

Ana Lúcia Abrahão da Silva

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

Campinas, 1 de Julho de 1999.

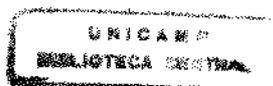
[Assinatura]
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

***“Reforma dos serviços de saúde: Um olhar sobre o
Hospital Público Regional de Betim”***

**Dissertação apresentada ao curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos

Campinas
1999



UNIDADE	30
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	380
Ex.	
CONTO CC/40.536	
PROC.	278/00
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	3 11,00
DATA	16/03/00
N.º CPD	

CM-00135086-0

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

B469e Silva, Ana Lúcia Abrahão da
Reforma dos serviços de saúde: um olhar sobre o Hospital Público Regional de
Betim/ Ana Lúcia Abrahão da Silva. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas.

1. Administradores de hospitais. 2. Saúde – administração. 3. Saúde Pública –
Brasil. 4. Hospitais – Brasil. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1.

José Teixeira Neto

2.

Amândeo Spas

3.

Gastão Wagner

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

Data: 01/07/1999

À Companheira Adriana, pelo apoio e compreensão
À minha mãe Doraci e ao meu pai Fortunato, pelo incentivo e amor

Agradecimentos

Ao Professor Gastão Wagner de Souza Campos, pela orientação acadêmica e incentivo;

A Dr. Jorge Nahas diretor do Hospital Público Regional de Betim, pela acolhida carinhosa e apoio durante a realização da pesquisa de campo;

Aos gerentes de unidades, assistentes de direção e demais trabalhadores do Hospital Público Regional de Betim, pela participação na pesquisa;

A June, Eleonora, Paulo, Sérgio e Adail, pela importante contribuição;

A professora e amiga Carla Martins pela valorosa ajuda na correção do texto;

Aos professores e funcionários do DMPS/FCM/UNICAMP;

Resumo

Esta pesquisa tem por objetivo identificar as inovações no campo gerencial e assistencial ocorridas no Hospital Público Regional de Betim, a partir da implantação da proposta de “gestão democrática do trabalho em equipe”.

Foi desenvolvida, na forma de estudo de caso, sendo analisada a experiência e as estratégias utilizadas para a implantação do modelo.

O modelo de gestão democrática do trabalho em equipe apresenta importantes contribuições para a gestão de unidades de saúde, embora não dê conta de situações críticas relativas às especificidades destas organizações. As principais contribuições do modelo proposto por Gastão Wagner são:

- introdução de uma dinâmica de gestão colegiada;
- ênfase na descentralização interna, com incentivo à comunicação lateral;
- organograma horizontalizado;
- ênfase na articulação do modo de assistir e gerenciar;
- modo de trabalho centrado em equipe, com a participação da supervisão matricial.

Os resultados levantados revelam que a implantação do modelo gerencial, alicerçado no colegiado conseguiu imprimir importantes mudanças na dinâmica organizacional, tanto no âmbito da assistência, como na forma de gerir a unidade, dentre as quais destacamos: descentralização e autonomia das unidades de produção; gestão colegiada, possibilitando a explicitação dos conflitos internos à organização e aumento da integração entre os diversos setores do hospital.

Abstract

The research aims at analysing the management and assistential innovations in Betim's Regional Public Hospital (Hospital Público Regional de Betim), concerning the implementation of the "democratic team work management" proposal.

The research followed a case study approach, analysing the experience and the strategies applied in the model implementation.

The "democratic team work management" model has many important contributions to the managing of health units, although it does not consider critical situations concerning the organizations's particularities. The main contributions of Gastão Wagner's model are

- the introduction of a democratic method of managing;
- emphasis on the internal decentralization, by stimulating lateral communication;
- horizontal organization (organograma?);
- emphasis on the articulation between managing and assistance methods;
- team work, with a matrixial (?) supervision;

The results show that the model implementation, based on the formation of a group representing the hospital units, could make important changes in the organizations dynamics, considering both the assistance and the management, such as the decentralization of the production units and representative managing. These changes has made possible the emergence of organization internal conflicts and the increase of the integration among hospital units.

Lista de abreviaturas

- DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social
- ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
- CTI – Centro de Tratamento Intensivo
- LAPA – Laboratório de Administração e Planejamento
- HPRB – Hospital Público Regional de Betim
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

Sumário

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	iv
INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1 - SOBRE AS TEORIAS DE ADMINISTRAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	
1.1 As teorias administrativas.....	05
1.2 Hospital: um recorte histórico.....	16
1.3 Hospital no Brasil.....	21
1.4 Gestão hospitalar.....	24
1.5 Profissionais.....	35
1.6 Caráter público.....	41
Referências Bibliográficas.....	44
CAPÍTULO 2 - SOBRE O SER SUJEITO.....	
2.1. A conjuntura individualista.....	48
2.2. Por de trás das grades sutis.....	50
2.3. Respeitando a subjetividade.....	54
Referências Bibliográficas.....	56

CAPÍTULO 3 – MÉTODO DE TRABALHO.....	57
3.1. A escolha do caso.....	58
3.2. O estudo de caso.....	60
3.3. Estruturação do estudo.....	61
3.4. Categorias de análise.....	63
3.5. O trabalho de campo.....	64
3.6. Análise.....	66
Referências Bibliográficas.....	68
CAPÍTULO 4 – UM NOVO MODELO GERENCIAL.....	69
4.1. Gestão colegiada centrada em equipes de saúde.....	70
4.2 Colegiado.....	77
4.3. O processo de trabalho em saúde.....	79
Referências Bibliográficas.....	84
CAPÍTULO 5 – CAMPO DE PESQUISA.....	85
5.1. A cidade de Betim e o Hospital Regional.....	86
5.2. Estrutura física do hospital.....	89
5.3. Estrutura de tomada de decisão do hospital.....	91
5.4. Algumas informações sobre a produção do HPRB.....	93
5.5. O modo de trabalho no HPRB.....	101
Referências Bibliográficas.....	106
CAPÍTULO 6 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	107
6.1. Estruturação da análise.....	108
6.2. A militância política na formação de atores sociais.....	109
6.3. A construção do modelo no HPRB.....	111
6.4. A formação de sujeitos.....	114

6.5. Trabalho em equipe.....	118
6.6. Sistema de gestão colegiada: colegiado do hospital.....	122
6.7. Sistema de gestão colegiada: colegiado de unidade.....	126
6.8. Perfil do gerente.....	128
6.9. Diretor.....	132
6.10. Controle social.....	134
6.11. Administração.....	137
6.12. Problemas.....	141
Referências Bibliográficas.....	145

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	154
-------------------	-----

ANEXO

Introdução

O tema dessa dissertação nasceu dos plantões noturnos de uma grande emergência do Rio de Janeiro. A assistência desenvolvida naquele espaço é um convite à reflexão para alguns e um passo a mais na alienação para outros. No meu caso, tendo a achar que a lição é mais na linha da reflexão, no sentido de buscar respostas para as dúvidas do cotidiano de uma unidade de saúde. Durante os plantões e após a residência, fui percebendo que a assistência transcendia o espaço das enfermarias, movendo-se para discussões sobre o modo de conduzir as organizações de saúde.

O problema de gestão nessas organizações aflora de outros tantos que são canalizados sem exceção, para a assistência. Gestão é construir, elaborar algo que possa diminuir o hiato da atenção e do atendimento nas unidades de saúde. Algo que seja mais do que aumento de números de consultas e internações.

Este problema é apreendido neste estudo enquanto tema de investigação, pela reconhecida contribuição na área de Saúde Pública. Gestão hoje representa um dos elementos críticos no processo de constituição do Sistema Único de Saúde. Conseqüentemente, novas abordagens no campo da gerência em saúde têm sido sugeridas na tentativa de solucionar os problemas nessa área.

A “gestão colegiada centrada em equipes”, em conjunto com produções mais recentes de Gastão Wagner (1992), oferecem material de análise para a questão da gerência em saúde. Todavia, o material requer um aprofundamento teórico e um estudo sobre sua aplicação.

Assim, cabe ressaltar quais as contribuições e limitações deste método, no sentido de, considerando as especificidades das organizações de saúde, elevar a qualidade da gestão e da assistência.

Essa dissertação tem como objetivo principal identificar as inovações no campo gerencial e assistencial ocorridas no Hospital Público Regional de Betim, a partir da implantação desta inovadora proposta de mudança.

