. Isso porque o ano de 2001 foi assumido pela atual gestão com uma dívida de aproximadamente cinco milhões de reais, resultante da necessidade de adequação do sistema orçamentário-financeiro do hospital às novas diretrizes da Lei de Responsabilidade Fiscal. Dívidas que anteriormente eram repassadas de um ano para outro foram sanadas rapidamente para que não houvesse responsabilização legal do gestor. Dessa forma, graças a um esforço coletivo de redução de despesas e controle de gastos, foi possível reduzir drasticamente o montante dessa dívida, como pode ser visto no **Gráfico 11** apresentado anteriormente.

Antes de finalizar a apresentação dos dados referentes ao Hospital das Clínicas da UFMG, acrescenta-se mais algumas informações, de caráter eminentemente qualitativo, acerca das relações desse complexo hospitalar com as instâncias universitárias. É importante salientar que a vinculação do Hospital das Clínicas à Universidade, como órgão suplementar, não é mera formalidade. Pelo contrário, há uma interferência direta e rotineira da reitoria na administração e gestão do hospital. Além da escolha da diretoria do HC necessitar do aval da reitoria, há uma subordinação efetiva, na medida em que os processos administrativos como os de contratação de pessoal ou projetos relevantes, como por exemplo a informatização, têm que passar pela aprovação direta dela para serem efetivados, independente da existência de recursos próprios em caixa. Todo o controle orçamentário e financeiro está sujeito a aprovação e acompanhamento por este órgão.

Da mesma forma, ressalta-se o relevante papel da Faculdade de Medicina no cotidiano do hospital, seja pelo Conselho Administrativo do Hospital cujo dirigente máximo é o Diretor da Faculdade, seja na exigência de que a direção do HC (Diretor e Vice-Diretor) seja ocupada exclusivamente por docentes da Medicina, ou ainda na direcionalidade assumida a qual deve estar em consonância com a direção da faculdade. Necessário referir também a complexidade das relações de poder internamente estabelecidas no hospital, onde se destacam três grandes corporações, com intervenções marcadas na política hospitalar: a médica, a de enfermagem e a administrativa.

4.3. A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE GESTÃO

Nas últimas décadas, observou-se uma centralização dos processos decisórios e de gestão dos hospitais universitários, incluindo o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), para fazer frente às necessidades econômicas e políticas e com vistas a melhoria da eficiência. Entretanto, ao longo do tempo observou-se um esgotamento desse modelo à medida que gerava inúmeras distorções resultantes de um processo de planejamento e gestão restrito à Diretoria Geral do Hospital, que dificultava o crescimento e desenvolvimento mais autônomo dos diversos setores/serviços hospitalares.

Com base no diagnóstico da necessidade de repensar a estrutura organizacional e funcional do HC/UFGM, a partir de 1997, iniciou-se amplo processo de discussão interna por intermédio da realização de oficinas de trabalho o qual culminou com a realização do 3º Seminário do HC, em março de 1999. Esse seminário, que contou com a participação de representantes de todos os setores ou serviços existentes no hospital, definiu pela implantação de um modelo de gestão descentralizado, a partir da elaboração de metas e compromissos pactuados com a direção do hospital. É importante ressaltar que o 3º Seminário do HC foi organizado e respaldado pela diretoria que assumiu em agosto de 1998 (gestão 1998/2000), a qual entendeu que a discussão e implantação de uma nova estrutura organizacional deveriam contemplar o conjunto da comunidade universitária hospitalar.

Esta nova proposta concretiza-se com a criação das Unidades Funcionais (UF) responsáveis, em conjunto com a direção, pelo processo de planejamento e gestão do HC/UFGM, a qual inclui a captação e alocação de recursos. Pretende-se, com esta reestruturação administrativa e gerencial, qualificar o atendimento prestado no HC/UFGM. E com a implementação da pactuação de compromissos e metas nas UF, fazer com que todos se responsabilizem com a melhoria do desempenho dos serviços e trabalhem na perspectiva de uma assistência/ensino/pesquisa de qualidade.

O novo modelo de gestão²⁴

Este projeto propõe reorganizar toda a lógica gerencial do hospital centrada em "unidades de produção"²⁵ aqui denominadas Unidades Funcionais (UF) (Encontra-se no **Anexo I** a lista das Unidades Funcionais do HC/UFGM). As características destas unidades são: existência de equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes, ou com grande relação entre si, responsáveis por produtos específicos, consumidos por determinados usuários.

²⁴ Este sub-item contém vários parágrafos transcritos do caderno *Projeto para implantação de um novo modelo de gestão no HC/UFGM – Unidades Funcionais*. Esse caderno foi elaborado pela própria pesquisadora no cargo de assessora de planejamento da Diretoria do Hospital das Clínicas da UFGM.

²⁵ Esta mesma lógica tem sido experimentada com sucesso em diversos outros hospitais que buscam uma modernização administrativa e gerencial, tais como o Hospital Universitário da UFPe, o Hospital da Santa Casa do Pará, Hospital Público de Volta Redonda-RJ, dentre outros.

O novo modelo de gestão do HC/UFGM busca uma descentralização das unidades funcionais em todos os aspectos. Dessa forma, as Unidades Funcionais (UF) terão gestão descentralizada e podem, a partir da definição da missão (compatibilizada com aquela geral do hospital), realizar o planejamento e reorganizar internamente o processo de trabalho para alcançar um melhor desempenho dos serviços que realizam.

Podem, inclusive, planejar e realocar recursos (materiais, físicos e de pessoal), em conformidade com os parâmetros anteriormente pactuados com a direção e decidir em que investir para cumprir as metas estabelecidas e/ou ampliar as atividades exercidas.

Assim, pretende-se transformar a organização interna do hospital em todos os aspectos, com destaque para a distribuição de responsabilidades, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa, na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se da execução.

Em relação ao ensino, à pesquisa e à assistência, é importante destacar que as Unidades Funcionais deverão compreender a atividade acadêmica com uma nova inserção, com visibilidade de acordos que permitam a otimização das relações entre os serviços e as unidades acadêmicas.

O primeiro passo para a implantação é a formalização por parte dos serviços/setores do interesse em se transformarem em unidade funcional. Após isso, desencadeia-se uma série de discussões entre os diversos setores que compõem a unidade, no sentido de elaborar o plano de trabalho dela.

De posse do plano de trabalho, a unidade negociará e estabelecerá com a direção do hospital um **CONTRATO DE GESTÃO**, pelo qual se comprometerá a produzir e desenvolver programas e atividades específicas para aprimorar o desempenho da unidade e terá, como contrapartida, o apoio e infra-estrutura necessária para desenvolvimento desse plano.

Poderá ser criado um prêmio por desempenho, extensivo a todos os funcionários, a ser pago conforme a melhoria do desempenho de cada unidade e de todo o hospital, acompanhado pelos indicadores. Os indicadores devem ser avaliados constantemente e readequados de acordo com a nova situação de gestão e funcionamento das unidades.

Trabalha-se com a perspectiva de que cada UF tenha um colegiado interno, que represente todos os serviços/setores e possibilite a coordenação e definição coletiva acerca dos objetivos, metas e indicadores para avaliação e acompanhamento. Esse colegiado constitui-se no fórum no qual será feita a pactuação e negociação dos recursos existentes, definição de prioridades e investimentos.

As UF deverão discutir internamente, especialmente com aquelas com as quais se relacionam ou dependem, e estabelecer uma rede de pedidos e compromissos, de tal forma que os produtos necessários para o funcionamento delas sejam ofertados de acordo com o estabelecido.

Será formado um colegiado gestor, ligado à diretoria do hospital, e composto pelos diretores e gerentes das UF. Esse colegiado terá o papel de coordenar e acompanhar o funcionamento das UF compatibilizando-as com as metas e objetivos gerais do hospital. Será também o espaço da pactuação entre as diversas unidades funcionais para o cumprimento da missão da instituição do ponto de vista da assistência, ensino e pesquisa.

Vivenciando a implantação

O processo de implantação das Unidades Funcionais no HC/UFGM vem sendo construído coletivamente, a partir do entendimento de que o sucesso dessa proposta depende, fundamentalmente, do envolvimento e adesão do conjunto dos profissionais que atuam nesta instituição, seja na área assistencial, na pesquisa ou ensino.

A partir da compreensão da necessidade de uma reorganização administrativa e gerencial e, conscientes de que na ponta do sistema, os hospitais convivem com graves questões gerenciais (a saber: ausência de autonomia administrativa, necessidade de readequações administrativas e/ou assistenciais, incorporação de mecanismos de avaliação de custo/benefício e eficiência, e avaliação de qualidade institucional), identificou-se que, para tais unidades, mais que uma simples liberalização da legislação vigente, requer-se uma mudança completa do estilo gerencial, a qual possa conferir maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos serviços.

E, sabedores de que um dos requisitos fundamentais para a viabilização de uma modalidade de gestão descentralizada, como a pretendida, é a capacitação dos profissionais para o exercício das novas funções gerenciais, a estratégia adotada para iniciar a implantação, propriamente dita, foi a organização e realização de um curso de capacitação para os futuros gerentes e coordenadores técnicos ou administrativos que comporão as equipes gerenciais das unidades funcionais.

Alguns dispositivos de intervenção

1. O curso de capacitação para gerenciamento das UF

Esta capacitação aliou conteúdos dos cursos tradicionais da administração hospitalar a uma perspectiva metodológica que integra ensino-serviço, em que aos conteúdos teóricos associam-se períodos de prática. A carga horária total de 180 horas foi distribuída em três módulos desenvolvidos em períodos de concentração/dispersão. Essa metodologia visa possibilitar a participação dos gerentes e/ou coordenadores e mantê-los inseridos no local de trabalho. As atividades do curso compreenderam: trabalhos em grupo, exposições, debates, leitura de textos de apoio e utilização de roteiros para trabalho de campo.

Ao final do primeiro e segundo módulos, os alunos recebiam como tarefa a elaboração de um trabalho de campo, a ser realizado durante o período de dispersão (aproximadamente 30 dias). O trabalho de campo referente ao primeiro módulo consistiu da elaboração do diagnóstico da futura unidade, por meio do levantamento dos setores/serviços, das atividades desenvolvidas, de todos os recursos que dispunham, e de uma avaliação inicial dos principais problemas para funcionamento dessa unidade. O outro trabalho consistiu na elaboração do plano de ação da unidade funcional.

Assim, ao mesmo tempo em que se apropriavam das ferramentas básicas do processo de administração e gestão em saúde, os alunos, por meio dos trabalhos de campo, aproximavam-se e faziam um exercício de planejamento para as futuras unidades gerenciais as quais estariam vinculados.

Foram oferecidas para cada UF, em média, três vagas; aquelas que continham um grande número de serviços ou setores foram contempladas com um número maior de vagas (de quatro a seis).

Ao final foram capacitadas 84 pessoas integrantes das 24 unidades funcionais. A partir de avaliações feitas junto aos alunos, pôde ser identificado que o curso consistiu em um espaço privilegiado para conhecer melhor o hospital e, especialmente, discutir e entender os problemas relacionados ao funcionamento dele. Algumas das maiores queixas dos participantes (e vale ressaltar que esses são as atuais chefias e coordenações dos setores/serviços) foram a insuficiência de fóruns de discussão e o desconhecimento de questões fundamentais para um melhor gerenciamento de seus setores, como as apresentadas no curso. Isso motivou, inclusive nas avaliações finais das turmas, uma demanda para abertura de outras turmas para possibilitar capacitar mais e novas pessoas para a tarefa de implantação do novo modelo. Como consequência, já foram organizadas duas novas turmas direcionadas para capacitação do pessoal de nível médio e, atualmente, estuda-se a possibilidade de abertura de uma quarta turma para profissionais de nível superior.

2. Outros instrumentos desenvolvidos

Durante a realização do curso de capacitação para gerência de unidades produtivas hospitalares foram desenvolvidas diversas atividades junto aos setores/serviços com vistas à implantação das Unidades Funcionais. Realizaram-se várias reuniões para sensibilização e discussão sobre as dificuldades operacionais para implantação dessas unidades e busca de alternativas para superá-las (estas reuniões, com maiores ou menores desdobramentos, foram realizadas em todas as 24 unidades). Vale a pena destacar algumas iniciativas que se constituíram em alavancas ou detonadores de processos de mudanças ou, pelo menos, em processos reflexivos acerca das atuais práticas de assistência, ensino ou pesquisa desenvolvidas no hospital e incongruências.

Uma delas foi a construção do elenco de APOSTAS que a direção do hospital tem com relação ao novo modelo em construção. Essa construção foi realizada em uma oficina de trabalho realizada pelos membros da Diretoria, Assessoria de Planejamento,

Divisões e Departamentos Administrativos e Clínicos (Divisão de Material, de Recursos Humanos, Divisão Técnica de Enfermagem). Contou com a presença de um consultor externo, profissional que já vinha acompanhando o desenvolvimento do projeto por meio de participação no Curso de Gerência e em momentos de assessoria à direção do HC/UFMG.

O resultado do trabalho é apresentado no **Anexo II** e constitui-se no conjunto de 15 apostas que se colocaram para o grupo.

O grande mérito deste trabalho foi abrir a caixa preta da discussão do que está por trás (as intencionalidades) desse projeto em construção. É importante ressaltar algumas discussões estruturantes ocorridas nesta oficina: (i) a constatação de que, apesar da proposta de uma gestão descentralizada, a grande questão que se coloca para a direção é a possibilidade da construção de um movimento de maior coordenação no interior do hospital; (ii) a aposta na possibilidade de se trabalhar tanto nos espaços macro (UF) quanto nos micro (discussão e intervenção sobre os processos de trabalho no interior das unidades); (iii) o recorte das UF, apesar de em algumas unidades configurar uma agregação de unidades de produção, terá potência e conseguirá trabalhar uma missão comum e articulada entre essas unidades dentro da grande UF; (iv) o gerente, além de exercer a coordenação administrativa dos setores e buscar um trabalho integrado e articulado, terá o desafio de desempenhar importante papel político de forma a coordenar/gerenciar as diversas categorias e coordenações técnicas para imprimir direcionalidade única ao conjunto das corporações existentes; e (v) será possível, a despeito das disputas pelo poder e da resistência de algumas categorias/corporações em dividi-lo, constituir os colegiados internos das UF com papel de definidor das políticas e de modo a contemplar os diversos setores componentes da unidade e representar as equipes de trabalhadores.

Um outro instrumento interessante que facilitou a reflexão e desencadeou processos de discussão e enfrentamento de problemas foi a construção das REDES DE CONTRATUALIDADES da enfermagem e da divisão de material. Por serem áreas que lidam e se relacionam, no cotidiano, com o hospital todo, ou seja, setores que têm na essencialidade do seu trabalho que estabelecer relações constantes e com parcela

significativa de trabalhadores de saúde, para análise dos seus processos de trabalho foi proposta uma reflexão sobre o seu papel, inserção e as relações estabelecidas no complexo hospitalar. Para isso, um exercício foi proposto com os participantes das duas equipes (enfermagem e divisão de material) no qual elas se colocassem como ator privilegiado central e identificassem todas as relações que estabelecem com os diversos atores no interior do hospital. Após isso, foi solicitado que escolhessem três dos mais importantes atores com os quais desenvolvem trabalho rotineiro e levantassem a rede de petições e compromissos envolvida nessas relações. Além disso, demandou-se que durante essa construção fossem apontados os ruídos que aparecem no interior dessas relações. Entendeu-se como ruídos os elementos destoantes, “estranhamentos” ou as contradições do processo de trabalho que se expressam como os mal-entendidos, problemas, insatisfações, não-ditos ou dificuldades de comunicação que dificultam ou interferem no serviço prestado.

A utilização desse instrumento possibilitou a visualização e desvendamento de uma diversidade de acordos ou desacordos existentes nas relações estabelecidas no interior do hospital que nem sempre contribuem para o bom e adequado funcionamento dos serviços. Observou-se que esses (des)acordos geram o estabelecimento de contratos explícitos ou até implícitos que mascaram os conflitos e divergências existentes, sem permitir que os ruídos existentes aflorem e desencadeiem reflexão sobre sua superação. A possibilidade de analisar a rede de petição e compromissos não ocorre apenas sobre a ótica de quem solicita o serviço, mas também, de quem o presta. Isso resulta numa compreensão ampliada do processo (inclusive de suas dificuldades) e uma postura mais solidária e participativa com vistas à melhoria da relação estabelecida e agilização e adequação dos pedidos. Assim, as principais resultantes da utilização desse instrumento foram as constatações de: (i) existência de múltiplos ruídos intervenientes no interior das relações analisadas, (ii) necessidade de uma efetiva negociação entre os atores para superação destes ruídos, e (iii) necessidade do estabelecimento de novos acordos mais produtivos, do ponto de vista institucional e do bem-estar do paciente. No **Anexo III**, é apresentado o relatório da oficina de trabalho que construiu a rede de contratualidade da enfermagem.

Ao avaliar que um elemento considerado estratégico para o sucesso de um processo de reorganização administrativa e gerencial como esse, passa pelo desenvolvimento de uma política de recursos humanos motivacional e avaliativa, é que a diretoria, neste percurso, definiu pelo estabelecimento de um prêmio por desempenho a ser distribuído aos servidores do HC/UFMG.

Nesse sentido, o PROGRAMA DE INCENTIVO AO DESEMPENHO (PID) constitui-se numa importante estratégia para motivação e envolvimento dos recursos humanos com os objetivos e produtos da instituição. Essa estratégia atua de modo a valorizar o trabalho da equipe interdisciplinar e multiprofissional e estabelecer um processo sistemático de definição de metas e compromissos negociados e previamente estabelecidos entre cada Unidade Funcional, sob avaliação sistemática dos resultados obtidos pela direção do HC/UFMG. O princípio fundamental da aplicação deste mecanismo de retribuição variável por resultados é o da parceria entre a instituição e os servidores. Por intermédio de uma inovadora e saudável relação baseada na co-responsabilidade quanto à qualidade e efetividade do processo e resultados do trabalho, são estabelecidos compromissos e metas com negociação mútua.

A proposta é que o Programa seja implantado após a assinatura do Contrato de Gestão que será firmado entre a unidade funcional e a direção do hospital. O conjunto dos indicadores e respectivas metas serão elaborados pelo Colegiado interno de cada Unidade Funcional, a partir de um processo interno de discussão. Posteriormente, será aprovado e consensuado com a diretoria do HC/UFMG, e, então, oficializado por meio da sua incorporação ao Contrato de Gestão que firmará o acordo da UF com a diretoria. Tais indicadores serão acompanhados periodicamente pelo Conselho Gestor do HC/UFMG e diretoria, por intermédio de relatórios de gestão.

A situação atual de implantação do novo modelo é que a maioria das futuras unidades funcionais já conta com colegiado interno de gestão ou com equipe de transição que está em trabalho de elaboração final do diagnóstico e plano de ação. A partir do mês de março/2001 iniciaram-se as reuniões do Colegiado Gestor das UF do HC/UFMG que acompanham e monitoram o processo de implantação das UF. Já foram assinados contratos de gestão com 13 (treze) das 24 (vinte e quatro) unidades. As quatro primeiras já

finalizaram o segundo semestre de avaliação e receberam dois prêmios, com desempenhos superiores a 90% das metas acordadas. Seis outras acabaram de passar pela primeira avaliação de desempenho, com resultados também muito positivos, demonstrando um esforço no sentido de melhorar o processo de planejamento e gestão de suas unidades. Pretende-se que a totalidade das unidades pactue com a direção seus planos de trabalho e contratos ainda em 2002 e que o HC/UFMG, como um todo, possa participar do recebimento do prêmio por desempenho no início de 2003.

Apesar das enormes dificuldades encontradas para implantação deste projeto, o grande e importante mérito dele constitui-se na oportunidade de discutir e questionar a dinâmica do poder e relações de trabalho estabelecidas e seus resultados. A possibilidade de repensar os processos de trabalho e a forma como estão organizados, as relações de poder instituídas e a forma como os processos decisórios se dão, as redes formais e informais de disseminação das informações e o mapeamento dos atores estratégicos envolvidos nestes processos de produção de atos de saúde, têm desencadeado processos outros que questionam, polemizam e pressionam, no sentido da busca de alternativas para melhoria do instituído. À medida que se cria a perspectiva de uma discussão franca e aberta, desencadeiam-se momentos de reflexão e crítica que forçam uma aventura em direção a mudanças e a alternativas para instituir o novo. E isso tem sido extremamente positivo visto que, para significativa parcela dos trabalhadores do hospital, há uma avaliação da insuficiente e inadequada forma de funcionamento da instituição, o que mostra a necessidade de mudanças.

Entretanto, o próximo e necessário passo para se criar condições objetivas para efetivação das mudanças pretendidas, ainda está em processo. Ou seja, a proposta de implantação de uma gestão mais compartilhada e co-responsável no HC/UFMG precisa adentrar a cotidianidade da instituição para que não fique apenas a reboque das iniciativas dos diretores, assessores e gerentes. Para um efetivo sucesso será necessário que atores estratégicos abracem o projeto e batalhem pela sua concretização na vida da instituição, de modo que o projeto não se apresente apenas com a “cara” da direção, mas de toda a organização. Este trabalho de sensibilizar e estabelecer alianças estratégicas ainda não está completo e é vital para o processo em curso porque é a garantia de que, apesar das tensões

existentes e em constante ebulição nesta instituição hiper-complexa, haverá possibilidade de um acordo institucional que coloque o interesse público e coletivo acima do privado ou corporativo, para cumprimento da missão definida para essa organização.

Considerou-se necessária a apresentação do processo de reorganização administrativa e gerencial pelo qual está passando essa instituição para situar o momento que está sendo vivenciado e como se insere, esta pesquisa, nesse contexto, permeada que será por todos estes movimentos que têm mobilizado essa organização e seus sujeitos sociais.



5. ANÁLISE DO PROCESSO DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE NO HC/UFNG

5.1. CASO E TRAJETÓRIA-SENTINELA DO PACIENTE DA CLÍNICA MÉDICA (LCP)

5.1.1. Síntese da História Clínica do Paciente da Clínica Médica (LCP) (176 dias de internação)

Em 04/12/2000, LCP, de 26 anos de idade, solteiro e sem filhos, procedente de Ibirité-MG onde trabalhava como faxineiro, procura o Pronto Atendimento (PA) do Hospital das Clínicas da UFMG. Ele relata que era previamente hígido e, há três meses, começou a apresentar cefaléia, febre contínua e emagrecimento com queda do estado geral. Refere contato com cão portador de leishmaniose. Ao exame, apresenta aumento de fígado e baço, febre, Leucócitos: 1.800; Hemoglobina: 5,9; Plaquetas: 220.000. Está em uso de Ceftazidime e Metronidazol desde 01/12. HIV e VDRL negativos. Em 05/12 são solicitados exames laboratoriais, avaliação hematológica, US de abdome e Mielograma; também é iniciado esquema para neutropênico febril (Ceftazidime e Amicacina), ainda no PA.

Em 06/12 é encaminhado para internação na enfermaria da Clínica Médica no segundo andar do HC/UFMG. É investigada e descartada a hipótese de leishmaniose visceral. Durante a internação foram realizadas diversas biópsias (crista ilíaca, fígado, baço, etc) por meio de duas laparoscopias exploradoras (em 19/12 e 20/2), ambas inconclusivas, cujo resultado foi granuloma não caseoso. Recebeu tratamento empírico para Tuberculose e Histoplasmoses e desenvolveu hepatite medicamentosa, provavelmente devido aos tuberculostáticos. Ao usar a Anfotericina B, desenvolveu insuficiência renal e crise pirogênica e foi substituída por Itraconazol. Realizou sorologias anti-HIV e para VHB/VHC: todas negativas. O quadro febril de origem indeterminada é persistente e se acompanha de leucopenia e hepatoesplenomegalia.

Em 04/maio/2001 laudo de Tomografia Computadorizada de abdome evidencia massas em região retrocural, periaórtica, hilar renal esquerda, interaórtica-canal, com formação de grande massa conglomerada envolvendo a aorta e deslocando a veia cava inferior anteriormente. Esse resultado juntamente com o quadro clínico e outros resultados laboratoriais sugeriam a possibilidade de tratar-se de linfoma, apesar da negatividade

citológica/imunohistoquímica/anatomopatológica obtida nas biópsias anteriores. Frente a esse quadro foi então realizada uma laparotomia exploradora a céu aberto, em 17/5/2001, para obtenção de uma amostra mais representativa da massa retroperitoneal. A análise realmente identificou Linfoma de Hodgkin.

Entretanto, no terceiro dia pós-laparotomia exploradora, o paciente apresentou piora da curva térmica, queixas urinárias, tornando-se progressivamente séptico. Foram colhidas culturas e iniciada antibioticoterapia para neutropênico febril (Amicacina + Fortaz + Vancomicina + Metronidazol). Em 23/5 é identificado quadro de broncopneumonia, com queda do estado geral do paciente. Em 24/5 o paciente inicia quadro neurológico com espasmos musculares generalizados evoluindo para confusão mental, abalos musculares e crise convulsiva tônico-clônica generalizada, associada à elevação de escórias renais, de função hepática, íleo prolongado, elevação de potássio, e anúria, além de hemorragia digestiva alta. Devido à piora da função hepática, foi orientado pela oncologia, para a realização de pulsoterapia 40 mg/dia de dexametazona devido à possibilidade de compressão tumoral em fígado. Em 28/5 o paciente apresentou piora do padrão respiratório agravado pelo quadro de Hemorragia Digestiva Alta, e foi, então, encaminhado ao CTI. Evolui com piora nos níveis pressóricos, sangramento de vias aéreas e queda da saturação, desenvolvendo choque distributivo, insuficiência renal aguda, coagulopatia e disfunção hepática, apesar do monitoramento intensivo. Vai à óbito às 10:45 hs do dia 29/05/2001.

Descrição mais detalhada da internação é apresentada no item B do anexo IV, posteriormente à apresentação do fluxograma do paciente.

5.1.2. Fluxograma da internação

A partir das informações colhidas via análise de prontuário do paciente LCP, foi elaborado um fluxograma que apresenta integralmente a trajetória dele, durante o período de internação. O fluxograma encontra-se no Anexo IV.

5.1.3. Serviços/unidades demandados

Unidades de Apoio Diagnóstico

- 1) Radiologia
- 2) Medicina Nuclear
- 3) Anatomia Patológica
- 4) Laboratório
- 5) **Centro Cirúrgico:** três laparotomias exploradoras (LE) (Primeira LE: 19/12/2000 – biópsia esplênica; Segunda LE: 20/02/2001 – biópsia hepática e de linfonodo; Terceira LE: 17/05/01 – biópsia de massa retroperitoneal)
- 6) **Agência Transfusional** – 11 transfusões
- 7) **CTI** : 28 e 29/5/01

5.1.4. Interconsultas demandadas

Urologia, Reumatologia, Hematologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Odontologia (HOB/PBH), Neurologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional.

5.2. CASO E TRAJETÓRIA-SENTINELA DO PACIENTE DA PEDIATRIA (MLCF)

5.2.1. História de vida de MLCF

(ENTREVISTA REALIZADA EM 14/08/2001 COM MÃE DO PACIENTE MLCF durante a primeira internação no HC/UFMG – Enfermaria da Pediatria de 18 às 20:30 horas)

A mãe do paciente relata alguns fatos considerados relevantes acerca da história de vida e da doença de MLCF:

- ele nasceu saudável e com 3.960 kg no Hospital Márcio Cunha da cidade de Ipatinga-MG;
- ela é funcionária da Cònsul, subsidiária da USIMINAS e, por isso, dispõe de plano de saúde da empresa;
- aos dois meses a criança largou o peito;
- teve seu primeiro ano de vida acompanhado por pediatra que avaliava crescimento e desenvolvimento que transcorria normal;
- aos 11 meses foi internado pela primeira vez, no Hospital Márcio Cunha, com diagnóstico de bronquite (uma semana de internação);
- não teve outras intercorrências até os três anos de idade;
- após completar três anos (maio/98) ela começou a perceber algumas diferenças no comportamento da criança. Na escola, por vezes, era chamada para buscá-lo pelo fato dele estar em um canto chorando e pedindo para ir para casa. Simultaneamente, começou a apresentar febre e já não tinha a agilidade de antes;
- como a febre persistia levou-o ao médico que, ao perceber que ele não estava se alimentando bem, apresentava garganta inflamada e diarreia, decidiu por interná-lo para acompanhamento e investigação (Junho/98 – internação de duração de uma semana);
- retornou para casa e a febre persistia;
- após aproximadamente 15 dias a criança foi internada novamente. Foram identificadas infecções de ouvido e garganta (Julho/98). Foram feitos exames que mostraram plaquetas abaixo do normal. Paciente teve alta e a mãe orientada a observar;

- durante os próximos dois meses a febre mantinha-se persistente;
- em Outubro/98 o pediatra decide internar para investigar essa febre persistente e não acompanhada de outros sintomas. Após a realização de exames foram detectadas alterações hematológicas. O pediatra, ao dar alta, orientou que os exames fossem repetidos após uma semana;
- entretanto, dois dias após a alta o paciente começou a perder o apetite e a queixar dor abdominal. Observou mais dois dias e como não melhorava e queixava muita dor abdominal ligou para pediatra que optou por interná-lo novamente (final de Out/98). O quadro consistia de febre, vômitos e dores. A investigação laboratorial revelou queda acentuada de plaquetas e leucócitos e anemia. O pediatra decidiu então, encaminhá-lo para Belo Horizonte para proceder à confirmação diagnóstica e iniciar o tratamento;
- o paciente foi encaminhado de ambulância de UTI para o Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte (Início de Novembro/98);
- nesse hospital foi fechado e confirmado o diagnóstico de Leucemia Linfoblástica e realizada a primeira série de quimioterapia (QT);
- a partir desse período iniciou-se esquema de quimioterapia que consistiu de blocos semanais de QT aplicados no final de 1998 e primeiro semestre de 1999, no paciente internado e, a partir do segundo semestre/99, em sessões de caráter ambulatorial em clínica hematológica;
- no ano de 2000 a criança continuou com as sessões de quimioterapia e passou muito bem. Recebeu assistência e orientações sobre o processo terapêutico de forma adequada e tranqüila e o tratamento foi custeado pelo seu plano de saúde. Faz elogios à equipe de hematologistas que assistiam ao filho;

- em dezembro de 2000 o paciente começa a passar mal e os profissionais diagnosticam uma recidiva da Leucemia. Por isso optam por instituir um esquema de quimioterapia mais “forte”;
- em fevereiro/2001 interna-se novamente no Hospital Felício Rocho-BH para implantar cateter central, pois já estava difícil para o paciente submeter-se à quimioterapia utilizando os vasos periféricos;
- ressalta que desse período em diante o paciente começou a ficar mais em Belo Horizonte do que em Ipatinga;
- em fevereiro/01 a criança apresentou uma irritação na boca (mucosite) resultante de um efeito da QT. Foi internado (HFR) e permaneceu por 19 dias pois “pegou infecção”;
- continuou o tratamento na clínica hematológica e no dia 02/abril após tomar medicamento chamado Lanves (sic) apresentou Síndrome de Stevens-Johnson;
- apesar dessa reação, foi instituída terapêutica com ARA-C;
- em 07/Maio/01 após ter tomado dois dias de QT com Methotrexate foi orientada a retornar à cidade natal;
- entretanto, ao retornar, o paciente começou a apresentar vômitos incoercíveis, manchas na pele, febre persistente, sialorréia e recusa para se alimentar. Contatou médica que orientou que ela o trouxesse um dia antes do combinado;
- no atendimento na clínica foi identificado que a reação alérgica deveria ser conseqüente ao medicamento Methotrexate e que a criança já apresentava grave quadro de mucosite e processo alérgico. Foi indicada a internação e optaram por fazê-la no Hospital das Clínicas da UFMG apesar de não ser conveniado com a USIMINAS. Após negociações e diante da gravidade do caso, a empresa autorizou a internação na enfermaria de convênios desse hospital;

- foi internado no dia 15/5, no oitavo andar do HC, e já passou duas vezes pelo CTI. Também foi submetido a um desbridamento no lábio, no centro cirúrgico e transferido para o sexto andar – enfermaria da Pediatria - por sugestão da equipe médica que avaliou a maior facilidade de acesso ao paciente;
- refere ter recebido mesma assistência de enfermagem e médica nos dois andares (enfermarias de convênios e pediatria), estar satisfeita com o tratamento e cuidados instituídos; faz muitos elogios às equipes médicas, de enfermagem, de apoio diagnóstico e terapêutico e de infra-estrutura do hospital;
- quanto a problemas ou dificuldades enfrentados durante esses três meses de internação relata que são pontuais e dizem respeito a:
 - problemas de relacionamento com uma funcionária da enfermagem e uma médica do ultra-som que, pela sua avaliação e talvez justificado pelo fato de desconhcerem a gravidade do caso, foram grosseiras com ela e seu filho e os trataram mal;
 - problemas de comunicação com um dos médicos que assistia a seu filho que também foi ríspido com ela e a tratou como se não conseguisse entender a gravidade do caso;
 - reclamações de visitantes ou parentes quanto aos porteiros pela falta de educação e polidez na recepção e orientação;
 - falta de material, especificamente de compressas para redução da febre da criança, por duas vezes (entretanto, ressalta que foi dada a ela alternativas para improvisar compressas com outros materiais e o paciente não ficou sem opção de ter a febre minimizada);
 - a assistência médica da ortopedia que, após a drenagem da artrite séptica da criança, demorou oito dias para ver e orientar sobre o curativo. Foram chamados outros médicos assistentes para orientar sobre a troca do curativo que deveria ter ocorrido a cada dois dias;

- demora na liberação da medicação por parte da farmácia, e, segundo ela, isso tem sido freqüente. Relata que, no dia que o paciente foi ao bloco fazer o desbridamento, ao retornar teve que esperar cerca de quatro horas para receber a morfina, e a supervisora precisou “brigar” para conseguir que a medicação chegasse. Essa situação repetiu-se no CTI, quando a criança precisava de Tramal.
- Sem ser questionada sobre isso relata que se pudesse dar uma nota para o HC/UFGM e à assistência prestada ao filho daria, com tranquilidade, 97%, deixando apenas 3% para os problemas levantados que, segundo ela, não são suficientes para rebaixar a avaliação de todo o complexo hospitalar. Mostra estar satisfeita com a assistência recebida e manifesta sua gratidão à equipe do hospital que, no geral, tem sido dedicada e sensível ao caso do filho. Quando fala sobre a possibilidade de alta da criança, percebe-se o desejo de continuar o acompanhamento ambulatorial nesse hospital, em vez de onde anteriormente era realizado, apesar de dizer que não tem reclamações a fazer daquele.

5.2.2. Fluxograma da História de vida

A partir das informações colhidas na entrevista com a mãe de MLCF foi elaborado um fluxograma que apresenta a história de vida do paciente, anteriormente à internação dele no complexo HC/UFGM.

O fluxograma encontra-se no **Anexo V**.

5.2.3. Síntese da História Clínica no HC/UFGM

HISTÓRIA PREGRESSA :

Criança com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) – CALLA (+) confirmado em novembro/98, quando tinha idade de três anos, naquela época iniciou tratamento pelo GBTLT-93. O médico que o assistia relata ter iniciado fase de manutenção

em maio de 1999. Entretanto, em 02/01/2001 o paciente apresentou recidiva medular e foi iniciado protocolo GBTLI-99 de alto risco de janeiro a abril/2001. Refere última quimioterapia (Bloco B) iniciada em 07/5 em que recebeu Metotrexate e G-Mercaptopurina, quando paciente evoluiu com mucosite oral importante, hiporexia, diarreia, além de lesões em pele com prurido. Suspenso G-Mercaptopurina em 10/5/01. Encaminhado para internação neste hospital para suporte clínico.

SÍNTESE DA PRIMEIRA INTERNAÇÃO (De 15/05/2001 a 17/08/2001 – 95 dias)

Criança de seis anos, internada em 15/5/2001, na enfermaria de convênios (oitavo andar), devido a complicações pós-quimioterapia.