Assim, definimos como objetivos específicos:

- Analisar as principais características metodológicas do modelo gerencial do HPRB;
- Contribuir com elementos teóricos para o setor de gerência hospitalar;
- Analisar as principais mudanças ocorridas no processo de trabalho e modelo de atenção.

Durante o processo de investigação, fui percebendo que a utilização deste método permite que os problemas escondidos no cotidiano das organizações aflorem. Questões que, na maioria das vezes, escapam aos olhos mais atentos ficam claras neste tipo de gestão em que o conflito é exposto e debatido.

A dissertação está organizada em seis capítulos. O primeiro aborda as interrogações sobre a forma de administrar, articulando gerência, história e organização hospitalar.

O segundo capítulo, “Sobre o Ser Sujeito”, discute as estratégias e armadilhas usadas pela “moderna administração” no aprisionamento do sujeito. O terceiro expõe a metodologia da pesquisa.

O quarto capítulo trata do método de gestão analisado, enfatizando a forma democrática da proposta. No quinto capítulo, vê-se o desenvolvimento do trabalho de campo, descrevendo o Hospital Público Regional de Betim.

No sexto capítulo, são expostos os resultados alcançados pela experiência à luz das categorias: “acolhimento; vínculo; gestão colegiada; grupo sujeito e caráter público”, conforme definidas na metodologia. Este capítulo compara o modelo gerencial do Hospital Público Regional de Betim e o método proposto por Gastão Wagner, identificando suas diferenças e limitações. Nas considerações finais, são resgatados os principais resultados do método empregado em Betim e são indicadas algumas pistas para a superação às limitações da gestão colegiada encontradas durante a análise.

“Não há coisa alguma que persista em todo o Universo. Tudo flui, e tudo só apresenta uma imagem passageira. O próprio tempo passa com um movimento contínuo, como um rio... O que foi antes já não é, o que não tinha sido é, e todo instante é uma coisa nova. (...)”

Ovidio - Poeta Romano

Capítulo 1

Sobre as teorias de administração e a organização hospitalar

1.1 As teorias administrativas

A busca de teorias que respondam às grandes interrogações sobre a forma de gerenciar foi, e é, a preocupação de muitos teóricos que se ocupam desta área do conhecimento. Os anos acumularam diversas modos de administrar organizações, sem, no entanto, descartar contribuições anteriores. Nesse contexto, há muito modismo, mas também muitas teorias relevantes. Em síntese, na história da humanidade há sempre lugar para um novo olhar diante da complexidade do mundo, na qual se inclui a forma do homem gerenciar suas organizações.

Administrar é uma antiga prática relatada na história¹ da humanidade. Os Egípcios já a utilizavam, planejando, controlando e coordenando a construção das antigas pirâmides. Mesmo sob chicotes bem afiados, pode-se observar a capacidade operacional desses grandes profissionais. No oriente, os Chineses da dinastia Han, que remonta de 202 a C. a 219 d.C., empregavam servidores para atuarem na administração real. O ingresso na atividade era mediante concurso aberto ao público interessado. A sociedade européia incorporava nos estaleiros navais da cidade de Veneza, desde 1436, algumas técnicas gerenciais, como as de contabilidade de custos, administração de pessoal e controle de estoque. Tudo isso antes de sequer imaginarmos qualquer teoria administrativa².

¹ História... é sempre bom recordar o que já passou. Observar os erros, aprender com experiências passadas de alguma maneira nos faz sermos mais humanos.

² ABREU, Bergamini A. Novas reflexões sobre a evolução da teoria administrativa: os quatro movimentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 16(4): 39-52 out/dez. 1982, p.39.

No entanto, é nos Estados Unidos, aparentemente, que surge a noção e a necessidade de se estudar a administração sob o viés de métodos racionais ou científicos. Tais concepções emergem de um determinado grupo de profissionais: os engenheiros. Em evidência na época pelo fervor da Revolução Industrial, estes tem uma contribuição ímpar na construção do que denominamos hoje de teoria da administração.

A gênese da metodologia científica aplicada ao estudo do trabalho humano é atribuída a Frederick W. Taylor. Segundo Abreu (1982), o pensamento do engenheiro norte-americano pode ser resumido em quatro pontos, na época considerados e entendidos como administração científica. Assim, vejamos:

- *Ciência, em lugar de empirismo;*
- *Harmonia, em lugar de conflito;*
- *Rendimento máximo, em lugar de produção reduzida;*
- *Desenvolvimento especializado de cada trabalhador, afim de se alcançar maior eficiência e prosperidade.*³

Para Taylor, a direção da organização deve assumir junto ao operário responsabilidades e deveres e apresentar normas para o processo de trabalho. Tais normas são construídas com base nas análises sobre as atividades desenvolvidas durante o trabalho, e em acordo com classificação ditada pela direção. Estas são expressas de tal forma que estruturariam uma ciência, substituindo o método empírico, até então empregado.

³ Idem, *ibidem*, p. 40.

Com essa nova concepção, Taylor confere um lugar de destaque à direção no interior das organizações. Cabe a ela, também, a seleção e treinamento dos operários. Até então, esta última tarefa era de domínio do trabalhador, que a fazia empiricamente. A partir deste momento e em acordo com a ciência criada, tais ações passaram a transcorrer sobre responsabilidade da direção, que trataria de realizá-las sobre uma forma harmoniosa.

O projeto de Taylor foi ganhando adeptos ao longo do tempo e sendo progressivamente empregado em vários estabelecimentos. De modo geral, as suas idéias podem ser divididas em duas partes: uma filosófica e outra empírica, esta última reconhecida como o mecanismo de aplicação. Conformam quatro princípios chaves:

1. desenvolvimento de uma verdadeira ciência;
2. seleção científica do trabalhador;
3. educação e treinamento científicos do trabalhador;
4. cooperação íntima e cordial entre a administração e os trabalhadores⁴.

A diferença entre o que Taylor denomina de mecanismo de aplicação e a filosofia é tênue e difícil de ser percebida, confundindo-se na prática. Basicamente, as idéias deste autor são conhecidas e reconhecidas pelo seu método de aplicação.

Foi durante seu estudo sobre produção que Taylor foi enfático na busca pelo menor desperdício. Suas observações apontavam para o grande dispêndio de energia gerado pelo inevitável aumento de produção, em uma sociedade capitalista. Como estratégia de

⁴ WAHRLICH, Beatriz M. de Souza *Uma Análise das Teorias de Organização*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972, p. 65 -70

diminuir o desgaste, a orientação do autor era a de aliar os esforços da direção e do operariado. Unidos, estes atores tornar-se-iam capazes de elaborar meios e regras que possibilitassem alcançar índices cada vez menores de desperdício.⁵

As noções de divisão do todo em partes e a de produzir num tempo⁶ cada vez menor levaram Taylor a formular seu estudo sobre “tempos e movimentos”⁷.

É do mesmo autor a noção e utilização da sala de planejamento, do treinamento de pessoal e a responsabilidade pelo detalhamento e método metódico da administração.

A observação detalhada e minuciosa do tempo e do movimento empregado em cada atividade do operário rendeu não só economia de capital, como gerou a compartimentalização das atividades. Nas palavras de Wahrlich (1972), “*o trabalho pode ser executado melhor e mais economicamente através da subdivisão das funções*” e “*o trabalho de cada pessoa na organização deveria, tanto quanto possível se limitar à execução de uma única tarefa predominante*”⁸.

Taylor reforçou a tendência já em desenvolvimento de especialização do trabalho, esquadrinhando e recortando não só as atividades produzidas pelo homem como sua própria natureza. Deste momento em diante, a especialização ganharia peso e maior valor

⁵ Idem, *ibidem*, p. 98

⁶ A noção do que seja tempo na modernidade, mas especificamente após a Revolução Industrial, está ligada à capacidade de medir, marcar e transformar a unidade tempo em mercadoria. Faz parte das “medidas” necessárias ao novo “tipo de vida” das sociedades modernas e seu uso é determinado pelos aspectos sociais e individuais. PIZZA, W. J Tempo nas organizações, *Revista Brasileira de Administração*, Rio de Janeiro, 31 (1): 4 - 16. Jan/Fev. 1997, p.05

⁷ Grande crítica a essa forma de organização do trabalho encontra-se na obra do cineasta e ator Charles Chaplin. Em “**Tempos Modernos**”, Chaplin ironiza de modo irreverente o progresso desumano e mecânico, denunciando os absurdos dos tempos do processo produtivo, que, embora modernos, não são melhores.