Desenvolveu Síndrome de Stevens-Johnson e mucosite grave. Evoluiu com melhora lenta das lesões cutâneas. Apresentou lesão em cavidade oral com infecção secundária e evoluiu com perda de substância. Foi submetido a dois desbridamentos cirúrgicos em 29/5 e 8/6.

Neutropênico febril, fez uso por sete dias de Cefazidime; 14 dias de Gentamicina; dez dias de Aciclovir, Vancomicina durante 28 dias, Imipenem - 30 dias e Anfotericina B (Dose acumulada = 24). Manteve picos febris durante toda a internação e evoluiu com recuperação medular lenta seguida de recidiva medular ao final da primeira internação.

Apresentou vários episódios de sangramento oral e em 10/6 teve episódio de hematoquesia volumosa com instabilidade hemodinâmica. Desde então manteve cerca de dois episódios diários até 13/6 quando apresentou grande volume de sangramento com nova instabilidade hemodinâmica. Foi encaminhado para CTI, onde permaneceu de 13/6 a 16/6. Nesta unidade evoluiu com melhora importante do sangramento; o último episódio de hematoquesia ocorreu em 14/6. Já em 17/6 voltou a apresentar novos episódios de sangramentos intestinais baixos que evoluíram para quadro de hematoquesia abundante e choque em 23/6, retornando para a segunda internação no CTI, no período de 23/6 a 02/7. Evoluiu com diversos episódios de hematoquezias com instabilidade hemodinâmica. Em 02/7 tem alta do CTI e retorna para internação na enfermaria da Pediatria por avaliação médica de melhor acesso aos diversos profissionais e especialistas nessa enfermaria.

Paciente desenvolveu, durante a segunda internação no CTI, abscesso dentário e apesar do tratamento com antibioticoterapia continuou com picos febris e dores nos membros inferiores (dores ósseas). Foi detectada em 13/7 a existência de abscesso renal à direita. Para melhoria dos sintomas em 17/7 foi feita injeção intratecal de QT e mielograma que detectou 90% de blastos, configurando nova recidiva. O abscesso renal não pôde ser puncionado por ser procedimento de risco para o paciente.

Dada a gravidade do caso, foi feita orientação à família e iniciado tratamento com ARA-C (QT) e morfina para tentar desinfiltrar a medula e diminuir a dor óssea.

Em 26/7 foi diagnosticada artrite séptica no cotovelo esquerdo e feita drenagem no bloco cirúrgico, procedimento que apresentou grande sangramento.

Em 31/7 apareceu nova lesão oral, lesão ulcerosa em língua, a qual dificultou a alimentação.

Apesar de continuar com episódios de vômitos, a criança começa a melhorar; há diminuição dos sangramentos e em 14/8 apresenta-se afebril há cerca nove dias, o que leva a equipe a iniciar a discussão da possibilidade de alta. Em 16/8 após 21 dias de uso de Cipro e comprovada regressão do abscesso renal, dose acumulada de 24 g de Anfotericina B e medicação sintomática via oral, é programada alta para o dia seguinte. Assim, em 17/8 é efetuada a alta da criança com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial.

Durante a internação a criança evoluiu com dificuldade de ingestão alimentar. Iniciou-se nutrição parenteral em 18/5 a qual foi suspensa nos momentos de sangramentos gastrointestinais volumosos e, definitivamente, em 17/6.

SÍNTESE DA SEGUNDA INTERNAÇÃO (De 23/08/2001 a 24/09/2001 – 33 dias)

Paciente permaneceu em casa apenas cinco dias e há cerca de 24 horas começou a apresentar dores ósseas de grande intensidade, generalizadas, vômitos e febre há 12 horas. Foi internado em 23/08/2001 na Enfermaria de Convênios do HC/UFMG para submeter-se a tratamento suportivo de LLA recidivada (analgésicos, antieméticos e transfusão de hemácias e plaquetas).

No dia 24/08 criança queixa-se de dores generalizadas e apresenta vômitos e febre. Às 16:30 horas, após avaliação, o médico assistente orienta enfermagem para fazer Tramal EV imediatamente. Entretanto a administração do analgésico é realizada somente às 20:30 horas com Morfina, apesar de estarem prescritos tanto a morfina EV quanto o Tramal a critério médico.

Em 25/8 as hipóteses diagnósticas levantadas são: 1) LLA recidivada sem proposta terapêutica , 2) anemia + plaquetopenia, 3) febre a esclarecer e 4) vômitos incoercíveis.

Em 26/8 é iniciado esquema de antibioticoterapia com Gentamicina e Ceftazidime, os quais são suspensos dois dias após. Em 27/8 é acrescida a Vancomicina e administrada por 19 dias. Em 31/8 após resultado de cultura positiva para *Xantomonas* é associado o Bactrim e administrado por 22 dias até o óbito do paciente.

Em 03/9, devido à persistência da febre é associada a Anfotericina B que é utilizada até o óbito do paciente (DA= 20,5). A partir de 04/9 a febre cede.

A partir de 02/9 o paciente é acompanhado pela Clínica de Dor que monitora e tenta amenizar a dor conseqüente à patologia de base.

Durante toda a internação, a criança conviveu com dores, vômitos e pequenos sangramentos; foram prescritos sintomáticos e transfusões diárias de plaquetas e hemácias (intercaladas).

Em 22/9 começa a piorar o estado geral do paciente, e em 23/9 ele apresenta vômitos incoercíveis, pausas respiratórias, taquidispnéia e quadro de prostração. Evolui com agitação psicomotora e é feito o diagnóstico de atelectasia. Ele entra em quadro de esforço respiratório grave e em 24/9 vai a óbito.

5.2.4. Fluxograma da internação

A partir das informações colhidas via análise de prontuário do paciente MLCF, foi elaborado um fluxograma que apresenta integralmente a trajetória dele durante o período de internação no HC/UFMG .

O fluxograma encontra-se no **Anexo VI**.

5.2.5. Serviços demandados

O paciente utilizou os seguintes serviços:

- em nível ambulatorial e hospitalar, Hospital Márcio Cunha de Ipatinga-MG;
- Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte-MG com internações e quimioterapias realizadas;
- Clínica Hematológica para sessões de quimioterapia de caráter ambulatorial;
- Hospital das Clínicas - duas internações (no período de 15/05 a 16/08/2001 e de 23/08 a 24/09/2001) quando:
 - 1) ficou internado inicialmente na enfermaria de convênios de 15/5 a 13/6 e de 16 a 23/6, no CTI de 13 a 16/6 e de 23/6 a 2/7. Posteriormente, de 2/7 a 16/8, na enfermaria da Pediatria; e na segunda internação somente na enfermaria de convênios;
 - 2) foi assistido pelas seguintes especialidades: Pediatria e Hematologia (essas com atendimento diário e articulado com discussões freqüentes sobre a condução do caso), Otorrinolaringologia, Ortopedia, Dermatologia, Cirurgia Plástica, Nefrologia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Neurologia, Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional (por interconsultas solicitadas ou acompanhamento durante algum período);
 3. demandou os serviços das seguintes unidades: Bloco Cirúrgico, CTI, Laboratório de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Serviços de Radiologia, Ultra-sonografia, Endoscopia e Ecocardiografia, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, além de outros serviços de apoio e infraestrutura.

5.3. LEVANTAMENTO DOS RUÍDOS

A maioria dos ruídos levantados é apresentada nos fluxogramas na forma das letras **R** grafadas em vermelho abaixo das figuras e é resultante da análise das trajetórias-sentinelas construídas a partir da leitura dos prontuários. No caso da Pediatria, alguns deles surgem por meio da história de vida construída a partir da entrevista com a mãe do paciente; algumas vezes reforçam ou repetem os ruídos já levantados via análise dos prontuários. As listas dos ruídos identificados são apresentadas após os fluxogramas nos anexos IV e VI.

Adotou-se a seguinte tipologia para os ruídos apreendidos :

- INTERUNIDADES – aqueles problemas identificados quando da solicitação ou consumo de algum serviço, produto ou insumo pela unidade assistencial analisada nas suas relações com seus fornecedores ou com outra unidade assistencial;
- INTRA-UNIDADE – problemas identificados no interior das equipes assistenciais para atendimento e consecução de uma assistência integral, coordenada e de qualidade ao paciente.

5.3.1. Ruídos Comuns aos dois casos analisados

- Demora ou não-atendimento da Farmácia às solicitações feitas (RUÍDO INTERUNIDADES – Unidade Assistencial/FARMÁCIA) - ocorrido no atendimento ao paciente da Clínica Médica quando da não-liberação da Anfotericina B, no dia prescrito, mas somente no dia posterior (dia 24/3) (R9). No atendimento ao paciente da Pediatria foram identificados em vários momentos: no dia 20/5 é prescrito Vancomicina às 10 horas e a primeira dose administrada somente às 18 horas (R1); não é administrado o Ac. Transâmico para realização de bochechos pela falta do medicamento na Farmácia do Hospital (é repassada receita para que a família compre o

medicamento) (R4); em 12/6, no plantão noturno, o Omeprazol não havia sido administrado por demora na liberação da farmácia (R6) (administrado somente às 22 horas); e ainda, em 24/8 apesar da orientação médica às 16:30 hs para fazer analgesia no paciente, imediatamente, em virtude de dor, esta medicação só foi realizada às 20:30 horas em detrimento de orientação e prescrição (R12). É importante lembrar que este ruído é reafirmado pela mãe do paciente em sua entrevista como tendo sido um problema apresentado na primeira internação do filho.

- Demora na realização das interconsultas solicitadas (RUÍDO INTERUNIDADES – Unidade Assistencial/Unidade Assistencial)
- Clínica Médica – demora de sete dias pela Psicologia (R3), de 15 dias para a Cirurgia do Aparelho Digestivo –CAD (R4) e de quatro dias pela Reumatologia (R7).
- Pediatria – demora de cerca de 50 dias pela Psicologia (R2), de 11 dias pela Cardiologia (R7) e de 16 dias pela Ortopedia para retirada de pontos e tala pós-drenagem de artrite séptica (R11). Esta última ocorrência foi confirmada pela mãe do paciente por meio da história de vida construída.
- Demora na liberação de resultados de exames - no caso da Pediatria essa demora manifestou-se principalmente com relação aos exames laboratoriais (R3, R5 e R10) e Imaginologia (R8). No caso da Clínica Médica manifestou-se nos exames laboratoriais (R8 e R11), de Imaginologia (R5 e R10) e também em relação aos anatomopatológicos que, além da demora na liberação dos resultados (R1), não apresentaram laudo definitivo das duas primeiras peças (primeira e segunda laparoscopias exploradoras) (R2) (RUÍDO INTERUNIDADES – Unidade Assistencial - LABORATÓRIO/IMAGINOLOGIA/ ANATOMIA PATOLÓGICA).
- Falta articulação e integração entre os diversos profissionais que assistem ao paciente. A comunicação é insuficiente e feita predominantemente por intermédio do prontuário (a maior articulação ocorre entre as especialidades médicas). Ex: caso da psicóloga escrever no prontuário para que o médico

assistente a contate a fim de discutirem o caso. Observou-se também ausência de reuniões clínicas entre os diversos profissionais que assistem ao paciente (Projeto Terapêutico não compartilhado pelo conjunto dos profissionais) (RUÍDO INTRA-EQUIPE);

- Fragilidade e/ou dificuldade no estabelecimento de vínculo entre paciente e médico responsável pela especificidade do hospital universitário de conviver com uma grande rotatividade dos profissionais médicos que assistem ao paciente (acadêmicos, médicos-residentes, preceptores, etc). Isso gera uma insegurança no paciente, especialmente se já havia um vínculo estabelecido e adequado com os profissionais anteriores (RUÍDO INTRA-EQUIPE).

5.3.2. Ruídos Específicos

5.3.2.1. Clínica Médica

- Desmarcação por duas vezes da segunda laparoscopia exploradora (LE) com atraso de cinco dias. O paciente nestes dois dias manteve-se em jejum, até aproximadamente às 18 horas (R6) (RUÍDOS INTERUNIDADES – Clínica Médica/Bloco Cirúrgico e INTRA-EQUIPE);

5.3.2.2. Pediatria

- Atraso na realização de punção de abscesso renal guiado por ultra-som, por aproximadamente uma semana, por falta de disponibilidade do radiologista mais experiente (outros profissionais não quiseram fazer por se tratar de procedimento de alto risco) (R9). Posteriormente, o estado geral do paciente agravou-se e o procedimento não foi realizado; o tratamento realizou-se por meio de antibioticoterapia (RUÍDO INTERUNIDADES – Pediatria/Serviço de Imaginologia);
- Falta de medição ou anotação de PA da criança apesar da prescrição e da história de picos hipertensivos (RUÍDO INTRA-EQUIPE).

5.3.3. Grupo focal com a equipe da Pediatria

Após o levantamento dos ruídos, a partir da análise dos fluxogramas construídos e entrevista com mãe do paciente pediátrico e, ao considerar-se a recomendação de Minayo (2000) sobre a pertinência de serem acrescentadas outras fontes para confirmação/infirmação dos achados numa pesquisa qualitativa, decidiu-se pela realização de um grupo focal com a equipe da Pediatria para discussão e aprofundamento dos ruídos que interferem na assistência ao paciente internado nessa enfermaria.

Dessa forma, foi discutida a viabilidade dessa proposta com a coordenação médica e gerente da Unidade da Pediatria que não só consideraram possível, mas potencialmente produtiva a oportunidade de discussão, à medida que poderia somar às iniciativas encaminhadas para implantação da Unidade Funcional em curso. Para constituição do grupo focal foram convidadas, por essas duas coordenadoras, cerca de quinze pessoas que compõem a equipe de trabalho da Pediatria, contemplando todas as categorias profissionais que operam/colaboram na prestação da assistência aos pacientes pediátricos. O tema proposto para o grupo foi o processo de trabalho em saúde na unidade pediátrica e os “ruídos” que, no dia-a-dia, dificultam uma assistência de maior qualidade.

RELATÓRIO DO GRUPO FOCAL REALIZADO COM A EQUIPE DA PEDIATRIA

DIA: 08/3 das 10:30 às 12:00 horas

LOCAL: Sala de reuniões da Pediatria

No dia proposto, 08/03/2002, o grupo focal iniciou as atividades com quinze minutos de atraso. Às 10:45 horas foi realizada uma apresentação sumária da pesquisa em andamento e da proposta deste grupo focal pela pesquisadora. É importante ressaltar que apesar de ter sido convidado um percentual de 20% a mais de pessoas, prevendo-se uma perda estimada desta proporção como orientado para constituição dos grupos focais (CARLINI-COTRIM, 1996; PEREIRA, 2001), surpreendentemente não houve ausências. Pelo contrário, o grupo contou com a participação de dezesseis pessoas, incorporando um

profissional a mais do que o previsto. Dessa forma, dos dezesseis membros²⁶ que participaram do grupo contou-se com representação de três médicas (duas professoras e uma médica-residente), duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais (uma é a gerente da unidade funcional), duas psicólogas e duas funcionárias de cargo administrativo.

Após esclarecimentos sobre o funcionamento de um grupo focal e contratualização com o grupo sobre aspectos como duração da discussão, papel do moderador e observador, necessidade de gravação, garantia de sigilo das informações, importância da expressão livre de idéias entre os componentes e o compromisso de retorno da análise, além do auxílio para encaminhamentos propostos, foi feita a proposição de que a discussão se efetivasse, a partir da apresentação dos problemas (“ruídos”) levantados pela análise dos dois casos investigados. Assim, após a apresentação dos ruídos encontrados tanto na análise da internação pediátrica quanto do paciente da Clínica Médica, o grupo passou a se manifestar a respeito de como se dá o processo de trabalho na Unidade de Pediatria e a percepção dele sobre os fatores que dificultam a efetivação do cuidado em saúde em toda a sua potencialidade.

Houve confirmação da existência de todos os ruídos levantados pela pesquisadora, e foram ressaltados e considerados como muito relevantes para a equipe da Pediatria:

- os ruídos referentes à relação com a Unidade Farmácia;
- os ruídos relativos à inter-relação com a Unidade de Imaginologia;
- a demora nas interconsultas e falta de articulação com as especialidades não-pediátricas;
- a falta de integração e articulação intra-equipe, quando foi descrita a figura da “integração de corredor” para tentar minimizar a ausência de um compromisso coletivo assumido para superação desse ruído. Vale ressaltar que se detecta em todo o grupo e no conjunto da equipe da Pediatria

²⁶ Vale destacar que o grupo focal só contou com a participação de mulheres, que representam uma parcela significativa do universo hospitalar e, coincidentemente, foi realizado no dia 08/3, quando se comemora o dia internacional da mulher.

(identificado em outros momentos vivenciados pela pesquisadora junto a essa equipe) um desejo e abertura para a melhoria dessa articulação. Entretanto, na prática ainda há dificuldades para enfrentamento desse ruído;

- a fragilização do vínculo com o paciente pelas trocas frequentes de profissionais, especialmente da categoria médica, em função de estar inserido numa instituição universitária. Foi momento de reflexão do grupo desencadeado pelo questionamento de uma das docentes sobre se o ensino justifica toda esta mudança para com a assistência ao paciente e conseqüentes perdas para ele.

Além disso foram levantados outros ruídos que vêm enriquecer e aprofundar a análise sobre o processo micropolítico do trabalho em saúde. São eles:

- queda da qualidade assistencial quando o atendimento é para pacientes de convênios e particulares, a qual se expressa no fato de que nem todos os profissionais prestam assistência nos andares reservados a esses pacientes e na própria qualidade técnica do cuidado de enfermagem a qual deve atender nestas alas a pacientes das diversas especialidades, entre crianças e adultos, etc. Isso fica evidente quando o médico responsável pelo paciente pediátrico solicita que, ao sair do CTI, ele seja encaminhado à enfermaria da Pediatria, e não à de Convênios, pela maior facilidade de acesso aos diversos profissionais e gravidade do caso. Foi identificado um desconforto dos profissionais de nível superior com a discussão do não-atendimento ou não-priorização da assistência aos pacientes de convênios e uma postura paradoxal: não atendem pois não recebem mas, ao mesmo tempo, têm questionamentos do ponto de vista ético por assumirem essa postura (RUÍDO INTRA-EQUIPE E INTERUNIDADES);
- falta de registro da totalidade dos atendimentos efetuados no prontuário do paciente, especialmente no que diz respeito aos profissionais não-médicos. Além disso, foi detectado a não-leitura do que foi anotado e uma desconsideração dos trabalhos dos diversos profissionais para consecução da assistência integral (RUÍDO INTRA-EQUIPE E INTERUNIDADES);

- desgaste e perda de tempo do corpo médico para conseguir que os produtos ou serviços por ele demandados efetivamente se realizem em tempo hábil, para dar suporte à assistência prestada. Vale destacar o depoimento da médica residente de que 50% do seu tempo é gasto com a cobrança de resultado de exames, interconsultas solicitadas, etc. Também na discussão das docentes, identificou-se que não há automatismo nas solicitações médicas e que para a efetivação dos serviços solicitados prevalece, em muitos casos, a informalidade das relações ou até “a gestão por favores pessoais” nas quais somente após a intervenção pessoal do médico e sensibilização do colega para agilização é que o serviço/procedimento é realizado (RUÍDO INTERUNIDADES);
- demora na marcação de consultas, o que dificulta o retorno do paciente e muitas vezes aumenta o absenteísmo no nível ambulatorial (RUÍDO INTERUNIDADES);
- suporte administrativo insuficiente nos finais de semana e à noite. Isso mostra que a despeito da característica da instituição funcionar 24 horas, na prática, vários setores funcionam plenamente apenas durante o dia e de segunda a sexta-feira. Necessidade de repensar e adequar a estrutura administrativa à lógica do cuidado (RUÍDO INTERUNIDADES);
- stress e desgaste das equipes com o grande esforço que tem sido necessário para superação das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, o que inclui o retrabalho. Em função da responsabilização da equipe com a lógica do cuidado existe um sofrimento e desgaste para a efetivação da assistência ao paciente (RUÍDO INTRA-EQUIPE);
- falta de credibilidade no trabalho do outro conseqüente a este funcionamento pouco profissional e desarticulado que necessita de cobrança contínua para garantia da assistência (RUÍDO INTERUNIDADES).

Ao final o grupo fez questão de ressaltar que, apesar de todos esses ruídos, a Pediatria é uma das unidades no Hospital onde há maior espaço para discussão e maior potencialidade para que a articulação e integração intra e interequipes ocorram. Foi destacado o espírito de equipe e desejo de aprimoramento de todos com vistas à melhoria da qualidade da assistência. Foi lembrado por uma das enfermeiras, a necessidade de se abandonar esta postura muito centrada nos próprios problemas, e se colocar no lugar do outro, entendendo que este também enfrenta dificuldades no seu dia-a-dia.

Além disso, uma das docentes pontuou a satisfação e gratificação em estar trabalhando nesta instituição pela qualidade da prestação de serviços e pelo envolvimento e responsabilização do conjunto dos profissionais com o trabalho desenvolvido.

O trabalho do grupo focal foi encerrado aproximadamente às 12:15 horas com o comprometimento da pesquisadora junto com a gerente da UF de encaminhamento de várias propostas levantadas para superação dos ruídos identificados.

5.4. ANÁLISE DOS RUÍDOS

Numa análise inicial acerca das falhas que foram expostas, a partir dos ruídos identificados pelos fluxogramas construídos e, no caso da Pediatria, também a partir daqueles levantados pela entrevista e grupo focal, observa-se que:

1. os ruídos interunidades comuns aos dois casos estudados são os referentes a problemas existentes nas relações entre as unidades de Pediatria e Clínica Médica e alguns de seus prestadores de serviço como a Farmácia, o Laboratório de Patologia Clínica, o Serviço de Imaginologia, e as especialidades médicas que foram demandadas a realizar interconsultas;
2. os ruídos intra-equipe comuns são aqueles referentes à insuficiente e inadequada articulação e integração entre os profissionais que assistem ao paciente e à fragilização do vínculo com o paciente pelas trocas frequentes de profissionais, especialmente da categoria médica, especificidade inerente ao processo de trabalho no interior do hospital universitário;

3. outros ruídos interunidades foram identificados de forma específica, o que revela falhas na relação entre a Pediatria e o Serviço de Imaginologia e a Clínica Médica, nas relações que estabelece com o Bloco Cirúrgico e Anatomia Patológica;
4. com relação aos outros ruídos intra-equipes, apesar de se apresentarem de forma diferente e específica, foram identificados nos dois casos analisados.

Quanto aos ruídos interunidades, chama a atenção a quantidade de problemas detectados na relação das unidades assistenciais com a Farmácia; a demora das diferentes especialidades para atendimento de interconsultas aos pacientes internados e a falta de agilidade dos serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames e liberação dos resultados. Para refinar esta classificação grosseiramente assumida, pode-se dizer que os ruídos identificados como interunidades estão relacionados aos acertos ou acordos estabelecidos de forma explícita ou implícita entre as diversas unidades, seja pelas relações tipicamente fornecedor/cliente ou inclusive, entre unidades que se relacionam de maneira cooperativa com objetivo final de atender e assistir ao usuário final do sistema.

De forma mais precisa, esses ruídos referem-se às redes de contratualidades estabelecidas entre as diversas unidades e a forma como elas relacionam-se entre si. A análise desses ruídos no interior das linhas de produção do cuidado da criança e do adulto, no HC/UFG, revelou a fragilidade na rede de contratualidades estabelecidas no interior desse hospital, sem que os necessários acordos quanto aos pedidos e compromissos que cada unidade deveria ter nas relações com os diversos setores tivessem sido feitos. Isso tem como consequência, pelo que foi apontado pela equipe de Pediatria, por intermédio do grupo focal, um grande desgaste e stress em toda a equipe que realiza um sobre-esforço para superar as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia para prestação dos serviços. Além disso, muitas vezes essa situação resulta em retrabalho; boa parte do tempo desses profissionais é gasta na cobrança dos serviços solicitados, em vez de estarem dedicados à finalidade precípua deles que é a realização do trabalho assistencial.

Essa fragilidade na contratualização entre as diversas unidades não é especificidade do HC/UFMG, pelo contrário tem sido uma característica comum encontrada em vários outros hospitais públicos. É preciso assumir, do mesmo modo que Merhy & Cecílio (2001), como

“...uma primeira explicação para o conflitivo e ruidoso cotidiano do hospital, o fato da sua coordenação se fazer a partir de uma rede de contratualidade “defeituosa”, irregular, distorcida pelas relações de poder institucionais e que não é tomada como objeto pelo processo de gestão”. (p.10)

E reconhecer que estas contratualidades são construídas no dia-a-dia por múltiplos atores em situação, de forma espontânea, dinâmica, e extremamente dependente das relações interpessoais existentes e de redes informais de comunicação.

Com relação aos ruídos intra-equipe observou-se, tanto na Pediatria como na Clínica Médica, um insuficiente trabalho de equipe, expresso na falta de integração e articulação entre os diversos profissionais que assistem ao paciente. Os projetos terapêuticos não foram explicitados e nem negociados adequadamente, de forma a garantir a integralidade da assistência. No caso da Pediatria, apareceu o que os profissionais denominaram “integração de corredor” para tentar minimizar a ausência de espaços/momentos onde esta articulação pudesse ser feita, apesar da fala de todos sobre a necessidade e desejo de que esta integração ocorra. Igualmente importantes, no interior das equipes de trabalho desse hospital universitário, foram os problemas relativos às quebras de vínculo identificadas nos momentos de troca dos profissionais. Isso gera insegurança no paciente (como ocorrido com o paciente da Clínica Médica) e em seus familiares que se ressentem e demoram a estabelecer vínculo de confiança com o novo profissional. Apareceram também problemas relacionados à forma como se organiza e se efetiva o processo de trabalho nessas duas unidades de internação, ou seja, inadequações relativas aos fluxos e distribuição de tarefas no interior das equipes. Quanto a estes ruídos denominados inicialmente de intra-unidades, identifica-se que estão ligados à organização do processo de trabalho em saúde e à construção das relações no interior das equipes.

Alguns ruídos identificados pela equipe de trabalho da Pediatria, por meio do grupo focal realizado, devem ser destacados. Esses vêm iluminar a análise sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, tal como aquele referente ao tratamento diferenciado para pior da clientela de convênios e particulares. Essa situação opõe-se ao que ocorre em outros hospitais onde a qualidade deste atendimento é melhor que aquela prestada aos pacientes SUS. Isso revela a complexidade das relações no interior do hospital universitário, de caráter público, que tem, no caso do HC/UFMG, uma resistência explícita dos profissionais ao atendimento de clientela não-SUS. O que configura, algumas vezes, situações perversas de não-atendimento desses pacientes com consequências ético-políticas. Isso ocorre apesar do cuidado que tem havido na implementação desta política expresso pelo fato de não haver acesso/porta diferenciada para esses pacientes nem acomodações diferentes e, ainda, de existir grande flexibilidade na utilização destes leitos, freqüentemente ocupados por pacientes SUS, quando não há mais leitos disponíveis para eles e, também, no caso de necessidade de isolamento de pacientes.

Observa-se que esse ruído não havia sido identificado pela análise do prontuário e, de acordo com a percepção da mãe (observada na entrevista realizada), não havia diferença entre o atendimento recebido pelo seu filho, seja na enfermaria de Pediatria (SUS) ou na de convênios. Isso chama a atenção para a necessidade, já apontada, de ao se trabalhar com uma análise qualitativa agregar várias fontes para melhor conhecer o objeto estudado e, especialmente, para a constatação da importância da incorporação do tema da subjetividade e da representação dos sujeitos sociais. Neste caso, tratam-se dos usuários, que recebem ou vivenciam o cuidado, e dos produtores das ações de saúde, que são os trabalhadores de saúde. Tanto a entrevista com a mãe do paciente quanto o grupo focal da Pediatria abriram a possibilidade da incorporação desses sujeitos no processo de discussão sobre o cuidado em saúde, especialmente quando puderam expressar a percepção de como esse cuidado estava se conformando e o que não estava sendo bem conduzido.

Além disso, no caso da equipe assistencial da Pediatria, foi flagrante como o trabalho do grupo focal mexeu com a equipe que pôde refletir e até propor estratégias de intervenção sobre algumas dificuldades identificadas. Passados quatro meses desse trabalho com o grupo da Pediatria e somado ao fato da incorporação, por parte da equipe da

proposta, do novo modelo de gestão por meio da constituição da Unidade Funcional da Pediatria, já podem ser evidenciadas várias iniciativas no sentido de se superar os problemas levantados, como por exemplo, o da insuficiente articulação no interior da equipe, com excelentes resultados. Isso mostra o potencial não só metodológico desse instrumento de pesquisa, mas também as possibilidades que são abertas, a partir dos espaços proporcionados, que incluem e comprometem os sujeitos com o processo de construção coletiva.

Sob a perspectiva e olhar do grupo focal apresentaram-se alguns outros problemas que dificultam a efetivação do cuidado em saúde e que anteriormente não havia sido claramente identificados, tais como: (i) a perda de tempo da equipe com a cobrança dos serviços demandados e o desgaste referente à necessidade de uma “gestão movida por favores pessoais” para agilização dos procedimentos solicitados; (ii) o sofrimento e desgaste dos profissionais para a efetivação da assistência ao paciente; (iii) uma lógica burocrática a qual atua e dificulta a assistência e (iv) uma estrutura administrativa inadequada à lógica do cuidado hospitalar.

Vários ruídos levantados revelaram a presença e importância da lógica burocrática no modelo hospitalar. Também evidenciaram como essa coordenação do cuidado é colonizada em vários momentos por uma racionalidade burocrática (expressa na falta de priorização do ponto de vista administrativo dos casos, da falta de agenda, atrasos e demoras em intervenções necessárias à assistência, inadequação do suporte administrativo à dinâmica hospitalar, dentre outros) que se prende à normas e fluxos que dificultam e atrasam o processo de prestação de serviços ao invés de facilitá-lo e agilizá-lo. Isso em várias situações e momentos dificulta a assistência ao paciente, gera retrabalho, insuficiente racionalização dos processos, perda de tempo com cobranças de serviços não-cumpridos, além de desgaste e stress para o conjunto dos trabalhadores envolvidos na produção do trabalho em saúde.

Ao adentrar de forma mais aprofundada a análise sobre os ruídos levantados, percebe-se que este conjunto de elementos destoantes está relacionado à lógica organizacional deste tipo de instituição que tem um forte componente burocrático, clara e amplamente identificado por todos aqueles que convivem ou, de alguma forma, investigam

a dinâmica hospitalar. Entretanto, não se trata de uma instituição burocrática qualquer. Como apontado por Carapinheiro (1998), o hospital constitui-se em uma burocracia de tipo especial que convive tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática na qual os poderes-saberes instituídos têm grande influência sobre a gestão e sobre a forma como se estabelecem as relações entre os médicos e os diversos serviços, com outras categorias profissionais e com os pacientes.

“Mas, se o hospital é estrutura e, portanto, burocracia, ORDEM, lugar de REPRODUÇÃO, ele é *também*, lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa, e por tudo isto, lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, lugar de conflitos e mudanças.” (MERHY & CECÍLIO, 2001, p. 3)

E ainda que seja utilizada toda a teoria organizacional burocrática, ela não poderia explicar os fluxogramas, seus ruídos e a forma como o cuidado em saúde opera.

Por isso, faz-se necessário desvendar e escutar também o que está por detrás destes ruídos e constitui-se em pano de fundo deles. Ou seja, o grande ruído que esta análise evidenciou foi aquele relacionado à forma como é operada a gestão do cuidado e que se constitui no modo como são conformados e operam os saberes tecnológicos, no interior da instituição hospitalar para dar conta do cuidado em saúde.

Num hospital como esse, a lógica organizacional dominante é extremamente dependente da forma como os sujeitos operam os seus poderes-saberes e contratualizam interna e externamente para a produção do cuidado. Como já explicitado por Carapinheiro (1998), os profissionais de saúde que atuam na instituição hospitalar detêm poderes-saberes tecnológicos que condicionam a forma de inserção e intervenção nesse espaço. Simultaneamente, lançam mão desses para disputar projetos e ampliar a fatia de poder deles nessa organização. Além disso, esses profissionais, a fim de exercerem seus trabalhos específicos, contratualizam entre si e com as diversas unidades de produção do hospital com vistas à consecução da assistência à saúde dos pacientes.

É importante ressaltar que o conjunto dos profissionais da saúde constitui-se em sujeitos em situação, com capacidade de intervenção e detentores de autonomia profissional; inclusive aqueles que não lidam diretamente com a assistência. Assim, são potencialmente portadores de projetos e interesses que, no cotidiano de seus processos de trabalho, são colocados em disputa com os outros projetos existentes no interior da instituição.

Quando se trata dos hospitais universitários, opera-se em um terreno composto de tensões de dupla origem: de um lado, há as tensões definidas nos processos institucionais do território da educação que têm o compromisso de formação dos profissionais da saúde, de outro, há as tensões inerentes aos processos da área da saúde. (MERHY, 1999a) O que torna muito mais dinâmico, complexo e tenso todo o processo de produção em saúde.

Conforme Cecílio (1999) concorda-se que qualquer mudança na atual forma de gestão, na área hospitalar, deverá tomar como central o tema do poder na vida organizacional para melhor compreender e atuar. Para isso, como já utilizado por ele e outros autores, esta análise apóia-se na analítica de Foucault (1995) ao entender que o poder só pode ser compreendido na sua materialidade e no seu funcionamento cotidiano, em nível das micopráticas desse poder. Este estudo vem confirmar o que Carapinheiro (1998) assinalava que, ainda hoje, a nova ordem hospitalar é predominantemente gestonária e dominada pelos jogos de interesses e relações de força entre os profissionais de saúde, com destaque para a categoria médica e as relações que estabelece com os diversos serviços, especialidades, outros profissionais e direção.

Essa autora destaca a centralidade e a relevante autonomia do poder-saber médico, dentro do hospital. E sinaliza que esse poder-saber é potencializado quando se trata de um hospital universitário, na medida em que o reconhecimento científico e catedrático legitima sobremaneira a intervenção médica. Desse modo, a autonomia que lhe é inerente permite a esse profissional a perspectiva de trabalhar, se assim considerar adequado, de forma completamente livre da equipe a qual pertence e do controle burocrático da organização. E, apenas demandar os produtos que lhe são necessários para exercer o processo de produção, sem abrir possibilidade para qualquer tipo de controle ou

acompanhamento. No estudo dessa autora, ao comparar dois serviços médicos, um localizado em um hospital geral e outro em um universitário afirma:

“O serviço do hospital universitário, por deter funções de ensino, pré e pós-graduado, e por assumir, na sua estrutura técnica e social, vocações especializadas com objetivos de pesquisa bem definidos, usufrui de uma autonomia importante face aos objetivos da organização hospitalar, prevendo-se, interna e externamente ao serviço, a necessidade de uma organização e gestão particulares”. (CARAPINHEIRO, 1998, p. 156)

A partir da análise dos diversos padrões de burocracia e ao considerar as especificidades dos hospitais universitários, Goss²⁷, *apud* Carapinheiro (1998), construiu o conceito de “advisory bureaucracy”. “O traço principal que caracteriza a “advisory bureaucracy” não são as regras, mas os conhecimentos técnicos específicos e os princípios orientadores para a aplicação destes conhecimentos”. (CARAPINHEIRO, 1998, p.49)

Essa centralização e ampla autonomia do profissional médico para definir e direcionar todo o processo de trabalho em saúde foi plenamente identificado nas duas trajetórias-sentinelas analisadas. No grupo focal realizado com a equipe de trabalho de Pediatria, essa autonomia e desgarramento em relação à equipe foram apresentados como fatores dificultadores do processo de integração e articulação da equipe.