⁸ Idem, *ibidem*, p. 106.

dentro do mercado. Rapidamente tal idéia foi incorporada por todo mundo. E em diversas áreas do conhecimento, os “generalistas” deram lugar aos “especialistas”.

Na tentativa de entender o real papel do administrador, Henri Fayol desenvolveu os conhecimentos teóricos mecanicistas. Para o mestre francês, a função de administrador deveria ser guiada por normas administrativas, que, na prática, fluiriam de forma menos rígida, permitindo a noção de **medida**, conceito fundamental na obra de Fayol.⁹

Com este teórico, a concepção mecanicista ganhou destaque, advogando a possibilidade dos administradores trabalharem com uma certeza linear de acerto. Esta concepção ainda se faz presente em grande parte das produções teóricas na área administrativa. A teoria de Taylor sobre o tempo e o movimento e outras teorias do mundo moderno¹⁰ serão embaladas pelo “som” e pela “visão” do homem como extensão da máquina, desconsiderando a importância da subjetividade e revelando um certo determinismo nas tarefas produtivas. Taylor e Fayol são considerados a referência maior dentro do contexto mecanicista.

Os tempos modernos, com a modernização advinda com a Revolução Industrial, levou países não industrializados a guiarem sua política na mesma perspectiva de países considerados pelas sociedades ocidentais como desenvolvidos. Haveria um único caminho para o alcance do patamar moderno: o caminho trilhado pelos chamados países centrais¹¹.

⁹ ABREU, Bergamini A. Novas reflexões sobre a evolução da teoria administrativa: os quatro movimentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, 16(4): 39-52 out/dez. 1982, p.41.

¹⁰ A modernidade trouxe grandes inovações no entendimento da complexidade do mundo, mas também adicionou uma dose de degradação à humanidade, quando impôs ao homem um agir racional, esquecendo da subjetividade.

¹¹ Países Centrais são aqueles que destacam-se no cenário mundial por terem poder econômico e político sobre os demais.

Aos não desenvolvidos ou subdesenvolvidos, ou com a eterna esperança do “em desenvolvimento”, restariam os espaços e caminhos pré-determinados. Segundo Ramos(1983), a Administração Científica apresenta-se como uma teoria natural, estrada única a ser percorrida em direção ao desenvolvimento ou seja, um caminho determinista e previamente calculado como num sistema mecânico¹².

Olhar para o elemento humano e destacá-lo dentro da “engrenagem” das organizações foi uma idéia que começou a surgir na cena administrativa a partir das especulações teóricas de outros profissionais que não os engenheiros. Sociólogos e psicólogos percorrem as organizações buscando entender os novos acontecimentos organizacionais. O interesse de ambos os grupos é nitidamente o mesmo: o ser humano. Contudo, olhando com mais atenção, há uma diferença entre as abordagens. Enquanto os sociólogos centram-se na análise do comportamento dos grupos dentro das organizações e as repercussões que resultam dessas ações sobre o processo de trabalho, os psicólogos privilegiam o indivíduo enquanto foco de estudo.

No entanto, tanto psicólogos como para os sociólogos, fundadores da escola conhecida como “Recursos Humanos”, a organização foi entendida como um sistema controlado e dependente da motivação dos indivíduos que a compõe. Para eles, a organização não é estática, como na concepção mecânica dos engenheiros. Seria, sim, um organismo vivo, dinâmico, passível de mudanças, e cuja preocupação maior reside no processo que se desenrola em seu interior. A marca dessa teoria é dada por três grandes fundamentos, a saber:

¹² RAMOS, Alberto Guerreiro. A modernização em nova perspectiva: Em busca do modelo da possibilidade. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 17(1): 5-31, 1983.

- 1- a organização constitui, fatalmente, o resultado de uma série de transigências que levam em conta um número infinito de possibilidades em torno de uma situação específica ou única;
- 2- organização é uma força viva, móvel e fluída;
- 3- organização representa pessoas que reagem e respondem a estímulos possíveis de definição precisa¹³.

A teoria das Relações Humanas originou-se da perspectiva antagônica à teoria clássica da administração. Ao contrário da escola clássica, onde a capacidade física e a recompensa econômica são as molas mestras, nesta nova abordagem, a capacidade social dos operários seria o ponto importante. Insere-se um novo elemento, a motivação do trabalhador, cuja chave é o reconhecimento profissional. A importância do grupo, da participação, da comunicação e da liderança dentro das fábricas e empresas são fatores relevantes para atingir a motivação do profissional. De forma geral, podemos dizer que há muito antagonismo entre a escola clássica e a de relações humanas, porém não há como negar que possuem um significativo elemento comum: não vêem contradição na relação entre a busca de racionalidade instrumental e a felicidade humana¹⁴.

Motivar os trabalhadores por meio de incentivos sociais é importante, mas há o perigo dessas práticas se tornarem apaziguadoras, na medida em que ocultam os principais conflitos de interesse entre trabalhadores e empresa e entre estes e a sociedade,

¹³ METCAL, F. H. & URWICK, L. Introduction. In: **FOLLETT, Mary Parker Dynamic Administration The collected papers of Mary Parker Follet**. N. York: Henry Metcalf & L. Urwick, Harper and Brothers, 1940, p. 65.

¹⁴ WAHRLICH, Beatriz M. de Souza **Uma Análise das Teorias de Organização**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972, p. 88.

promovendo símbolos baratos de prestígio e afeição e escamoteando questões como as de aumento de salário. Foi esse o alerta dos teóricos da Escola Estruturalista.

A Escola Estruturalista fundamenta a organização como o local onde há interação de diversos grupos sociais. Aí, nesta unidade social complexa, *“as tensões (...) - que podem ser reduzidas, mas não eliminadas - entre as necessidades da organização e a de seu pessoal, entre a racionalidade e a irracionalidade, entre disciplina e a autonomia, entre relações formais e informais, entre administração e trabalhadores ou, mais genericamente, entre posições e divisões, são “inevitáveis”¹⁵ .*

Originada de inúmeros conceitos, a teoria estruturalista é uma síntese da escola clássica e da teoria de relações humanas. Articula, pois, questões formais e informais em uma única linha. Inspira-se no trabalho de Max Weber e de Karl Marx. Não é propriamente uma teoria. É antes de tudo um método, cujas enormes potencialidades, aplicadas em diversas áreas da ciência social hoje, são evidenciados nos estudos da economia, psicologia e sociologia.

A contribuição destas ciências deram origem à Teoria dos Sistemas, em um esforço de sintetizar e integrar as teorias que a precederam. O tratamento às organizações baseia-se na visão de um sistema social composto por subsistemas que operam no interior da instituição. A existência de vários meios que reagem entre si como uma cascata de sucessivas reações e contra-reações é o eixo principal desta teoria. O mundo

¹⁵ ETIZIONI, Amitai **Organizações Modernas**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1987, p.55.

organizacional vai sendo entendido como a ocorrência de mudanças múltiplas e dinâmicas¹⁶.

Outras propostas para entender as organizações foram apresentadas buscando mais fielmente descrever a realidade. Max Weber, por exemplo, concebeu uma sociedade ideal calcada em conceitos rígidos que, teoricamente, apontariam em direção à racionalidade nas organizações. O “ideal burocrático” criado por Weber, representou um grande avanço para o entendimento do funcionamento das organizações. Caracteriza-se pela hierarquização e racionalidade da autoridade sob uma divisão rígida entre administração e política. Desse modo, ao separar a ação, hierarquia, competência, técnica, remuneração, entre outras do aparelho social, a burocracia tende a se estender por todos os setores da sociedade, como empresas, indústrias e comércio. Estrutura-se na divisão do trabalho, em normas explícitas de remuneração fixa em função do cargo ocupado pelo empregado, os quais seriam preenchidos de acordo com a competência técnica, e não por questões políticas. As regras gerais são ditadas por comunicações escritas, e marcadas por uma disciplina racional.