Ao discutir sobre as equipes de saúde e a tensão existente entre a especialização e polivalência de seus profissionais, Campos (1997) afirma que a crescente especialização de médicos, psicólogos, fisioterapeutas e enfermeiros diminui a capacidade de resolver problemas e aumenta a alienação desses profissionais, em relação ao resultado de suas práticas. E a consequência disso é uma progressiva perda de eficácia das práticas clínicas e da saúde pública, em todo o mundo. Refere ainda que essa especialização excessiva cria, autoriza e legitima a desresponsabilização e a fragmentação e, por isso, coloca-se como o grande desafio para a área “... combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização” (CAMPOS, 1997, p. 248). Também refere que um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde consiste na combinação de

²⁷ GOSS, M. Patterns of bureaucracy among hospital physicians. In: FRIEDSON, E. **The hospital in Mordern Society**. New York: The Free Press, 1963.

autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. “Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais.” (*Ibid.*, p. 230)

Na área hospitalar, o modelo assistencial predominante é o médico-hegemônico centrado em procedimentos. Desse modo, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante: seus núcleos de competência profissionais específicos são subsumidos à lógica médica, e é diminuída em muito a dimensão cuidadora²⁸ inerente a qualquer trabalhador da saúde, inclusive a do próprio médico. A fim de trabalhar estes problemas, explicitados neste estudo como uma série de ruídos que expressaram as dificuldades para a realização de um trabalho em equipe, com articulação e integração entre seus profissionais, é necessário (i) rediscutir o modelo assistencial em curso, (ii) redefinir o trabalho no interior das equipes com pactuação de responsabilidades e papéis de todos os profissionais, (iii) considerar os núcleos de competência específicos e (iv) cultivar a dimensão cuidadora de todos. Para isso é necessário partir do entendimento de que se o trabalho é em saúde, o espaço interseção será sempre compartilhado e dependente dessa integração, para que a produção das ações de saúde se dê na perspectiva da defesa da vida dos usuários. E não se pode esquecer que a noção de vínculo é central à mudança de modelo de assistência, ou seja, é também fundamental num novo modelo que se modifiquem os padrões das relações profissionais de saúde/clientela e aumente o vínculo entre eles. Isso porque, como afirma Merhy (1998b), do ponto de vista do usuário, pode-se dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.

Nas duas linhas de produção do cuidado analisadas, apesar da evidência de que do ponto de vista formal/legal o cuidado em saúde poderia ser centralmente coordenado pela lógica médica, que é a definidora dos rumos da assistência prestada, observou-se que

²⁸ Como afirma MERHY (1998b) : “... todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos.” (p.117)

este processo de coordenação é fragmentado e ausente em vários momentos. Daí surgem os ruídos expressos nas frágeis redes de petição e compromisso, na descoordenação das ações e quebras na assistência e ainda, em alguns momentos, no predomínio da lógica burocrática sobre a lógica da coordenação do cuidado em saúde. Ressente-se aqui, e nestas circunstâncias, da falta da figura do médico enquanto cuidador e coordenador efetivo do processo.

Nessa mesma direção apontam Merhy & Cecílio (2001) quando identificam uma dificuldade de coordenação nas organizações hospitalares e “...quão complexos, sutis, pouco explícitos e ambíguos são os seus mecanismos de coordenação”. (p. 3) Ao avançarem para além do que revelam os organogramas tradicionais, concluem que o hospital não tem uma única, mas três bem marcadas lógicas de coordenação: a lógica das profissões, que permeia toda a instituição e tem forma predominante nas áreas assistenciais; a lógica de coordenação por serviços ou unidades de produção, caracteristicamente representada pelas áreas-meio ou de apoio em que é possível identificar uma chefia ou coordenação unificada; e uma terceira lógica, claramente desqualificada apesar de sua importância, que é a lógica do cuidado. Esta última, apesar de se constituir na lógica que deveria ser a direcionadora de todas as outras lógicas, não é reconhecida nem assumida como tal, e no complexo território de poder do hospital é feita predominantemente pela enfermagem.

Esses autores reconhecem que há uma tensão constitutiva no processo gerencial das áreas assistenciais, pois o cuidado é coordenado por partes, de forma completamente fragmentada e permeado pela lógica das profissões. Além disso, depara-se com uma ambigüidade neste processo de coordenação, no qual quem tem autoridade formal, no caso o médico, não assume efetivamente, ou apenas de forma fragmentária, essa coordenação. E quem não tem formalmente esta atribuição, que é a enfermagem, joga papel estratégico na vida hospitalar pois efetivamente faz a gestão do cotidiano das unidades assistenciais. (MERHY & CECÍLIO, 2001)

Nesta pesquisa essa situação foi também observada, pois do ponto de vista da coordenação do processo de cuidado em saúde, nas duas trajetórias analisadas, observou-se momentos em que esta coordenação foi assumida pelos médicos, especialmente os

residentes os quais passam a maior parte do tempo monitorando o processo no que se refere aos procedimentos médicos e suas demandas. Em outros momentos, quem assume a coordenação é a enfermagem, que além de assistir ao paciente nas ações que lhe são atribuídas, também faz a gestão deste processo, especialmente no referente às relações com as outras unidades ou serviços necessários ao atendimento dos pacientes. Apesar de outros profissionais assistirem e acompanharem estes pacientes, quem, no cotidiano, faz a ligação para a articulação do todo assistencial nas enfermarias é o corpo de enfermagem.

Aparece aqui uma das importantes tensões do processo gerencial das unidades assistenciais: o coordenador formal do cuidado em saúde representado pelo médico, pela especificidade da inserção dele no hospital, não está todo o tempo acompanhando e monitorando este processo. Isso apresenta como consequência, que essa coordenação, na prática e ainda que informalmente, seja feita pela enfermagem, que institucionalmente não tem essa atribuição reconhecida. Para que sejam obtidos melhores resultados, tanto do ponto de vista de uma melhor e mais articulada assistência, quanto do ponto de vista de um trabalho de equipe mais compartilhado, há que se repensar esse papel de coordenação do processo de cuidado em saúde, nessas unidades, de modo a criar um consenso na nova forma de gestão. Por outro lado, ao se considerar a centralidade do papel do médico nessas equipes, há que se estabelecer fóruns permanentes de integração do trabalho em equipe, nos quais este profissional tenha participação e possa, efetivamente, articular e contratuar a inserção dele com as equipes. Há que se preservar a autonomia de todos os profissionais, inclusive a do médico, mas imprimir uma certa regulação ou acompanhamento desses poderes/saberes, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade e articulada no interior das equipes de trabalho e que efetivamente trabalhe no sentido da defesa da vida dos pacientes. Para isso, é necessário reconhecer e trabalhar sobre uma outra tensão constitutiva do processo de trabalho em saúde: a autonomia e exercício privado dos profissionais e a inscrição do cuidado em uma dimensão pública e usuário-centrada.

Esse tema da coordenação quando não bem equacionado, especialmente nos hospitais universitários, os quais têm a especificidade de trabalhar com uma subdivisão muito grande da responsabilidade, com relação à coordenação e assistência ao paciente (preceptor, médico residente, especialistas demandados, acadêmicos) e grande rotatividade

dos profissionais que conduzem a assistência, pode ter como resultado uma atitude de vinculação frágil com o paciente e insuficiente responsabilização com o seu cuidado; já que sendo de muitos efetivamente não é paciente específico de ninguém. Por essas peculiaridades, nessas instituições, faz-se necessário que o tema da coordenação do cuidado em saúde seja tratado *paripassu* com a atuação dos núcleos de responsabilização profissional. Ou seja, é indispensável atribuir núcleo de competência e responsabilização para o conjunto dos profissionais de saúde que compõe as equipes de trabalho nas unidades assistenciais e definir, de forma precisa e inequívoca, as responsabilidades individuais e coletivas diante de cada caso clínico assumido. Para que a discussão saia do campo exclusivamente moral e ético deve-se, de acordo com CAMPOS (1997), buscar a criação de novos e concretos dispositivos institucionais como: gestão colegiada, vínculo definido e adscrição individual de clientela, contratos de gestão, dentre outros, que reforcem a construção de um novo tipo de compromisso entre técnicos e a produção de saúde.

Após visualizar, pela análise dessas duas trajetórias-sentinelas, o quanto é ruidoso e permeado de dificuldades, o processo de produção em saúde nas áreas assistenciais e também que muitos dos problemas identificados são plenamente possíveis de serem trabalhados, surge a interrogação do por que estes ruídos, por vezes tão grosseiros e conhecidos, continuam reproduzindo-se. Algumas respostas podem ser apontadas como explicação: a baixa governabilidade dos fornecedores para dar respostas às demandas das unidades assistenciais, especialmente àquelas relacionadas a amarras burocráticas do sistema de provisionamento e gestão de materiais; à complexidade das relações estabelecidas no interior da instituição, com relevância para a universitária, que é permeada por relações de poder muito cristalizadas e de uma autonomia muito grande dos profissionais que, por vezes, sobrepõem-se à missão institucional, e aqui é importante destacar a grande autonomia do poder/saber médico; a falta de dispositivos institucionais para a efetivação de um processo de trabalho em equipe mais participativo e compartilhado no qual as relações internas e externas possam ser melhor equacionadas, dentre outros. Entretanto, tudo isso parece ser a caixa de ressonância da forma como é operada a gestão do cuidado no interior destas instituições: de forma pouco qualificada e submetida muitas vezes às lógicas das profissões, aos interesses das unidades/serviços que desfrutam de maior poder adocrático dentro do hospital ou até à lógica burocrática.

A partir das considerações feitas até aqui surgem algumas outras interrogações acerca dos processos analisados:

- Será que estas linhas de cuidado só poderiam operar dessa forma, ou seja, apresentando tantos ruídos como os encontrados ou será que se alguns operadores das tecnologias envolvidas na assistência desses pacientes atuassem de forma mais integrada, articulada e compartilhassem mais a gestão e coordenação do cuidado, não teríamos como resultante um processo de trabalho mais ágil, eficaz, menos desgastante e que evitaria uma certa perversidade na assistência?
- Ao partir da compreensão de que a lógica organizacional predominante é extremamente dependente da forma como os sujeitos operam os seus poderes-saberes, dentro da instituição, para dar conta do cuidado em saúde, não seria possível criar uma disposição institucional para rediscussão da lógica existente e revisão, na perspectiva de uma gestão pública e usuário-centrada no cuidado, de modo a considerar e preservar a autonomia dos profissionais e co-responsabilizar todos pela assistência prestada?
- Tendo em vista o papel fundamental e central que ocupa o profissional médico, no processo de produção das ações de saúde na área hospitalar e ao considerar o poder que detém nas relações institucionais, haveria uma forma de melhorar a inserção e integração deste às equipes com vistas a uma gestão mais compartilhada e eficaz do cuidado em saúde e onde o processo de coordenação das ações pudesse ser melhor equacionado, no sentido de qualificar e valorizar a lógica do cuidado como a lógica direcionadora e prevalente?

Sob a perspectiva deste trabalho e frente às referências sobre este tema, a resposta é positiva. Acredita-se que é possível construir um novo acordo institucional que comece por incorporar o conjunto dos trabalhadores da área da saúde como sujeitos do processo de produção. E isso por meio da criação e ampliação de espaços coletivos que possibilitem a participação e a discussão acerca dos processos de trabalhos desenvolvidos com objetivos de democratização e pactuação de um novo modelo técnico-assistencial que intransigentemente defenda a saúde e a vida dos usuários dos serviços.

Ao se analisar a situação específica do HC/UFMG e o movimento de mudança de modelo de gestão pelo qual está passando, pode-se identificar esse processo como um avanço e passo extremamente significativo em direção à criação de espaços coletivos e democráticos que trabalham na perspectiva de inclusão do conjunto dos atores institucionais na discussão e reflexão sobre seus agires cotidianos. Entretanto, embora importante, este processo institucional em curso é insuficiente para conseguir adentrar e intervir sobre a micropolítica dos processos de trabalho. A partir dos acúmulos adquiridos ao longo desse movimento de reestruturação do modelo de gestão, há que se avançar em direção à rediscussão e reconstrução do modelo assistencial vigente, objetivando uma nova forma de produção das ações de saúde: mais qualificada, compartilhada e responsável.

Para isso há que se rever o trabalho em equipe e buscar por intermédio da rediscussão dos papéis e atribuições de cada profissional, o consenso sobre os recursos que a equipe vai demandar de cada um, com vistas a consecução de um trabalho assistencial mais articulado, integrado e qualificado. Deve-se garantir e preservar a autonomia profissional e, simultaneamente, co-responsabilizar todos eles com a assistência prestada. No caso do profissional médico, é importante a participação dele em fóruns coletivos a fim de contratualizar com as equipes o seu papel no processo de produção das ações de saúde e negociar os recursos necessários para desenvolvimento do seu trabalho.

É absolutamente necessário reconstruir a rede de contratualidades da organização hospitalar, a qual como já identificada, é falha e muito ruidosa e realizar um esforço no sentido de que fornecedores e clientes, unidades solicitantes/demandantes se abram para a discussão e pactuação de responsabilidades mútuas e esclareçam os pedidos e compromissos de cada uma nas relações institucionais estabelecidas.

Ao acreditar no potencial do agir comunicativo habermasiano, compartilha-se a idéia de que o entendimento e o tema da negociação são chaves para a busca de uma gestão mais compartilhada dentro do universo hospitalar, ainda mais quando se almeja que essa co-gestão responsável trabalhe, no sentido da implementação de um novo modelo de assistência, no qual a lógica do cuidado prevaleça sobre as demais lógicas existentes no interior do hospital, sem nunca subestimar ou desconsiderar as complexas relações de poder existentes nessa realidade institucional.

Por fim, os ruídos ou problemas evidenciados por esta análise, independentemente da taxonomia e/ou maior ou menor proporção de impacto sobre as linhas do cuidado da criança ou do adulto estudadas, mostraram falhas ou contradições do processo de gestão do trabalho em saúde nas Unidades de Internação da Pediatria e Clínica Médica. Essas falhas apontam a necessidade de rever o processo de gestão e coordenação do cuidado em saúde na área hospitalar. Além disso, a metodologia utilizada mostrou potência não só para apontar as falhas desses processos, mas também com a incorporação dos sujeitos produtores na reflexão sobre os fazeres cotidianos, evidenciou que esses atores são capazes de descrever com maior clareza os problemas e buscar, junto com os níveis diretivos, as alternativas mais viáveis e eficazes para resolvê-los. Ou seja, esta investigação reafirma a tese de que é possível e fundamental aproveitar-se da característica desse território da saúde ser tenso e sempre aberto a novos modos de operar e experimentar, continuamente, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas (MERHY & CECÍLIO, 2001).



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“No processo de conhecimento não há consenso e não há ponto de chegada. Há o limite da nossa capacidade de objetivação e a certeza de que a ciência se faz numa relação dinâmica entre razão e experiência e não admite a redução de um termo a outro.” (MINAYO, 2000, p. 228)

Compartilha-se com Minayo (2000) a idéia de que o conhecimento é um processo infinito no qual não há condições de fechá-lo numa fase final, e o ciclo da pesquisa, um processo de trabalho que dialeticamente termina num produto provisório e recomeça nas interrogações e reflexões lançadas pela análise final. E, ao considerar a produção intelectual somente um ponto de vista a respeito do objeto pretendeu-se, como proposto por Gonçalves (1994), apenas agregar conhecimentos a um objeto extremamente dinâmico como as práticas de saúde e examiná-lo em uma parcela de suas formas de realização, e sob um certo ângulo.

Desse modo, não há que se falar em conclusões mas em questões e reflexões levantadas por este trabalho, em perspectivas que se abrem para futuras investigações e, se possível, em propostas de intervenções que, se implementadas, poderiam contribuir para alavancar a gestão hospitalar, especialmente no setor universitário.

Ao se adentrar o processo de trabalho em saúde no interior do universo hospitalar e tentar desvendá-lo pelas fronteiras micropolíticas, algumas questões foram explicitadas acerca do processo de produção das ações de saúde:

- o cuidado em saúde é apenas fragmentariamente coordenado pela lógica médica por meio de um processo nem sempre tão articulado e integrado com a equipe e com as diversas unidades que são fornecedoras de serviços ou produtos;
- este processo conta com a participação de um gama de profissionais que no dia-a-dia executam ações que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. Vários são os ruídos presentes nessa interação, expressos na falta de articulação e integração das equipes, os quais evidenciam problemas ligados à organização do processo de trabalho em saúde e à construção das relações no interior das equipes;

- há, efetivamente, uma inadequada e insuficiente contratualização entre as diversas unidades demandadas a dar suporte e respaldar a assistência dentro do hospital e as unidades demandantes, o que evidencia uma rede de contratualidades na área hospitalar frágil e muito ruidosa;
- coexistem diversas outras lógicas no espaço de gestão hospitalar, além da lógica do cuidado. Vale ressaltar como mais significativas a lógica das profissões, a lógica burocrática e, no hospital universitário, a adocrática. Essas lógicas disputam a gestão do processo de trabalho com a lógica do cuidado e algumas vezes subsumem esta a seus interesses;
- nos dois casos analisados ficou explicitado como, em vários momentos, a lógica burocrática prevalece sobre a lógica do cuidado, o que dificulta e atrasa a assistência aos pacientes, além de desgastar e ocupar o tempo útil dos profissionais cujo trabalho é eminentemente assistencial;
- da mesma forma, ficou evidente a presença da lógica adocrática no hospital universitário, ao atuar em situações com conseqüências sobre o estabelecimento de vínculo com o paciente e responsabilização profissional sobre a coordenação e gestão do cuidado;
- os ruídos identificados nesta análise mostraram falhas ou contradições dos processos de trabalho em saúde nas duas unidades de internação estudadas, o que aponta para a necessidade de rever o processo de gestão e coordenação do cuidado em saúde, na área hospitalar;
- o pano de fundo para o conjunto dos elementos destoantes identificados e que, em última instância os explica, está relacionado à forma como são conformados e operam os saberes tecnológicos dentro da organização hospitalar para dar conta do cuidado em saúde. Isso porque a lógica desse cuidado tem operado de forma pouco qualificada e muitas vezes submetida às lógicas das profissões, adocrática ou burocrática;

- foram explicitadas a centralidade do profissional médico e a ampla autonomia dele para definir e direcionar o processo de trabalho em saúde;
- sobre o processo de coordenação do cuidado nas duas linhas de produção analisadas observou-se que ele é fragmentado, ambíguo e ausente em vários momentos. A ambigüidade se expressa pela coordenação, assumida pelo médico em alguns momentos, e em relação aos serviços que ele demanda, e também assumida pela enfermagem na relação com outras unidades e com vistas a tentar articular o todo assistencial nas enfermarias;
- foram evidenciadas a possibilidade e a potencialidade de se implementar processos de mudança no modelo de assistência, a partir de revisão dos processos de trabalho propiciados pelo envolvimento dos trabalhadores expresso quando da realização do grupo focal na Pediatria, na disponibilidade deles para o trabalho coletivo e no desejo da equipe em melhorar as relações internas e externas para poder prestar um serviço de maior qualidade. É importante destacar que a implementação de novo modelo de gestão no HC/UFGM veio somar e facilitar os movimentos desencadeados a partir do grupo focal, o que reafirma as possibilidades abertas se forem articulados os projetos de reestruturação dos modelos de gestão e assistência nesta instituição;
- identificou-se a potência que tem a análise do processo de trabalho para desvendar as relações envolvidas no processo de produção em saúde e expor as falhas ou contradições presentes em seu processo de coordenação e gestão do cuidado e, concomitantemente, ser instrumento de incorporação desses ruídos pelo coletivo produtor para que sejam buscadas estratégias de enfrentamento dessas falhas;
- essa análise e intervenção na micropolítica do trabalho vivo se levada a cabo com radicalidade, ou seja, incorporada pelo conjunto dos sujeitos produtores do cuidado em saúde, pode impactar o processo mais macro de gestão hospitalar por meio da implementação de modelos tecno-assistenciais e de gestão mais eficientes, eficazes e capazes de trabalhar na perspectiva da defesa da vida de seus usuários.

6.1. LINHAS DE INVESTIGAÇÃO ABERTAS

Vários autores já relataram como um projeto de investigação ao invés de oferecer respostas para as interrogações inicialmente levantadas, na maioria das vezes, acrescenta novos questionamentos, além de introduzir questões anteriormente não identificadas. Sob a perspectiva desta pesquisa, este estudo muito mais abriu janelas e colocou novas questões sobre o tema da micropolítica do processo em saúde na área hospitalar, do que apresentou respostas definitivas a interrogações colocadas.

Nesse sentido, a perspectiva de trabalhar com a representação dos usuários e profissionais de saúde, num estudo de natureza qualitativa como este, mostrou o quanto pode ser potencializada a análise cujo objetivo é o desvendamento da forma como se produzem as ações de saúde. Os resultados conseguidos pela entrevista feita com a mãe do paciente e com o grupo focal da equipe da Pediatria acrescem informações relevantes que não só iluminam lados anteriormente incapazes de serem evidenciados pela simples análise dos prontuários, como revelam aspectos novos baseados nas experiências vivenciadas por esses sujeitos no interior das relações estabelecidas no processo produtivo. Há que se explorar melhor este potencial advindo da incorporação da representação social em futuras investigações, com vistas a uma ampliação do horizonte aberto, a partir das pesquisas qualitativas que utilizam ferramentas centradas na análise do processo de trabalho em saúde.

Seria interessante e importante a investigação mais aprofundada das redes de contratualidades construídas dentro da área hospitalar, não só no sentido de verificar as falhas ou inadequações que têm tido conseqüências sobre a agilidade e qualidade da assistência, mas também a fim de estimular as articulações e conversações laterais entre os sujeitos destas inter-relações, sejam eles clientes/fornecedores ou unidades demandantes/demandadas na busca de se instituir novos e mais produtivos acordos intra-institucionais.

Quando se pretende adentrar o universo hospitalar há um tema que aparece como central para a análise e intervenção: o das relações de poder. Pelas especificidades inerentes a esse tipo de instituição, a categoria poder torna-se central em qualquer

investigação que queira entender e atuar sobre as organizações hospitalares. Quando se tratam de hospitais universitários, mais relevante ainda se torna essa categoria de análise. Existem poucos trabalhos que discutem e investigam este tema no Brasil; há que se fazer um esforço para entender melhor as variáveis envolvidas e as consequências sobre o processo de produção em saúde, para que a intervenção sobre este território complexo e permeado por tensões de toda ordem seja mais efetiva.

Outra questão levantada neste trabalho e que carece de maior investigação pela importância, neste contexto, é a análise da forma como são conformados e operam os saberes tecnológicos no interior dos hospitais universitários. Tendo em vista o papel estratégico que desempenha no processo de produção em saúde seria fundamental: (i) aprofundar a discussão sobre os sujeitos que operam os saberes/poderes, (ii) identificar quem são e a forma como se organizam e contratualizam para a produção do cuidado, (iii) quais recursos dispõem para realizar esta contratualização, (iv) o que contratualizam, (v) como lançam mão de seus saberes tecnológicos e (vi) quais projetos colocam em disputa no espaço da organização. Além disso, seria também importante investigar melhor que lugar ocupa o médico neste processo, os outros profissionais de saúde e como se dão as relações entre esses profissionais para a garantia da assistência. Com certeza essa discussão pode trazer luz à perspectiva de uma reestruturação dos modelos de gestão e assistência para a área hospitalar.

6.2. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PARA IMPACTAR O TEMA DA GESTÃO HOSPITALAR

Tendo em vista o desafio colocado para o hospital brasileiro de enfrentar o tema da gestão hospitalar, dado o diagnóstico de que ele não responde adequadamente às necessidades de saúde da população, torna-se mais que urgente o equacionamento do subsistema hospitalar público a fim de impactar favoravelmente o perfil sanitário do país. Nesse sentido, a redefinição do papel do hospital na assistência em saúde e das relações dele com a rede de cuidados básicos, aliada à introdução de conceitos e técnicas de organização interna e de gestão, podem oferecer uma elevação significativa da racionalidade deste subsistema e dos investimentos na área de saúde (CASTELAR, MORDELET, GRABOIS, 1993).

Este estudo apesar de restrito à investigação do processo de trabalho hospitalar, aponta possibilidades frutíferas, abertas a partir da análise micropolítica do trabalho em saúde, tanto no sentido do desvendamento da forma como se dá o processo de produção do cuidado em saúde e das relações estabelecidas nesse processo, quanto na perspectiva de servir como instrumento de intervenção e gestão para as organizações de saúde em geral, inclusive as hospitalares.

Quanto a esse último aspecto, este estudo, a partir dos ruídos levantados, sugere intervenções que podem impactar o tema da gestão hospitalar, tais como:

- realização de oficinas de trabalho entre as unidades assistenciais e fornecedores que têm tido dificuldade na prestação de serviços adequados à assistência, a fim de rever e reconstruir as contratualidades entre eles. Por meio de um processo de discussão e negociação poderão ser pactuados os pedidos e compromissos de cada um em relação ao outro, e estabelecer, dessa forma, novas relações cliente-fornecedor. Isso vale também para a relação unidade assistencial/unidade assistencial, como, por exemplo, a Pediatria ao solicitar interconsultas à unidade assistencial da Ortopedia, em que poderão ser estabelecidas também as responsabilidades de ambos os lados (solicitante/solicitado) quanto aos pedidos e compromissos mútuos;
- criação e utilização de espaços coletivos para articulação e integração das equipes de trabalho com vistas a uma assistência de melhor qualidade, seja pelo estabelecimento de reuniões para discussão de casos ou temas relativos ao trabalho em equipe, ou pela utilização de fóruns/espços coletivos já existentes para viabilização dessa integração. No caso do HC/UFGM, a proposta de mudança de modelo de gestão já estabelece espaços como o dos colegiados gestores de cada unidade funcional, com representação do conjunto de profissionais que compõem as equipes de trabalho, os quais podem ser aproveitados e assumidos pelos coletivos para realização deste trabalho. A adoção deste novo modelo gerencial abre a possibilidade do estabelecimento de uma nova relação do processo de condução administrativa do hospital com a esfera da prestação dos serviços

assistenciais. Isso porque ao estender, por meio do envolvimento dos médicos e profissionais técnicos no processo de gestão, a lógica administrativa/diretiva até o campo das práticas assistenciais, pode torná-las mais custo-efetivas e, ao mesmo tempo, integrar todo o processo de gestão do hospital;

- desenvolvimento de dispositivos institucionais para reavaliação do modelo assistencial em curso e redefinição do trabalho no interior das equipes com pactuação de responsabilidades e papéis de todos os profissionais, ao considerar os núcleos de competência específicos e cultivar a dimensão cuidadora de todos. Para isso é necessário realizar uma rediscussão no interior das equipes sobre a responsabilidade de todos, com a implementação de uma assistência integral e coordenada ao paciente. Esse processo será possibilitado pela construção de projetos terapêuticos discutidos e assumidos pelo conjunto dos profissionais que assistem aos pacientes, e pelo estabelecimento do profissional responsável e de referência para cada paciente. Isso com certeza contribuirá para a articulação e integração dos diversos corpos profissionais, possibilitará um processo de coordenação e gestão do cuidado mais adequado, e, ainda, auxiliará na consolidação dos vínculos entre paciente/médico-referência e paciente/profissionais de apoio. Essa proposta se torna particularmente importante para a realidade do hospital universitário pelo grande número de profissionais que assistem ao paciente e pela rotatividade deles, especialmente do corpo médico, em processo de aprendizagem em serviço. Além disso é também fundamental num novo modelo que sejam modificados os padrões das relações profissionais de saúde/clientela, de modo a aumentar o vínculo entre eles. Esta questão é central a qualquer proposta de mudança de modelo de assistência;
- reflexão sobre o papel da coordenação do cuidado em saúde nas unidades assistenciais, na busca de se consensuar dentro das equipes uma forma de gestão e coordenação mais articulada e compartilhada. Nesse sentido, tendo

em vista a centralidade do papel do médico nessas equipes, há que se estabelecer fóruns permanentes de integração do trabalho em equipe onde este profissional tenha participação e possa melhor articular e contratualizar, com as equipes, a inserção dele. É fundamental preservar e garantir a autonomia profissional de todos os trabalhadores da saúde, e concomitantemente, exercer um acompanhamento dos saberes/poderes deles a fim de que a assistência prestada além de articulada e de qualidade, efetivamente trabalhe no sentido da defesa da saúde e vida dos usuários;

- ampla discussão dentro do hospital sobre o ruído identificado da lógica do cuidado, em diversos momentos, ser subsumida pela lógica burocrática/administrativa. Há que se repensar, com o conjunto dos funcionários, o papel e atribuições do setor administrativo no interior do hospital, visto a característica, dessa instituição, de funcionamento ininterrupto e as especificidades do processo de trabalho, de tal forma que o setor administrativo efetivamente seja suporte e apoio à lógica do cuidado, e não fator que dificulta e obstaculiza a assistência;
- amplo debate do hospital com as unidades acadêmicas, com ênfase para a Escola de Medicina, no sentido de aprofundar a discussão sobre a relação ensino e assistência. Dessa maneira deve-se destacar a necessidade do estabelecimento de uma articulação harmoniosa e equilibrada de tal forma que não haja uma predominância de uma sobre a outra, mas o entendimento de que, no hospital universitário, uma não se faz sem a outra e que qualquer priorização resultará em prejuízo para o cumprimento da missão do hospital universitário traduzido na implementação da tríade assistência/ensino/pesquisa de qualidade. Assim, não há como pensar ou trabalhar com um novo arranjo organizacional para o hospital universitário se não forem pactuados uma nova missão e papel para as escolas médicas e outras unidades acadêmicas da área de saúde; e
- incorporação da intervenção micropolítica como rotina para impactar e avaliar os modelos tecno-assistenciais e de gestão no interior das organizações de saúde. Como apontado, esta proposta tem a potencialidade

de rever todo o processo de trabalho e identificar sua forma de organização e gestão. E ainda, por meio da abertura para a percepção e incorporação dos denominados ruídos, descortinar a possibilidade de intervir sobre eles, no sentido de que não se constituam mais como falhas, contradições ou problemas relacionados ao processo de trabalho em análise. Além disso, a incorporação dos trabalhadores de saúde como autores desses processos e portadores de potencialidades para criar novas e diferentes formas de trabalhar e gerir o trabalho em saúde terá como produto especialmente valioso o envolvimento e responsabilização destes com a implementação de uma assistência/ensino/pesquisa de qualidade e comprometida com a constituição de sujeitos sociais.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M. Crise econômica, crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M.L.W.(Orgs) **A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. 226 p. Cap. 10, p.177-200.

_____. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, 4(2): 263-86, 1999.

_____. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. **Cuadernos méd. soc.** (Ros.), 79:27-58, 2001.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 235 p.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma Sanitária – Itália e Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1988. 207 p.

BRASIL, Presidência da República (F.H. Cardoso). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília, Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do Aparelho do Estado e as mudanças constitucionais.** Brasília: MARE , 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 6).

BUENO, W.S. Betim: construindo um gestor único pleno. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo – Buenos Aires: Hucitec- Lugar Editorial, 1997. Cap. 5, p.169-196.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate, 131)

_____. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, L.C.O (Org). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap.1 , p.29-87.

_____. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992a. 220 p.

_____. Sobre a forma neoliberal de produção de serviços de saúde no Brasil. In: CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992b. Cap.2, p.35-86.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo – Buenos Aires: Ed. Hucitec - Lugar Editorial, 1997. Cap.7, p.229-266.

CAPISTRANO, D. Sete tópicos sobre as reforma do Estado e do SUS. Apresentado na Oficina de Trabalho Reforma do Estado e Reforma Setorial no Brasil: Novos Modelos de Gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA E CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, **5. Oficina de Trabalho**. Águas de Lindóia, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295 p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30 (3): 285-93, 1996.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro**. Paris - Rio de Janeiro: Éditions École Nationale de Santé Publique - ENSP, 1993. 235p.

CECÍLIO, L. C. O. **El Hospital como espacio de defensa de la vida**. Campinas: UNICAMP, abril/2000. 5 p. (Mimeogr.)

_____. (Org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994a. 334 p.

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. Cap. 9, p.293-320.

CECÍLIO, L.C.O. & MOREIRA, M.E. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. (Mimeogr.)

CECÍLIO, L.C.O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP**, 31(3): 36-47, maio/jun, 1997c.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2):315-329, 1999.

CECÍLIO, L.C.O.; RODRIGUES, M.A.T.B.; COUTINHO, A.A.P.; VAZ, A.C.A.; VIANA, M.L.M.; RIBEIRO, C.L. **Administração Gerencial em uma organização governamental de saúde: refletindo sobre algumas questões estratégicas**. Campinas: UNICAMP, 1998. 18p. (Mimeogr.)

CECÍLIO, L.C.O. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. Cap. 12, p.373-385.

_____. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, L.C.O (Org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b. Cap. 5, p.187-234.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L.B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2): 427-442, 2000.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

FIER, F. O SUS e as Organizações Sociais. **Rev. Saúde em Debate**, (52): 83-9, set. 1996.

FLEURY, S. Reforma administrativa: uma visão crítica. **RAP**, 31(4): 299-309, 1997.

FLORES, F. **Inventando la empresa del siglo XXI**. Chile: Hachete, 1989.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986b. 295 p.

_____. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986a. 295 p. Cap. VI, p. 99-111.

_____. O Sujeito e o Poder. In: RABINOW, P. & DREYFUS, H. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. Apêndice, p.229-250.

FRANCO, T.B. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial**. Capítulo de Dissertação apresentada a UNICAMP para obtenção do título de Mestre. Campinas: UNICAMP, 1999. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

FREITAG, B. & ROUANET, S.P. (Orgs.) **Habermas**. 3. ed. São Paulo: Editora Ática, 1993. (Coleção grandes cientistas sociais, 15). 216p.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1979. Dissertação. (Mestrado em Medicina Preventiva e Social) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, USP.

_____. Seis teses sobre a Ação Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.(Org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.37-63 (Saúde em Debate, 30).

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).

GUATTARI, F. **Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131 p.

HELLER, A. Uma crise global da civilização: os desafios futuros. In: HELLER, A.; SANTOS, B.S.; CHESNAIS, F.; ALTVATER, E.; ANDERSON, B.; LIGHT, M.; MUSHAKOJI, K.; APPIAH, K.A.; SEGRERA, F.L. **A crise dos paradigmas em Ciências Sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999. 268p. p.13-32.

LEBRUN, G. **O que é Poder**. São Paulo: Abril Cultural - Brasiliense, 1984. (Coleção primeiros passos, 4).

LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.R. Planejamento e inovação gerencial em um hospital público: o caso do Hospital Municipal Salgado Filho (SMS/RJ). **RAP** 35(3):37-76, 2001.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 294 p.

MACHADO, C.V. **Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro nos anos 90**. Rio de Janeiro:UERJ, 1999. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. Introdução: VII-XXIII.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MELO, M.A.B.C. Ingovernabilidade: desagregando o argumento. In: VALADARES, L. & COELHO, M.P (Orgs.) **Governabilidade e Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

MENESES, C.S. **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo.** Campinas: UNICAMP, 1998. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. 158 p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (Orgs) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998b. p.103-120.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade.** São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - ABRASCO, 1995. p.117-148.

_____. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo.** Campinas: UNICAMP, 2000. Tese (Livre-Docência) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

_____. **Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança.** Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, 1999a. 18 p. (Mimeogr.)

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECÍLIO, L.C.O (Org) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 3, p.117-161.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo – Buenos Aires: Hucitec- Lugar Editorial, 1997b. Cap. 2, p.71-112.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, (2): 305-314, 1999b.

MERHY, E.E. & BUENO, W.S. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Campinas: UNICAMP, 1997. 17p. (Mimeogr.)

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p.125-142.

_____. **Organizações Sociais. Para que?** Campinas: UNICAMP, 1998a. (Mimeograf.)

MERHY, E.E. & CECÍLIO, L.C.O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, 2001. 13 p. (Mimeogr.)

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 3, p.113-150.

MERHY, E.E.; IRIART, C.B.; WAITZKIN, H. Atenção Gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? In: SEMINÁRIO PERSPECTIVAS PARA A GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO. Rio de Janeiro: ENSP, novembro de 1996. **Anais**. Rio de Janeiro, 1996.

MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec- Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2000. 269 p. (Saúde em Debate, 46)

MOTTA, F.C.P. **Teoria Geral da Administração: uma introdução**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Editora, 1975.