Tipo ideal de organização burocrática seria aquela que apresenta-se:

1. Divisão do trabalho baseada na especialização funcional;
2. Hierarquia de autoridade bem definida;
3. Sistema de regras de procedimentos para tratar das situações de trabalho;
4. Impessoalidade nas relações interpessoais;
5. Seleção e promoção baseados em competência técnica¹⁷.

¹⁶ WAHRLICH, Beatriz M. de Souza *Uma Análise das Teorias de Organização*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972, p. 45.

¹⁷ Kast, F. E. & ROSENZWEIG, J. E. *Organization and management – a systems approach*. N. York: McGraw Hill, 1970, p. 97.

As modernas organizações burocráticas foram e são submetidas a uma organização “burocrática” maior: o “Estado”. Criam-se organizações impessoais, onde os indivíduos, investidos em cargos, vivem isolados do contato um com os outros. Produzindo pirâmides de cargos pessoais, as organizações tornam-se “pessoas” – pessoa jurídica com personalidade própria - e vivem em uma aura de imortalidade, imunes ao tempo, inatingíveis. Nós humanos meros mortais, teríamos que conservá-las e por vezes reverenciá-las. As célebres frases “as pessoas passam e as instituições ficam”, ou “algumas pessoas passam, outras pessoas ficam” são emblemáticas da perspectiva weberiana.

Portanto, ao apropriar-se da teoria weberiana, a modernidade mostrou a burocracia como *“uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais”*¹⁸.

Contrapondo-se à Teoria Natural, linear, mecânica e burocrática, Guerreiro Ramos (1983) apresenta a “teoria das possibilidades”, com duas características básicas, a saber:

- A) *A modernização não está precisamente localizada em algum lugar no mundo; o processo de modernização não se deve guiar por nenhum arquétipo platônico.*
- B) *Qualquer nação tem possibilidade de modernização própria, qualquer que seja sua configuração; cuja efetivação poderá ser perturbada pela sobreposição do modelo normativo rígido, alheio as possibilidades.*¹⁹

¹⁸ MOTTA, Fernandes C. Prestes, **O que é Burocracia**. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 30.

¹⁹ RAMOS, Alberto Guerreiro. A modernização em nova perspectiva: Em busca do modelo da possibilidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 17(1): 5-31, 1983, p. 06.

Segundo o autor, deve-se observar que este modelo teórico se firmou sobre bases não deterministas. No entanto, Ramos (1983) alerta, que um certo grau de determinismo na ciência moderna é indispensável. Neste modelo, o determinismo e a liberdade caminham juntos. Se por um lado, determinismo sem liberdade é fatalismo, por outro, sem determinação no processo social caímos no niilismo, na impossibilidade de se ter uma ciência social.

Para Ramos (1983), a Teoria das Possibilidades está implícita na concepção de autores que utilizam a dialética e a tensão existente entre liberdade e determinismo. A liberdade é atingida quando a prática é exercida no contexto das possibilidades²⁰.

Existem outras formas teóricas de entendimento da realidade social e consequentemente da administração. No entanto, ainda são utilizados meios administrativos arcaicos, sendo estes justificados, ou pela dificuldade de conhecer o volume da cultura organizacional, ou por questões ligadas à política e, consequentemente, ao poder. Pelo medo de lidar com o novo, fica-se, freqüentemente, paralisado e incompetente.

O Brasil tendeu a tomar estas teorias como numa “cartilha” a ser lida por todos os “países do futuro”²¹ que buscassem alcançar o desenvolvimento. Apesar desta mania de imitar, foi apenas a partir dos anos 50 e início da década de 60 que se iniciaram estudos sistemáticos sobre a organização hospitalar²².

²⁰ Idem, *ibidem*, p. 09.

²¹ Quantas vezes não ouvimos que o “Brasil é um país do futuro”?

²² BRAGA NETO, Francisco Campos. **Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: os Modelos de Gestão Descentralizados e por Linhas de Produção**. Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 1994, p.167.

1.2 Hospital: um recorte histórico

Ao longo dos séculos e por meio do inconsciente coletivo, as sociedades humanas construíram a concepção da doença como algo mágico. A história do hospital confunde-se com a história da saúde/doença. Voando em nuvens metafísicas, ainda hoje, determinados grupos sociais entendem as enfermidades como tendo causas transcendentais. O olhar humano é cercado por mitos e magias.

Na sociedade grega e romana, a saúde e a doença eram vistas de modo distinto entre si. Muito embora, em ambas as sociedades o mito estava presente. A relação entre “mortal” e Deus” se dava cercada de mitos e devoção. Neste contexto, um deus grego se destacava pela sua afinidade com a cura das doenças: Asclépio.

Asclépio vinha em sonho aos seus seguidores e trazia as orientações necessárias para a solução dos males que os afligiam. A família de Asclépio, composta por outros deuses com variadas funções, o auxiliava. A esposa Epione era responsável pelo alívio das dores; o filho Telesforo promovia a convalescência; a filha Higéia mantinha a saúde e a filha Panacéia curava as enfermidades²³. Como o acesso ao Deus da cura era restrito aos cidadãos gregos, homens livres, aos escravos restava o “tratamento legado” pago aos **periodeutas** - pessoas do povo que mantinham a prática da cura através de ervas.²⁴

²³ Não é à toa que a enfermagem, uma das profissões da área da saúde, nasce no seio familiar.

²⁴ RIBEIRO, P.H. **O Hospital: História e Crise** São Paulo: Cortez, 1993, p.23.

Ninguém nascia e muito menos morria em solo “sagrado”. A morte na sociedade grega “chegava” em ambiente familiar, longe do templo. Contudo, muito embora nos locais de adoração a morte e a vida não recebessem a intervenção do Deus Asclépio, os sacerdotes desta divindade mantinham dois hábitos interessantes. O primeiro era o de falar ao ouvido dos doentes, no momento de torpor antes do sono, as orientações para a cura das aflições do corpo e da mente. Se porventura não houvesse contato com a divindade, era porque o devoto não merecia. Portanto, o que se acreditava era que o próprio Asclépio ditava, durante o sono, a conduta para o restabelecimento da saúde do enfermo. O segundo hábito desses “exímios servidores” era o de escrever nas paredes do templo, com riqueza de detalhes, as formas de manifestação das doenças. Alguns historiadores afirmam que o “pai” da medicina, Hipócrates, teria utilizado os escritos dos templos de Asclépio como base para seus estudos²⁵.

Juntamente com a expansão e o fortalecimento da mitologia, a fama de curar doenças conferida a Asclépio se espalhou rapidamente por toda a Grécia. Nestes locais de cura, mantinham-se salas de sono amplas e arejadas, onde os enfermos eram levados a descansar e entrar em contato com a divindade. Como em um grande hospital, havia leitos, salas de terapia e pessoas para cuidar dos enfermos – os sacerdotes. A devoção a Asclépio foi tamanha, que mesmo com a conquista da Grécia pelo Império Romano, os templos se mantiveram de pé por um bom período de tempo, sendo uma das últimas estruturas a sucumbir com a dominação imposta pela cultura romana.

²⁵ Idem, *ibidem*, p.45.

Hipócrates diz em sua obra “Doença sagrada” que: *“a doença chamada sagrada (...) não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada do que qualquer outra doença, tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana”*. A causa natural para Hipócrates estava relacionada à visão ecológica do processo saúde-doença e não se limitava apenas ao paciente, mas também ao ambiente deste. Assim, o autor já defende um conceito ecológico de saúde e enfermidade²⁶.

Na idade moderna, o pensamento de Hipócrates foi transposto para o conceito baseado no paradigma do antropocentrismo. O homem como “centro do universo” provocou um reducionismo no entendimento do processo saúde/doença²⁷. Novamente privilegiou-se o espaço individual, ou seja, o atendimento ao órgão doente²⁸.

Com a transformação econômica, social e política do mercantilismo para o capitalismo financeiro, este conceito se enfraqueceu e houve o desenvolvimento das especialidades de cura como forma de aplicação do saber em saúde. No entanto, o paradigma mecanicista permanece no centro das atenções.

A família, a religião e o militarismo parecem ter se conjugado para fornecer, ao longo da história, os elementos “indispensáveis” à constituição do hospital que conhecemos hoje.

²⁶ GERMANO, R.M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985, p.15.

²⁷ O homem como centro do universo, *“ao contemplar a natureza, ao invés de analisar a teia de relações complexas existentes, tudo compartimentou e isolou”*. BOFF, Leonardo. **A Águia e a galinha uma metáfora da condição humana**. 9ª ed. Ed. Vozes, Petrópolis, 1997, p.154.

²⁸ Com a modernidade, desconsiderou-se o fato de que *“a célula sozinha não existe. Ela é parte de um tecido, que é parte de um órgão, que é parte de um organismo, que é parte de um nicho ecológico, que é parte de um ecossistema, que é parte do planeta terra, que é parte do Sistema Solar, que é parte de uma galáxia, que é parte do Cosmos (...)”*.(Idem, ibidem, p.95.)

A necessidade de um local que pudesse abrigar os peregrinos que difundiam o cristianismo na Europa, aos poucos foi, paradoxalmente, deslocando o “processo” “milagroso” da “cura”, antes realizado em ambiente familiar, para impor a criação de espaços de acolhimento aos doentes pobres. Leigos e religiosos, que buscavam na prática da caridade a salvação para suas almas, contribuíram para instituir nos mosteiros ²⁹ a assistência aos doentes. *“Os ideais de fraternidade, serviço, caridade e alto sacrifício foram pregados pelo cristianismo. Tais grupos de trabalho, cuja função principal era cuidar do doente e necessitado, desenvolveram-se e organizaram-se como diáconos e diaconisas. Cuidar do pobre era meio de expiação do pecado”*³⁰.

Na Idade Média, se os doentes passaram a ser cuidados por religiosos em hospitais, estes nada mais ofereciam do que temor. Tais locais alocavam, num mesmo espaço e na mesma cama, pessoas com doenças diversas. Eram ambientes sujos, escuros, mal administrados e sem “nenhum”³¹ conceito de higiene. As paredes eram úmidas, repletas de fungos. A única assistência oferecida, além do conforto da alma, era o cuidado com o corpo, sem nenhum fundamento científico ou objetivo de cura, prestada por homens e mulheres, classificados, na sua maioria, como “marginais”, “prostitutas” e “bêbados”.

O cuidado com o doente vinha após as atividades de limpar, espanar, acender a lareira e pegar o carvão. Trabalhava-se cerca de 12 horas diárias. Em geral, uma pessoa ficava responsável por um grupo de doentes e muitas vezes dormia durante o horário de

²⁹ A irmandade de Santo Agostinho, umas das mais importantes na Europa, manteve muitos destes abrigos.

³⁰ ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática** São Paulo: Cortez, 1989, p. 66.

³¹ Aqui, quando se diz que os hospitais da idade média não conheciam nenhum conceito de higiene, o que se quer salientar é que as nascentes instituições não dominavam as atuais práticas de assistência que começaram a ser formuladas a partir da Idade Moderna. Portanto, o que não havia à época era uma preocupação com a higiene tal como a concebemos hoje.

trabalho. O paciente que tinha condições de dar "gorjeta" obtinha mais atenção do que aqueles menos afortunados, que morriam sem cuidados³².

Como consequência da transformação social, econômica e política provocada nas sociedades ocidentais pelo capitalismo, o hospital inicia o caminho de seu prestígio social impondo mudanças profundas no processo de trabalho³³.

Já no início do século XVII, as novidades trazidas com o desenvolvimento da tecnologia de armamentos, principalmente a invenção do fuzil, leva os Estados Modernos, segundo Foucault (1979), a determinados gastos que não se faziam até então em certas áreas, onerando os cofres públicos e que influenciaram fortemente a organização do espaço hospitalar. A necessidade de restabelecer o soldado, motivou a criação dos hospitais militares, já que a mão de obra passava a ser especializada, não podendo perder-se o que houvera sido investido em treinamento³⁴.

Neste contexto, ao saber clínico cabia distinguir a real urgência de cuidados médicos especiais do "fingimento" de sintomas por soldados que desejavam fugir do "front". Mais uma vez em nossa história, julgava-se a "saúde" e a "doença" a fim de evitar possíveis malversações de recursos. Dá-se o início de uma prática denominada por Foucault como *disciplina*³⁵, prática essa que alicerça os serviços e serve, até hoje, como argamassa na formação dos profissionais de saúde.

³² BROWN, P *Florence Nightingale* Coleção Personagens que Mudaram o Mundo. Rio de Janeiro: Globo, 1988, p.43.

³³ As duas práticas - a médica e a de enfermagem - que eram independentes, encontram-se agora no mesmo espaço geográfico, espaço hospitalar.

³⁴ FOUCALT, M. *Microfísica do Poder*. 10ª. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.104 – 105.

³⁵ De fato, data desta época o surgimento da disciplina enquanto método de organização institucional. Contudo, a lógica que a concebeu já impregnava a sociedade desde a Idade Média. O advento daquilo que foi denominado como modernidade, contraditoriamente, não apagou o apelo ao "ordenado".

1.3 Hospital no Brasil

A instituição hospitalar no Brasil não tem a sua construção histórica diferente da do resto do mundo. Nasce também do seio da caridade religiosa rigidamente disciplinarizada e asséptica³⁶. É organizada em três tipos diferentes, a saber:

Asilar: centrado em patologias crônicas e degenerativas, como tuberculose, hanseníase e doença mental. Localizado, quando da sua fundação, em locais afastados dos centros urbanos;

Geral: previdenciários e universitários;

Médio e pequeno porte: maternidades, pequenas emergências e clínicas gerais.

O grupo de hospitais asilares tem como característica atender a patologias específicas com relativa autonomia orçamentária. A distancia dos centros urbanos, determinou a estas instituições uma área administrativa muito intensa, com objetivo de suprir as necessidades dos pacientes do ponto de vista logístico. Eram hospitais de grande porte, pequena complexidade e baixa diversidade assistencial.

Os hospitais previdenciários vão se caracterizar pela diversidade de atendimento a inúmeras patologias e por seu grande e volumoso campo de diagnóstico complementar.

³⁶ Esta é uma característica marcante, na formação das primeiras enfermeiras assistenciais. Ainda hoje ela é encontrada nas escolas, principalmente no vestir e nas técnicas usadas com o paciente.

Fruto da política vigente e do modelo assistencial, este tipo de hospital se expandiu por todo país, ditando os padrões de atenção à saúde do cidadão brasileiro.

Conhecido como grande centro de tratamento e baluarte de conhecimento, esta seria, então, a marca do “hospital moderno”. De maneira autônoma, graças aos recursos dispensados pelos institutos de aposentadorias e pensões, cria-se a estrutura de saúde no país, imantada pelo modelo hegemônico de assistência médica.

Ainda pertencentes a esse conjunto de hospitais, como vimos, estão os universitários. Dedicados a uma parcela da população desprovida de condições econômicas, estes voltavam-se para o atendimento de patologias menos prevalentes.

Hospitais de médio e pequeno porte compõem o último tipo de instituições hospitalares características no Brasil. Eram, em sua maioria, de responsabilidade municipal e estadual. Alguns possuíam emergência e eram dotados de pouca autonomia orçamentária, mas estavam sempre próximos do poder político e das instâncias decisórias, principalmente nos grandes centros urbanos³⁷.

O parque hospitalar brasileiro cresceu baseado no modelo de atenção hospitalocêntrico, de mega-hospitais, demorando a desenvolver a atenção ambulatorial e preventiva. A maioria destes hospitais se concentrou na região sudeste, sobretudo pelo

³⁷ BARBOSA, Pedro Ribeiro. **O processo de desenvolvimento de sistema de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes, considerações partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz.** Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública, 1995, p.122.

volume de recursos centrado nessa área geográfica e pela constante luta pelo poder político.

Recentemente, o enfoque dado à forma de condução do modelo assistencial apresenta como proposta a ênfase nas ações preventivas, sem perder a noção assistencial do cuidado; neste sentido, a carga de atenção ao hospital estaria diminuída. Como já vimos anteriormente, este novo paradigma não seria tão novo assim. Civilizações antigas³⁸ já utilizavam o conceito de vida saudável, o cultivar a saúde e os hábitos na proteção da vida.

Atualmente, esta concepção engloba novos paradigmas e a totalidade do “ser” tende a retomar seu papel. Na busca por entender e explicar o processo saúde-doença, novas idéias têm se estruturado em termos da inter-setorialidade, mas agora sob um olhar renovado a respeito do conceito ecológico de Hipócrates. A partir desta nova roupagem, a visão social, histórica, política e econômica das determinações do processo saúde-doença vem sendo ampliada.