NETO, F.C.B. **Examinando alternativas para a administração dos hospitais: os modelos de gestão descentralizados e por linhas de produção**. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 148 p.

ONOCKO, R. & AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, Cap.11, p.353-372.

PEREIRA, L.C.B. **A crise do Estado Brasileiro**. São Paulo: Nobel, 1992.

_____. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Rev. do Serviço Público**, ano 47, vol.120 (1). Brasília: ENAP, jan-abril de 1996.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2001, 204 p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

RABINOW, P. & DREYFUS, H. **Michel Foucault - Uma Trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 299 p.

RAMOS, A.G. **A Nova Ciência das Organizações : uma reconceituação da riqueza das nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989. 210 p.

RIVERA, F.J.U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Saúde Públ.**, 13(1):73-80, jan-mar, 1997.

_____. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Públ.**, 12(3):357-372, jul-set, 1996.

_____. **Agir Comunicativo e Planejamento Social : Uma Crítica ao Enfoque Estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 213 p.

ROLLO, A. & OLIVEIRA, R. C. É possível construir novas Práticas Assistenciais no Hospital Público? In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 10, p.321-352.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 5. ed. São Paulo: Cortês, 1999. 348p.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993. 229 p. (Saúde em Debate, 61).

_____. (Org.) **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

TESTA, M. Analisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo – Buenos Aires: Ed. Hucitec- Lugar Editorial, 1997. Cap. 1, p.17- 70.

_____. De Ilusiones perdidas y esperanzas futuras. **Saúde em Debate**, 24(55): 5-30, maio/ago. 2000.

_____. **Pensar en salud**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M.F. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.** 120(6): 472-482, 1996.

YIN, R.K. **Case studies research: Design and Methods**. 2. ed. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications - International Educational and Professional Publisher, 1994. (Applied Social Research Methods Series, 5)



8. *ANEXOS*

LISTA DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO HC/UFMG

- 1. Pronto Atendimento**
- 2. Clínica Médica**
 - Clínica Médica
 - CTI de adulto
 - Dermatologia
 - DIP
 - Endocrinologia
 - Neurologia
 - Reumatologia
- 3. Hematologia (*)**
 - Agência Transfusional
 - Hematologia
 - Oncologia
 - Quimioterapia
 - Transplante de Medula
- 4. Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde**
 - Fisioterapia
 - Psicologia
 - Saúde do Trabalhador
 - Serviço Social
 - Terapia Ocupacional
- 5. Gineco/ObstetríciaNeonatologia**
 - Ginecologia
 - Obstetrícia
 - Neonatologia
- 6. Centro Cirúrgico**
 - Anestesia
- 7. Pediatria**
- 8. Clínico/Cirúrgica I**
 - Cardiologia/Cirurgia Cardiovascular
 - Nefrologia/Urologia
 - Pneumologia/Cirurgia Torácica
 - Transplante Renal
 - Hemodiálise
- 9. Clínico cirúrgica II**
 - Cirurgia Plástica
 - Neurocirurgia
 - Ortopedia
- 10. GEN-CAD**
 - Gastroenterologia
 - Cirurgia do Aparelho Digestivo
- 11. São Geraldo**
 - Oftalmologia
 - Otorrinolaringologia
 - Fonoaudiologia
- 12. Ambulatórios Bias Fortes e Borges da Costa**
- 13. Apoio Diagnóstico 1**
 - Imaginologia
 - Medicina Nuclear
- 14. Apoio Diagnóstico 2**
 - Anatomia Patológica
 - Laboratório de Patologia Clínica
- 15. Farmácia**
- 16. SND**
 - Serviço de Nutrição e Dietética
- 17. Convênio/Particular**
- 18. Lavanderia/CME/Costura (*)**
 - Central de Material Esterilizado
 - Costura
 - Lavanderia

19. Infra-estrutura

- Caldeira
- Central de Equipamentos
- Limpeza
- Patrimônio
- Plantão Administrativo
- Portaria
- Reprografia
- Telefonia
- Transporte
- Velório

20. Financeiro

- Contabilidade
- Custos
- Faturamento
- Tesouraria

21. Material

- Almoxarifado
- CCQM
- Compras

22. Engenharia Hospitalar

- Manutenção
- Pequenas Obras

23. Informação e Documentação

- Comunicação
- Informação
- Informática
- Internação
- SAME

24. Recursos Humanos

(*) Estas Unidades têm denominação provisória

APOSTAS DO PROJETO DE UF

- I. Que o novo modelo, com forte componente de pretensão de governo (maior controle, maior coordenação) pela Diretoria, será aceito pelas equipes ou pelos protagonistas do hospital sem alto grau de resistência.
- II. Que será possível conciliar a pretensão de se implantar uma lógica macrorracionalizadora tendo em vista a existência ruidosa de múltiplas racionalidades dos atores em situação de autogoverno.
- III. Que interessará às equipes participar do processo de maior responsabilidade proposto pela direção, ainda que isso signifique a perda de espaços de auto-governo.
- IV. O recorte das UF dará conta de setores afins que compartilham missão.
- V. Que será possível elaborar um plano de ação unificado de setores pertencentes a mesma unidade apesar desses setores se constituírem em diferentes unidades de produção com processos de trabalho muito específicos e complexos.
- VI. Que será possível encontrar gerente de UF com perfil e capacidade para o cargo.
- VII. Que o gerente da UF conseguirá exercer um papel de coordenação técnico-política e articulação das diversas coordenações profissionais e administrativas
- VIII. Que boas estratégias de gerência poderão abrir a micropolítica do processo de trabalho das equipes.
- IX. Que será possível criar indicadores com sensibilidade e factibilidade para nortear os contratos de gestão.
- X. Que os indicadores das UF terão potência para facilitar uma coordenação efetiva do Hospital até porque são legitimados como sensíveis e com capacidade de revelar a qualidade da assistência prestada do hospital

- XI. Que será possível criar indicadores mais “macro”, de eficiência, sem ter que abrir os micro-processos das unidades.
- XII. Que o prêmio por desempenho proposto será visto como importante para os trabalhadores e funcionará, efetivamente, como um estimulador da qualidade.
- XIII. Que será possível compatibilizar a atual estrutura gerencial com a nova estrutura proposta.
- XIV. Que o colegiado de gestão será capaz de se contrapor, em alguma medida, ao poder das corporações e ser um aliado na defesa do projeto e dos interesses da direção.
- XV. Que será possível criar uma estrutura central de acompanhamento e avaliação do projeto.

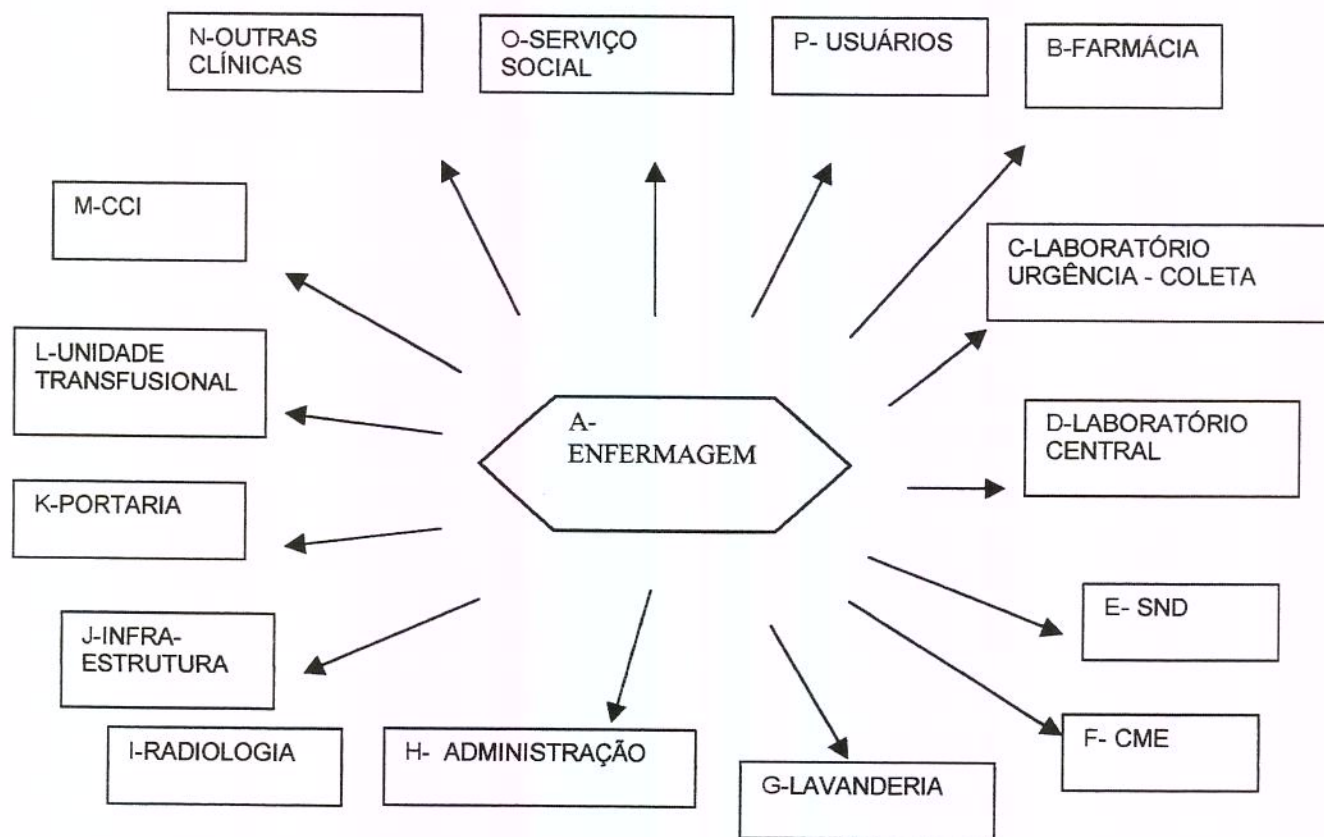
REDE DE CONTRATUALIDADE DA ENFERMAGEM

Nos dias 10 e 11 de outubro de 2000, durante o período da manhã, foi realizado um seminário com a equipe de enfermagem constituída por gerentes e enfermeiras que trabalham no HC/UFGM, que contou com a assessoria e coordenação do Prof. Luís Carlos Cecílio da UNICAMP. A proposta do seminário foi a construção da rede de contratualidade da enfermagem com vistas à reflexão sobre o papel e inserção da enfermagem, e as relações que estabelece no complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da UFGM.

Para isso foi proposto um exercício com os participantes no qual a equipe de enfermagem se colocasse como ator privilegiado central e identificasse todas as relações que estabelece com os diversos atores no interior do Hospital. Após isso, foi solicitado que se escolhesse três dos mais importantes atores com os quais a enfermagem desenvolve trabalho rotineiro e fosse levantada a rede de petições e compromissos envolvida nessas relações. Em função de o público participante ser constituído apenas de trabalhadores da enfermagem, para que se elaborasse a rede de petições e compromissos desses atores privilegiados, solicitou-se da enfermagem que fizesse o exercício colocando-se no lugar deles. Assim, além de se desenhar a rede de petições e compromissos da enfermagem com os atores privilegiados escolhidos, a enfermagem desenhou também a rede de petições e compromissos desses atores para com ela. Por fim, foi demandado, também, que durante a construção dessa rede de petições e compromissos já fossem apontados os ruídos que existem no interior dessas relações. Os ruídos são caracterizados como os mal-entendidos, problemas, insatisfações, dificuldades de comunicação que dificultam ou interferem no serviço prestado.

A seguir são apresentados os resultados dos trabalhos realizados pelos três grupos constituídos.

Primeiro grupo



- A $\xrightarrow{\text{petição}}$ B
- fornecimento dos medicamentos: entrega na unidade em qualidade, número e tempo adequado;
 - eficiência, agilidade e flexibilidade e
 - suporte técnico/científico.

- A $\xleftarrow{\text{compromisso}}$ B
- fornecimento correto e adequado do tipo e nº de medicamento prescrito, em tempo hábil e
 - controle de qualidade dos produtos;

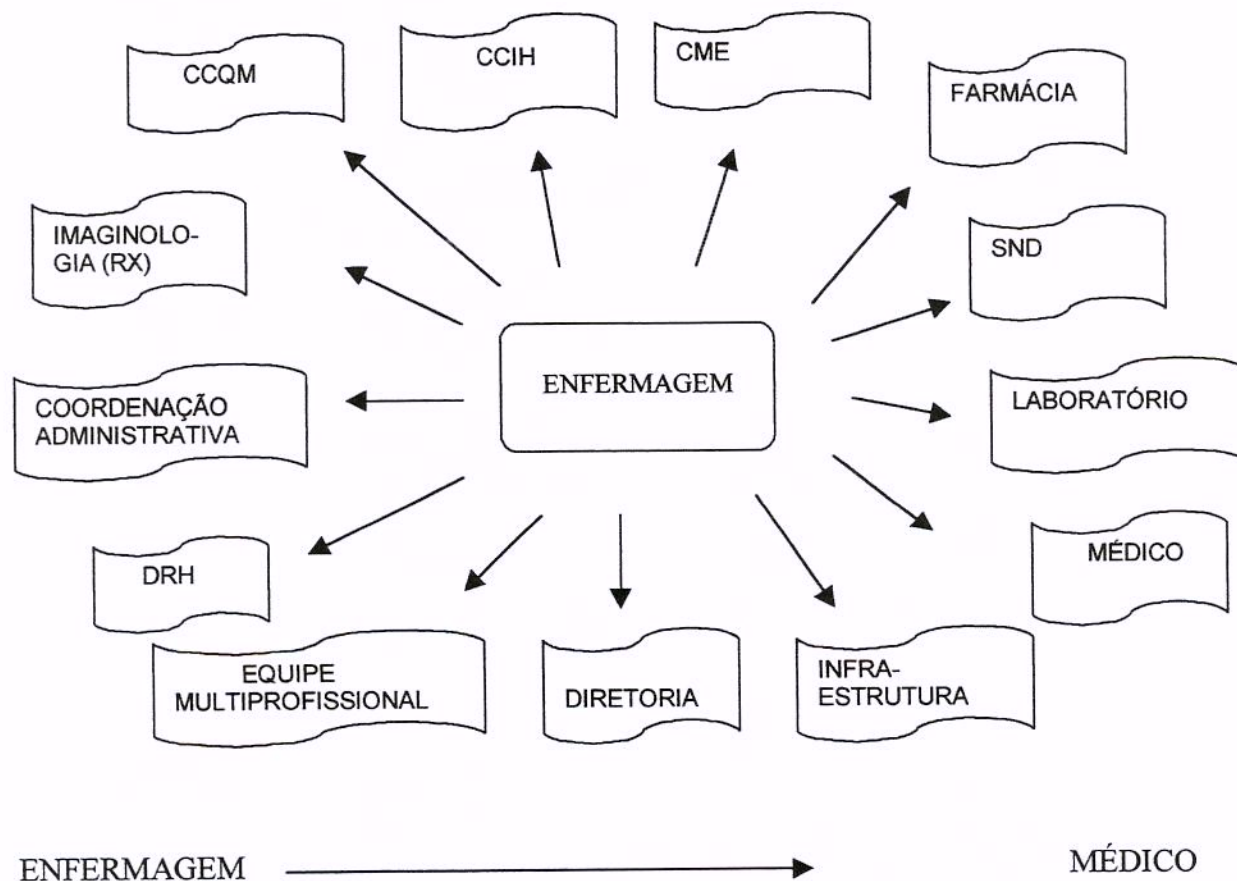
- A $\xleftarrow{\text{petição}}$ B
- preenchimento correto e adequado das requisições;
 - encaminhamento das prescrições em tempo hábil;
 - controle e uso correto dos medicamentos (evitar desvios) e
 - restrição ao estoque de medicamentos na unidade.

- A $\xrightarrow{\text{compromisso}}$ B
- atendimento das petições.

RUÍDOS

- atraso na entrega de medicamentos;
- falta de medicamentos;
- falta de flexibilidade;
- falta de comunicação (informações/alternativas);
- desvio de medicamentos (de um para o outro paciente);
- não- comunicação de perdas e
- estoque de medicamentos na unidade.

Segundo grupo



PETIÇÃO (pedido rico)

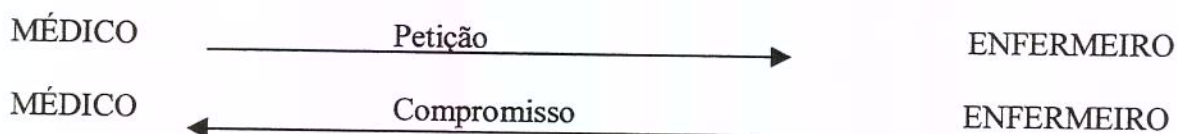
- credibilidade na avaliação da enfermagem;
- participação da enfermagem na corrida de leito;
- participação da enfermagem nas decisões;
- reuniões periódicas da enfermagem com o médico e
- envolvimento dos médicos na capacitação da Equipe de Enfermagem.

COMPROMISSO DO ENFERMEIRO

- maior envolvimento dos enfermeiros na evolução dos pacientes e nas condutas;
- interesse e disponibilidade dos enfermeiros em participar de reuniões e corrida de leitos e
- envolvimento do enfermeiro na capacitação da Equipe de Enfermagem.

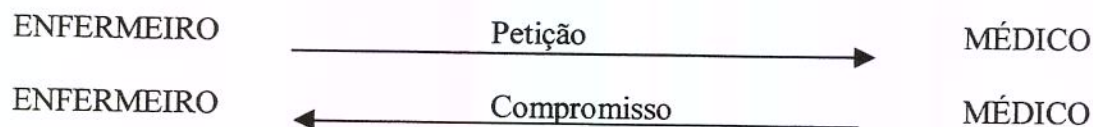
PETIÇÃO/COMPROMISSO (Pedido pobre)

- atender à prescrição médica;
- registros de enfermagem coerentes, completos e legíveis;
- avaliação do paciente e comunicação de alterações;
- coleta e encaminhamento de exames adequadamente e
- prescrição e execução de cuidados de enfermagem.



PETIÇÃO/COMPROMISSO (Pedidos Pobres)

- prescrição legível e no horário;
- comunicação de alterações de condutas e
- preenchimento de formulários próprios: exames, medicamentos, laudos etc.