Neste novo contexto, o processo saúde-doença, definitivamente, não seria controlado pelas organizações de saúde. Vista como uma rede de fatos que se relacionam a saúde é colocada como um conceito complexo com múltiplas ligações entre vários setores da sociedade. Assim, quantidade e qualidade dos serviços oferecidos não são suficientes para a garantia de uma população com saúde. A multissetorialidade tem sido sugerida no

³⁸ A sociedade romana ditava leis, como a de não consumir carne vermelha, que incidiam diretamente nos hábitos de vida dos cidadãos romanos. Hábitos saudáveis eram cultuados pelos romanos. Banhos quentes, mornos, frios e a natação eram utilizados com fins de manter o equilíbrio homeostático. Além disso, Roma foi uma das primeiras cidades a se preocupar com o escoamento das águas fluviais e a ter uma rede de esgoto que desembocava no rio Tigre. Uma outra curiosidade “saudável” da cidade eram os urinóis públicos.

entendimento e na solução dos agravos à saúde. Dessa forma, as organizações de saúde, em especial os hospitais, seriam incapazes de resolver sozinhos os variados problemas relacionados à saúde.

No contexto atual, o hospital, apesar de haver perdido sua missão de penitência e misericórdia da Idade Média, mantém sua ascendência sobre os demais serviços. Com a modernidade, incorporando tecnologias e criando uma aura de eficiência e resolutividade, viu reforçada sua autoridade incontestável. Enfim, são poucas as instituições que gozam de tanto reconhecimento da sociedade.³⁹

O hospital ainda funciona, ao absorver a maioria das necessidades de atendimento, como principal “porta de entrada” do sistema de saúde brasileiro. Realizar um exame, uma consulta médica, ser atendido em situações de pequenas e médias urgências, significa, para a maior parte da população, procurar um hospital.

1.4 Gestão hospitalar

A ciência nascida das mentes de Newton, Copérnico e Galileu Galilei, conformam a Ciência Moderna, caracterizada pela riqueza de detalhes, pelos saberes particularizados e por questões fragmentadas do conhecimento humano e do mundo. Ganha-se em detalhes,

³⁹ RIBEIRO, P.H. *O Hospital: História e Crise* São Paulo: Cortez, 1993, p. 60.

mas, no entanto, o ser é esquecido em favor do existir⁴⁰. Por muitos anos, esta foi a gênese de inúmeros paradigmas, entendendo-se que, por partes, como Jack,⁴¹ poderíamos resolver as inquietações que assolam a humanidade. Tais concepções reduzem o complexo ao simples, simplesmente pela dificuldade em lidar com a complexidade da qual emerge o mundo.

A ciência contemporânea, a partir de estudos da Física, Biologia Molecular, entre outros, mostra a importância da relação entre as partes. Buscando respeitar a totalidade, e considerando os diferentes pólos, caos – cosmos e desequilíbrio - equilíbrio são compreendidos como elementos dessa teia de relações em que se encontra o mundo, onde a complexidade é uma característica fundamental.

Percebe-se claramente que diversas teorias da administração tomam por paradigma a ciência moderna, não considerando a complexidade inerente a qualquer organização. Os conhecimentos acumulados dentro desta vertente mecanicista, predominantemente na área de Administração, ao longo dos anos, vêm esbarrando em determinados limites, ao se confrontarem com os desafios a serem enfrentados.

Na área da saúde, os gestores sentem os limites destas teorias na prática. Nas organizações de saúde, por exemplo, tenta-se moldar o modo de trabalho a uma fábrica. A administração dos Serviços de Saúde costuma ser primitiva em sua forma de conduzir processos, pois estes ocorrem, em geral, sem planejamento e sem controle na qualidade dos

⁴⁰ Boff, Leonardo. *A Águia e a galinha uma metáfora da condição humana*. 9ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997, p. 72.

⁴¹ Jack, o Estripador, legendário personagem da antiga Inglaterra que matava as suas vítimas, na maioria mulheres, com uma habilidade cirúrgica, as esquartejando. Por isso, há indícios dele ser médico da Rainha da Inglaterra.

produtos. Para Gastão Wagner (1992), o modelo gerencial predominante no Sistema Único de Saúde (SUS) tem baixa eficácia, encontrando dificuldades para atenuar a desigualdade distributiva inerente à lógica de mercado e dificuldades para universalizar-se⁴².

Ademais, a gestão em serviços de saúde costuma apresentar-se como uma prática clientelista e de favorecimentos, fruto de uma rotina hegemônica e histórica advinda do Estado e do poder econômico dominante. Cargos, principalmente os de direção, são tomados como objeto de barganha; por pressão de interesses corporativos, entre outros, são ocupados por “indicação” e não em função da competência profissional⁴³.

O tipo de administração em saúde predominante no Brasil foi sendo desenvolvido de forma diferente do modelo tradicional liberal norte-americano⁴⁴. Apesar disso, podemos identificar características de mercado, dentro dos serviços de saúde brasileiros. Na década de 40 – 50, incorporaram-se conceitos de Administração Científica à política nacional. Estas novidades, trazidas pela Fundação SESP e Escola de Saúde Pública da USP, no entanto, reforçaram a estrutura hierarquizada e de baixa motilidade gerencial da Saúde Pública⁴⁵.

⁴² CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde** São Paulo: Hucitec, 1992, p.110.

⁴³ DUSSAULT, Gilles, A Gestão dos serviços de saúde: características e exigências **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 10.

⁴⁴ O modelo liberal de administração de serviços de saúde é uma proposta desenvolvida e aplicada em países como EUA. Possui como componente o administrador, com formação em administração hospitalar. No Brasil, a adaptação causou certas iatrogenias no serviço, como o excessivo peso dado a burocracia.

⁴⁵ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**, São Paulo: Hucitec, 1991.

Além de desenvolver linhas teóricas que conseguissem um olhar diferenciado para os “detalhes”, a gerência em saúde deveria ainda superar três grandes desafios. Um primeiro é o modelo mercadológico determinando a lógica da saúde. O segundo seria uma tendência a ofertar serviços de saúde a custos baixos para a população carente⁴⁶. E por fim, o último refere-se a implementação de ações de saúde que não interessam ao mercado⁴⁷ e que tendem a ficar sob a responsabilidade da saúde pública mas sem a devida remuneração, como se saúde fosse realmente um nicho mercadológico em que as fatias fossem divididas e sobrasse a “pior”, o fardo mais pesado, para o setor público.

A reforma do modelo de gestão da área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos (1992), o modo de gerenciar a saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo para estímulo e criatividade e com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

⁴⁶ Exemplo são os programas de saúde da família, na sua essência são extremamente interessantes, mas a forma de aplicação e o seu fim é duvidoso. Outro exemplo é o programa de agentes comunitários. Ambos para serem implantados nos municípios recebem apoio financeiro extra. Ou seja, na atual crise de financiamento a probabilidade da incorporação destes programas nos municípios brasileiros, sem antes discutir criticamente sua implantação, é grande.

⁴⁷ Por ações de saúde que não interessam ao mercado, configuram as de alto custo, como atendimento emergencial, assistência à doentes mentais e portadores de doenças crônicas ou degenerativas. Apesar da nova lei pela qual as empresas de plano de saúde passam a ter obrigação de incorporar estes serviços e aceita clientes com doenças como AIDS, dois pontos ainda permanecem inalteráveis. Primeiro, na questão do custo para o cliente, que com certeza, será relativamente mais alto na mensalidade. E segundo, a lei não inclui a assistência a pacientes vítimas de acidentes, ou seja àqueles que necessitam de atendimento emergencial, este por ter custo elevado fica a critério do setor público.

A adoção deste ou daquele modelo administrativo e a avaliação se o mesmo serve positivamente ou negativamente vai depender muito do uso e dos interesses da classe que esteja dominando o setor no momento.

O processo mecânico e burocrático de gestão do hospital dificulta mudanças no seu interior. Grande parte do corpo de diretores está apenas preocupado em adaptar métodos e modos de trabalho tradicionais ao hospital. O que a Saúde Pública carece hoje ultrapassa o limite adaptativo e entra no campo da reforma, da invenção e sobretudo da sustentação das diretrizes do SUS.

O modo de administrar os serviços de saúde tornou-se, nos últimos anos, uma possibilidade concreta de construir uma nova forma de produzir saúde. Segundo Campos (1991), *“(...) a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical”*⁴⁸. Para o autor, a política é de grande importância na construção dessa nova prática, cuja gênese, na perspectiva de ampliar o modo de assistência e atenção em saúde, encontra-se na proposta da Reforma Sanitária e no repensar o Sistema de Saúde.

Apesar das discussões sobre administração de serviços de saúde ser matéria discutida nas escolas de Saúde Pública desde a década de 70, este é um assunto ainda “menino” na área. A gerência foi muito pouco desenvolvida no Brasil. Segundo Gastão Wagner (1990), o modelo de mercado adotado pela prática médica brasileira ganhou destaque e se tornou um dos responsáveis por essa “hipotrofia administrativa”.

⁴⁸ CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, São Paulo: Hucitec, 1991.

O exercício liberal da prestação de serviços e o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, acompanhado da política de Estado de compra de serviços, resultaram no atraso do desenvolvimento de tecnologias administrativas para este setor. De acordo com o mesmo autor, *“não se desenvolveu, dentro deste modelo, uma teoria de gestão específica para serviços de saúde; simplesmente foram incorporadas algumas noções da chamada Escola Clássica”*.⁴⁹

O predomínio das regras de mercado complementou o quadro de atraso, favorecendo interesses de determinadas classes profissionais e reproduzindo um modo de assistência quase que regulado exclusivamente pelo mercado e pela tendência médica.

Assim, todo conjunto sanitário de atenção a saúde no Brasil passa a ser financiado por esta lógica. Caracterizado por Gastão Wagner (1997) como modelo liberal-privatista, nele se destacam problemas na relação trabalhador-usuário. Este último se torna depositário de problemas de saúde; problemas que só terão solução de acordo com o que legitimar o saber médico hegemônico. Em conformidade com tais idéias, a definição de necessidade de saúde transformou-se em propriedade exclusiva de alguns profissionais⁵⁰.

A administração de serviços de saúde, não só no Brasil, mas em toda América Latina, sente falta de um arcabouço teórico. Em outros países, como os Estados Unidos da América, ocorre uma nítida separação entre a profissão de sanitário, a de administrador

⁴⁹ CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, **A Gestão Enquanto Componente Estratégico para a Implantação de um Sistema Público de Saúde**, texto apresentado no Seminário: Novas concepções em Administração e Desafios do SUS em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, Coordenação ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP/SP no período de 15 a 19 de outubro de 1990, p.04.

⁵⁰ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 230.

em saúde e as demais profissões que atuam nesta área. Ali, como reflexo da revolução industrial e do desenvolvimento tecnológico, um saber teórico sobre administração em saúde foi sendo conformado. Fruto destes diversos ganhos, a formação do administrador em saúde foi amalgamada sob o consenso de uma rede de interesses econômicos e políticos, e fortalecida pelo crescimento acelerado dos hospitais. Já a América Latina, afirma Kisil (1994), se encontra, conforme denomina Kuhn⁵¹, na fase pré-paradigmática da administração em saúde. A grande diversidade política e a escassez de conteúdo real para o desenvolvimento de uma ciência, dificultam, nesta região, a construção de métodos e soluções para os problemas enfrentados hoje pela gerência em saúde⁵².

Assim, no Brasil, a administração dos serviços de saúde tem sido exercida por outros profissionais que não o administrador. Estes dirigentes, embora em geral não sendo especialistas em administração, contam com a experiência na área de saúde e o conhecimento sobre as especificidades destas organizações. Exercem autoridade técnica garantida pelo aspecto social e legal. Geralmente estas funções de direção têm sido assumidas pelo profissional médico.

Muitas são as falhas administrativas demonstradas em nossas organizações. Neste sentido, Carvalhal (1981) lembra que *“a competência técnica não se faz necessariamente acompanhar pela competência gerencial indispensável à administração. Embora alguns gerentes, profissionais primários⁵³ a tenham inata.”*⁵⁴.

⁵¹ O desenvolvimento real do conhecimento se daria quando o paradigma corrente já não mais auxilia a solução dos problemas encontrados. Essa fase de buscas de alternativas é chamada por Kuhn de fase pré-paradigmática.

⁵² KISIL, Marcos, **Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, p. 07.

⁵³ Carvalhal entende por profissionais primários, aquelas profissões de origem na saúde, como enfermeiros, médicos etc.

⁵⁴ CARVALHAL, M.R.F. **Formação de administradores de saúde**. Rev. Adm. Pública, 15(1): 57-103, 1981, p. 78.

No Brasil, portanto, o modelo liberal-privatista praticamente criou para a área a figura do médico como administrador de hospitais, em geral, atendendo muito mais a interesses de classe do que propriamente ao usuário. Por outro lado, ao currículo do sanitarista, tem sido incorporada a noção da Administração Clássica com pequeno grau de atualização. No máximo, são introduzidas diretrizes de planejamento e programação, e a preocupação com recursos humanos de maneira geral (seleção treinamento, supervisão) - tudo no já mencionado padrão mecânico de produção. Dessa forma, houve pouco impacto gerencial sobre os resultados dos serviços de saúde. A cultura gerencial da Saúde Pública foi muito centrada no modelo *campanhista*, utilizando principalmente instrumentos e métodos de planejamento burocrático e normativo, incapazes de trabalhar as diversidades.

Nos anos 80, o convênio MEC-MPAS fortaleceu o setor público, com uma discussão de administração um pouco mais estruturada. Este foi também o período em que os antigos asilos passaram por profundas mudanças e transformações e começaram a ganhar as “honras” de se tornarem hospitais gerais. Eram idéias de um novo sistema de saúde que começavam a surgir na conjuntura nacional. Por outro lado, a discussão do papel dos hospitais, frente à rede de serviços, ganhava espaço, provocando transformações no parque hospitalar brasileiro.⁵⁵

Os anos 90 trazem a preocupação com o espaço hospitalar e, conseqüentemente, uma reflexão sobre uma prática diferenciada diante do Sistema Único de Saúde. O

⁵⁵ BARBOSA, Pedro Ribeiro Gestão em Saúde: Desafios dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde in *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*, São Paulo, Editorial, 1997, p. 144.

momento é de grande efervescência; afinal, para que a prática e o modelo de atenção à saúde sejam transformados, a lógica hospitocêntrica precisa ser revisitada.

É necessário ressaltar que as organizações de saúde possuem especificidades no processo de trabalho, na clientela e no produto. São instituições caracterizadas pelo fato do poder decisório quanto à administração e distribuição de recursos estar distribuído entre uma parcela importante dos profissionais operacionais - médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros. Estas organizações seriam, segundo Mintzberg (1995), pirâmides invertidas por concentrar o poder na base da organização.⁵⁶

São inúmeros os autores que teorizam sobre a estrutura e a forma do hospital. Mintzberg (1995) expressa sua visão de acordo com sete configurações, que, conforme o jogo de combinações, caracterizam os mais diferenciados tipos de organização. No caso da saúde, o estudo dos hospitais configura, por este olhar, uma organização do tipo profissional, embora o autor destaque que, em uma mesma organização, convivem todas as configurações⁵⁷.

As organizações do tipo profissional possuem, na sua base operacional, profissionais altamente especializados, onde de fato se dá o trabalho. A atividade desenvolvida possui alto grau de autonomia, garantindo, portanto, como dissemos, o poder na base da instituição. O controle e a coordenação das ações destes trabalhadores no interior dos hospitais torna-se, assim, bastante complexa. Neste sentido, os trabalhadores

⁵⁶ MINTZBERG, Henry *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*, São Paulo, Atlas, 1995, p. 194.

⁵⁷ Idem, *ibidem*, p. 199.

sofrem pouca ou nenhuma influência interna da administração quanto a seu modo de trabalho.

Os hospitais apresentam também uma área de apoio bem desenvolvida. São as atividades meio, entendidas por uma grande parcela dos profissionais da base operacional como sendo ações auxiliares e não parceiras. Este é um fator que interfere de forma contundente no atendimento ao usuário. Os profissionais da área meio disputam espaço dentro da organização hospitalar de maneira sutil, utilizando-se da parcela de poder que lhes é devida. Por exemplo, cortes nas solicitações de material por estes profissionais às vezes, sem dúvida, significam falta de conhecimento da real necessidade do serviço ou excesso de burocracia, mas não é raro se consubstancializar num dos meios utilizados para medir “forças” com os profissionais da área fim.