Petição: fornecimento de medicação em tempo hábil, na dose correta.



Petição:

- não fazer estoques nas UNIDADES;
- conferir frequentemente a medicação e
- não desviar medicação de um paciente para outro.

RUÍDOS

- irritabilidade da equipe;
- prejuízo no tratamento do doente: aumento da resistência bacteriana, aumento do tempo de permanência;
- gastos desnecessários com medicamentos pela farmácia;
- irritação da equipe;

- erro na administração de medicamento;
- estoque sem controle de qualidade na unidade;
- desvalorização da prescrição médica;
- descrédito nas anotações;
- alta taxa de permanência;
- repetição de exames;
- desvalorização da avaliação;
- redução do faturamento da enfermagem e
- óbito.

Terceiro Grupo

Questão sistematizada para plenária

Na relação contratual entre os serviços, em que medida as normas e padrões previamente definidos ou estabelecidos pela organização formal, garantem a diminuição dos ruídos?

ENFERMAGEM → DRH

Petições:

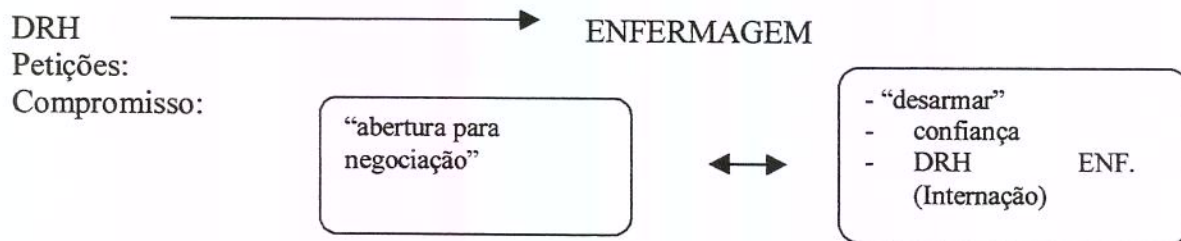
- controle
- readaptações
- humanização
- clareza na comunicação e informação

PLIDERH

Compromisso:

- agilidade
- instrumentalizar a gerência
- confiança e
- abertura

RUÍDO: Distanciamento / Autoritarismo



RUÍDO: Fechamento /Distanciamento

ENFERMAGEM $\xrightarrow{\text{Petição}}$ FARMÁCIA

- Medicação no escaninho e na hora certa

ENFERMAGEM $\xrightarrow{\text{Compromisso}}$ FARMÁCIA

- Fornecer a medicação na hora certa

RUÍDOS:

Atraso de prescrições, falta de pedidos especiais, prescrições incompletas, falta de estoque.

FARMÁCIA $\xrightarrow{\text{Petição}}$ ENFERMAGEM

- Pedido de falta
- Providenciar pedido de antimicrobianos
- Comunicar início de Nutrição Parenteral

FARMÁCIA $\xrightarrow{\text{Compromisso}}$ ENFERMAGEM

- Preencher os impressos solicitados

RUÍDOS:

Comunicação deficiente, medicação não disponível, extravio de medicamentos.

Após a apresentação dos relatórios dos grupos concluiu-se que:

- a enfermagem é a grande construtora da contratualidade no hospital por seu papel estratégico e articulador das relações que são estabelecidas;
- o profissional médico não é visto pela enfermagem como membro participante da equipe mas muito mais como demandante da equipe;
- existem muitos ruídos que interferem nessas relações;
- tem faltado comunicação da enfermagem com os diversos atores com os quais se relaciona e vice-versa, o que poderia facilitar a superação dos ruídos identificados;
- seria importante discutir melhor a contratualidade da enfermagem especialmente com os seguintes setores: DRH, farmácia e médicos;
- é necessário discutir e negociar esta rede de contratualidade da enfermagem no hospital com vistas ao gerenciamento unificado das futuras unidades funcionais, visto que a coordenação de enfermagem faz parte da equipe gerencial da maioria das unidades;
- de uma certa forma o paciente foi "esquecido" na análise dessas relações e é necessário repensar a rede de contratualidade da enfermagem com esse ator também.

A avaliação final apontou que o seminário foi muito produtivo e que as reflexões levantadas foram extremamente significativas. Foi demandada pelos participantes a continuidade dessas discussões para aprofundamento da contratualização da enfermagem dentro do hospital, e também, para uma inserção e intervenção mais adequada dessa categoria no novo modelo de gestão a ser implantado.

ANEXO IV-FLUXOGRAMA DA INTERNAÇÃO NA CLÍNICA MÉDICA

A) Lista de ruídos identificados no fluxograma

R1 – Demora para apresentação de resultados dos exames anatomopatológicos (29 dias para apresentar resultado da primeira biópsia (esplênica), nove e 16 dias para os dois resultados preliminares relativos a segunda biópsia)

R2- Sem laudo definitivo para as duas primeiras biópsias, havendo várias solicitações de revisão das lâminas em função da clínica e da preliminariedade dos resultados

R3 – Demora de sete dias para Psicologia atender solicitação de interconsulta

R4- Demora de 15 dias para CAD atender solicitação de interconsulta

R5- Demora de cinco dias entre a solicitação, realização de ultra-som de abdome e liberação de laudo

R6- Desmarcação por duas vezes da segunda laparoscopia, tendo ficado o paciente nos dois dias até aproximadamente às 18 horas em jejum

R7- Demora de quatro dias para a Reumatologia atender solicitação de interconsulta

R8 – Demora para apresentação de resultado de exames de rotina (um a dois dias) e de hemocultura

R9- Atraso de um dia para reinício da administração da Anfotericina B porque a Farmácia não liberou o medicamento

R10- Demora de 18 dias para liberação de resultado de Tomografia Computadorizada de Abdome

R11- Não-realização de exame de fibrinogênio solicitado de urgência pelo CTI em 28/05

B) Descrição da História Clínica do paciente LCP em sua internação no HC/UFG

Em 04/12/2000, LCP, de 26 anos de idade, solteiro e sem filhos, procedente de Ibité-MG onde trabalhava como faxineiro, procura o Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFG. Ele relata que há três meses começou a apresentar cefaléia e febre contínua, emagrecimento com queda do estado geral. Refere contato com cão portador de leishmaniose. Ao exame apresenta aumento de fígado e baço, febre, Leucócitos: 1.800; Hemoglobina: 5,9; Plaquetas: 220.000. Está em uso de Cefazidime e Metronidazol desde 01/12. HIV e VDRL negativos. Em 05/12 são solicitados exames laboratoriais, avaliação hematológica, US abdome e Mielograma e iniciado esquema para neutropênico febril (Cefazidime e Amicacina) ainda no PA.

Em 06/12 é internado em leito da Clínica Médica e iniciado tratamento para neutropênico febril (Cefazidime + Amicacina) e interrogada a possibilidade de Leishmaniose e Tuberculose. A Ultra-sonografia abdominal mostra pequenos e numerosos nódulos hipoecogênicos distribuídos difusamente por todo o baço e pequenas estruturas hipoecogênicas no fígado.

Após nove dias, apesar da febre, é suspenso o esquema para neutropênico febril. Sorologia para Leishmaniose apresenta-se negativa. Aos exames, além da anemia e leucopenia e hepatoesplenomegalia, identifica-se redução de proteínas totais e de albumina. Em 19/12 o paciente é submetido a US com biópsia do baço.

Em 21/12 reinicia esquema para neutropênico febril (Cefazidime + Amicacina) e recebe concentrado de hemácias. Soma-se às hipóteses diagnósticas a possibilidade de Linfoma. Em 29/12 é acrescentado o tratamento com tuberculostáticos (Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida). Paciente persiste com febre.

Em 03/01 ao exame questiona-se se o paciente apresenta-se icterico e o resultado da biópsia (não é laudo definitivo) é: - não tem infiltrado por linfoma – lesão granulomatosa sem necrose caseosa – lesão perivascular (vasculite?)

Paciente apresentando náuseas, icterícia e relato de diurese escura. Em 8/01 são suspensos os antibióticos (17 dias de uso neste segundo esquema) são administrados apenas os tuberculostáticos. Persistem queixas abdominais, febre, náuseas e vômitos. Provas de função hepática com resultados alterados. Início de quadro de diarreia e paciente queixando fraqueza. Em 16/1, após 18 dias em uso de tuberculostáticos, é suspenso o tratamento. HD: 1) Hepatite medicamentosa; 2) Febre de origem indeterminada.

Após normalização dos exames em 22/1 reiniciam tratamento com tuberculostático (inicialmente só Isoniazida). Após três dias sem sintomas acresce-se a Rifampicina. Em 29/1 paciente inicia acompanhamento psicológico (medo e insegurança quanto ao diagnóstico, comportamento fóbico, ansiedade incontrolável e depressão). Em 30/1 os tuberculostáticos são suspensos devido à reação às drogas (náuseas e alteração dos exames). Além disso, solicita-se marcação de biópsia hepática e esplênica a céu aberto para obter diagnóstico de certeza.

Paciente persiste com febre. Em 05/2 reinicia o tratamento com tuberculostáticos (Isoniazida + Pirozinamida + Etambutol + Estreptomicina). Resultado do US Abdom de 07/2: fígado e baço com volume aumentado; baço com inúmeros micronódulos difusos pelo parênquima e vários linfonodos de volume aumentado, alguns formando massas e localizados em reg. periportal celíaco e retroperitoneal. Retornam queixas de náuseas e vômitos e alteração de provas de função hepática e a conduta é deixar cada tuberculostático em um horário diferente. Em 09/02 é novamente suspenso o uso dos tuberculostáticos (quatro dias de tratamento).

Paciente melhora quadro de náusea e vômitos mas persiste com febre. Após 15 dias de espera para avaliação pela CAD (interconsulta realizada em 14/02), é marcada laparoscopia para 15/2, desmarcada (paciente em jejum até 17 horas), remarcada para 19/2 que não se realiza: o paciente fica novamente em jejum até 18:30 hs. Em 20/2 é submetido à laparoscopia com biópsias hepática e de linfonodos.

Persiste febre e náuseas e paciente em uso de sintomáticos à espera do resultado das biópsias. Em 06/3 paciente é avaliado pela Reumatologia que sugere revisão mielograma para afastar doença infecciosa ou invasão neoplásica; sugere investigação para caracterizar lesão renal e investigação de sarcoidose.

Em 08/3 a Anatomia patológica informa que o diagnóstico das peças é de Histoplasmose. Neste mesmo dia, pela queixa de fraqueza e diminuição do apetite é iniciado acompanhamento pela nutricionista que diagnostica desnutrição grau II (moderada) e inicia complementação calórica e adequação do cardápio.

Em 09/03 é iniciado tratamento para Histoplasmose: Anfotericina B.

Em 13/3 paciente é encaminhado para tratamento de urgência no HOB com queixa de odontalgia (cárie extensa + pulpite irreversível).

Febre cede por cinco dias e paciente sem queixas. Em 17/3 volta a apresentar febre. Após 11 dias em uso de Anfotericina B (dose acumulada = 375 mg), em 19/3, este é suspenso por reação à droga: calafrios após administração (crise pirogênica). Paciente queixa mal-estar, fraqueza, náuseas e hipertermia. Em 23/3 reinício de Anfotericina B em doses baixas. Em 29/3 ao exame encontra-se fossa ilíaca esquerda dolorosa à palpação profunda com massa pequena e de consistência aumentada (sigmóide + fezes?). Paciente evolui com edema membros inferiores, ascite e edema generalizado (insuficiência renal). Em 01/4 é suspenso Anfotericina B (505 mg dose acumulada). Em 02/4 tem início tratamento com Itraconazol.

Febre persiste e paciente queixa náuseas, vômitos e dores abdominais em flanco esquerdo, fraqueza e desânimo.

Em 11/04 após discussão do caso avaliou-se que se devem considerar como hipóteses diagnósticas: 1) D. Granulomatosa fúngica por histoplasmose? 2) Linfoma 3) Insuficiência de Supra-Renal devido à invasão fúngica persistindo com a febre 4) Poliarterite nodosa
CONDUTA: 1- Nova revisão laboratorial 2- TC abdome 3- Cortisol basal e após estímulo 4- Mielograma e biópsia MO a ser enviados para Anatomia Patológica.

Paciente evoluindo com edema de pés e ascite sendo por isso suspenso o Itraconazol (Usou 400 mg/dia durante 14 dias) em 17/04/01.

Paciente mantendo febre e queixa de desânimo.

Em 04/05 recebido resultado de TC abdome de 16/4: presença de massas nas regiões retrocural, periaórtica, hilar renal esquerda, interaórtico-caval, com formação de grande massa conglomerada envolvendo a aorta e deslocando a veia cava inferior anteriormente.

Em 11/5: como a imunohistoquímica foi inconclusiva para D. Hodgkin e o quadro clínico sugere tal doença, opta-se por realizar biópsia a céu aberto da massa retroperitoneal vista na TC de abdome. Realizada laparotomia exploradora dia 17/5.

Em 20/5 – Febre persiste e paciente queixando dor ao urinar, diminuição da diurese, dor abdominal, cansaço e desânimo. Também quadro de íleo funcional prolongado. Em 21/5 início esquema para neutropênico febril (Amicacina + Ceftazidime)

Em 21/5 - Paciente evoluindo com piora do EG + prostração importante, febre e quadro de sepse, apresentando aumento enzimas hepáticas canaliculares e bilirrubinas. HD: 1) Sepse – foco abdominal? 2) Icterícia colestática - colangite. Conduta: Associação de metronidazol; correção da acidose metabólica e ampliar cobertura para Gram +. RESULTADO AP: LINFOMA DE HODGKIN.

Em 23/5 detectada broncopneumonia. Paciente prostrado, com queixa de mal-estar geral e fraqueza, vômitos e edema de MMII.

Em 24/5 paciente apresenta crise convulsiva (espasmos musculares generalizados).

Em 25/5 apresenta diurese com hematúria macroscópica e vômitos borráceos (Hemorragia Digestiva Alta).

Em 26/5 paciente sem febre, no leito, respondendo com dificuldade às perguntas. 17:30 hs - Novos espasmos musculares. 18:10 hs: crise convulsiva tônico-clônica. 01:45 hs – Paciente com quadro confusional.

Em 27/5 – Paciente evoluindo com anúria + confusão mental + sangramento em cavidade oral. Presença de escórias renais, vômitos borráceos e melena (IRA + HDA + Insufic. Hepática). Às 18 hs: Agitação psicomotora. Iniciado pulsoterapia devido à possibilidade de compressão tumoral em fígado.

Em 28/5 – Pcte mantendo quadro grave, agitado, contido e não atendendo aos comandos. Necessitando altas doses de furosemida, ictérico 3+/4+, e edema MMII. Paciente apresentou piora do padrão respiratório necessitando ser entubado e HDA concomitante a piora ventilatória. (Paciente em choque, com HDA, distúrbios da coagulação, disfunção hepática e IRA)

CTI – Às 16:20 hs – Pcte apresentou piora níveis pressóricos acompanhado de sangramento vias aéreas baixas com crepitações difusas em ambos HT além de queda da saturação.

Às 19 hs – Pcte gravíssimo. Suspensão da Vancomicina, Amicacina, Ceftazidime, Metronidazol e transfusão de plasma, hemácias e plaquetas. Suporte Intensivo. Paciente sedado e curarizado, necessitando de elevações freqüentes da dose de amins para manutenção de níveis pressóricos adequados. Permanece com saturação de oxigênio (O2) baixa. HD: 1) Linfoma de Hodgkin 2) Choque distributivo 3) IRA 4) Coagulopatia 5) Disfunção hepática 6) HDA 7) Hemoptise moderada 8) SARA

29/5 – Paciente evoluiu com queda progressiva dos níveis pressóricos e dissociação eletromecânica. Constatado óbito às 10:45 hs.

ANEXO V - FLUXOGRAMA HISTÓRIA DE VIDA PACIENTE DA PEDIATRIA

***ANEXO VI - FLUXOGRAMA
INTERNAÇÃO PACIENTE PEDIATRIA***

A) Lista de ruídos identificados

A.1) A partir da história de vida

- queixas de visitantes ou parentes quanto ao mau atendimento da portaria (falta de educação e polidez na recepção e orientação);
- falta de compressas para redução da febre do paciente (não alterou a assistência do paciente pois a enfermagem improvisou com outros materiais existentes);
- demora da Ortopedia para avaliar e orientar sobre o curativo após drenagem da artrite séptica (R12);
- demora na liberação da medicação por parte da farmácia (R1, R4, R6 e R12);

A.2) A partir do fluxograma das internações no HC/UFMG

R1- Demora de cerca de oito horas para administração da primeira dose da Vancomina (antibiótico em falta no hospital)

R2- Demora de cerca de 50 dias para Psicologia atender solicitações diversas ocorridas na enfermaria de convênios, CTI e enfermaria de Pediatria para atendimento psicológico do paciente

R3- Demora na liberação de resultado de exame de fator de coagulação (resultado só chegou no plantão noturno às 20 hs)

R4- Ausência e não-administração do Ácido Transâmico para realização de bochechos pela falta do medicamento na farmácia do hospital (foi repassada receita para que a família comprasse o medicamento)

R5- Não-realização de exame de coagulograma solicitado em 12/6

R6- Demora na liberação do Omeprazol pela farmácia (até plantão noturno – 21 horas) por problemas relacionados a prescrição

R7- Demora de 11 dias para Cardiologia atender solicitação de interconsulta e exame

R8- Demora para liberação de resultados de ultra-sonografia abdominal (de três, cinco e até sete dias);

R9- Atraso de uma semana para realização de punção de abscesso renal guiado por ultra-som por falta de disponibilidade do radiologista mais experiente, após isso paciente se agravou e não foi possível a realização da punção

R10- Demora de quatro dias após detecção de bastonetes gram-negativos para tipagem de BGN e antibiograma

R11- Demora de 16 dias pela Ortopedia para retirada de pontos e tala pós-drenagem de artrite séptica

R12- Demora de quatro horas para administração de analgésico potente, apesar da orientação e prescrição de administração imediata em função da dor sentida pelo paciente.