A instituição hospitalar tem objetivos que na maioria das vezes, diferem dos objetivos dos profissionais nela alocados; isto, aliado à pulverização interna do poder, faz com que as metas a serem alcançadas pelas corporações profissionais se sobreponham às metas institucionais. Este mesmo exercício de poder, que dificulta o alcance dos objetivos institucionais, agrega os trabalhadores em torno de interesses corporativos. O fim último da organização costuma pulverizar-se, nem sempre prevalecendo a necessidade de atenção ao usuário. Como destaca Lemos (1994), os grupos de especialistas internos à organização tendem a abordar os problemas de saúde a partir da visão especializada que adquiriram ao

longo de sua formação. Em função de suas especialidades, passam a ter verdadeiros sub-objetivos e buscam exclusividade os ganhos⁵⁸ dentro da instituição⁵⁹.

Em todas as escolas de gestão hospitalar, a complexidade de gerenciar/administrar estas unidades é reconhecida. Vale dizer que tal complexidade está ligada a pelo menos uma dimensão: organização do trabalho, com base em profissionais com grande autonomia em relação ao produzido.

Gastão Wagner (Campos, 1992; 1998) tem trabalhado com uma concepção distinta. Para este autor, a autonomia relativa dos médicos e de outros profissionais de saúde poderia representar uma vantagem que assegura qualidade ao trabalho clínico. Para tanto, ele critica as tentativas de se impor controle administrativo às equipes e sugere a instituição de modificações radicais no processo de trabalho, no sentido de definir claramente as responsabilidades de cada equipe por um conjunto de pacientes “equipes de referência”; Wagner advoga ainda a instituição de um novo método de gerência, que, ao invés de recomendar restrições à autonomia profissional, incorporaria médicos, enfermeiros e demais profissionais em um sistema de co-governo.

⁵⁸ Na maioria dos hospitais públicos, é comum grupos de profissionais unidos em prol de um determinado interesse, como, por exemplo, a compra de um determinado aparelho que servirá para pesquisa ou aperfeiçoamento profissional.

⁵⁹ LEMOS, Sheila **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde: o conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de clínicas básicas Raphael de Paula Souza**, Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, 1994, p. 78.

1.5 Profissionais

“Tome doutor essa tesoura e corte minha singularíssima pessoa”

Augusto dos Anjos

Circulam pelos corredores dos hospitais pessoas das mais variadas formações, exercendo tarefas que vão desde uma simples marcação de consulta - tarefa não menos importante - a um elaborado plano de assistência ao usuário. O trabalho desenvolvido é complexo, dividido e compartimentalizado como que em caixas hermeticamente fechadas. Dentro desta realidade, o profissional de saúde exerce sua autonomia e o seu poder é reconhecido e legitimado.

O hospital comporta trabalhadores de vários níveis de escolaridade. Contudo, já que vivemos em uma sociedade onde a valorização da mão de obra encontra-se na aferição intelectual, os trabalhadores de maior prestígio e valor social dentro da instituição são os de maior conhecimento acadêmico. Como em Asclépio e sua família, a subordinação entre as categorias que atuam no hospital e nos serviços de saúde é proporcional ao grau de conhecimento de cada uma delas sobre a cura das doenças. Em síntese, através do poder e do prestígio social, a graduação maior é conferida ao médico; aos demais profissionais, quanto mais próximos da cura, maior o reconhecimento e a legitimidade conferida pela sociedade.

A hermenêutica do conhecimento médico é exacerbada pela especialização e pelo conseqüentemente isolamento das tarefas, dificultando a constituição do trabalho em equipe. Portanto, os profissionais, não adquiriram na faculdade uma maior experiência para desenvolver atividades em conjunto com outras classes profissionais, se acomodando na condição de subordinados ou de subordinadores.

Para muitos profissionais de saúde que possuem uma prática solitária e estabelecem com o paciente⁶⁰ uma relação coisificante praticar assistência ou assistir em saúde são hoje sinônimos. Têm-se uma relação fundada no já descrito modelo dominante liberal-privatista⁶¹. O estilo de trabalho marcado pela troca, onde o profissional é o agente da ação mas não o sujeito efetivo, são os pressupostos deste tipo de modelo⁶². Além disso, estes trabalhadores atendem ao apelo do cuidar quando optam pela área, mas são consumidos ou tragados pela pressão e pela produtividade, sendo seduzidos pelas benesses do mercado, como os sacerdotes dos templos de Asclépio em busca de um maior número de seguidores.

Uma pergunta se faz: como retirá-los deste mar de alienação e burocratização em que estão inseridos? De que forma provocar a participação, a autonomia criativa e a responsabilidade, a fim de viabilizar-se uma gestão eficaz e democrática? Por um lado, a recomendação do SUS é muito clara no sentido de centrar as ações em programas interdisciplinares, em que os profissionais se relacionem em equipes. Por outro, tanto as

⁶⁰ Não é à toa que o termo “paciente” é empregado neste contexto. Quando este tipo de relação é estabelecida com o usuário do serviço de saúde, cabe apenas a este receber pacificamente a intervenção do profissional que supõe-se detentor do saber da cura.

⁶¹ O modelo liberal-privatista é caracterizado por Gastão Wagner (1991) como sendo a lógica mercadológica que, de maneira geral, move a prática médica favorecida por políticas públicas no âmbito da saúde.

⁶² MERHY, Emerson Elias. 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 (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. Hucitec: São Paulo, 1994, p. 123.

escolas tradicionais de administração, como a lógica de organização do trabalho em saúde, são pautadas pela departamentalização e pela disciplina como principal forma de gerenciar recursos humanos.⁶³

O modo compartimentalizado da estrutura dos serviços de saúde, em especial no hospital, e a relação comercializada entre profissional e usuário acabam por produzir, mesmo naqueles profissionais mais aderentes ao processo de trabalho vigente, uma grande insatisfação frente a sua profissão.

Não é raro ver no interior das instituições hospitalares disputas sobre a aquisição de máquinas e incorporação de tecnologias. Chega-se ao extremo de manter aparelhos fechados (sem uso), se determinado profissional está de férias ou impossibilitado de manuseá-los⁶⁴. Neste caso, acrescenta-se ao poder lúdico e de fetiche que a tecnologia exerce sobre os médicos, um mesmo tipo de fascínio e poder também sobre os demais profissionais e sobre o usuário dos serviços de saúde.

Os indivíduos, de maneira geral, que buscam os serviços de saúde o fazem na esperança de encontrar ações de acolhimento que resultem na diminuição do seu estado de sofrimento e num certo grau de autonomia que as torne capazes de lidar com os problemas de saúde⁶⁵. No entanto, as representações sobre o modo de entender as formas de se

⁶³ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Junho/novembro, 1997, p. 13 (Mimeo)

⁶⁴ Há, no entanto, alguns pontos a serem ressaltados. Tanto na situação de desconhecimento diante do manuseio de aparelhos, quanto na de completa restrição ao uso dos mesmos, é nitida a condição de fetiche vivida pelos profissionais de saúde.

⁶⁵ MERHY, Emerson Elias. 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. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. Hucitec: São Paulo, 1994, p. 120.

manter a saúde passam por pelo menos dois pólos; o do paciente, que representa o seu problema como uma necessidade de saúde e busca na relação com o profissional estabelecer um certo vínculo, e o daqueles que não consideram relevante estabelecer, com os profissionais, relações diferentes das relações impessoais vigentes. Estes buscam atendimento em diferentes serviços.

Para ambos os casos, tanto os serviços de saúde, quanto os profissionais não estão preparados para enfrentar tais situações. Os que buscam vínculo não o encontram, devido à forma e ao modo de produzir saúde centrado na lógica biológica e compartimentalizada. Já os que não o buscam, indicam a necessidade de atenção mais elaborada, visando a oferecer processos menos fracionados e mais integrais que impossibilitariam o entendimento sob outro aspecto.

Superar o sentimento de impotência dos profissionais diante das dificuldades dos sistemas de saúde é um grande desafio. Gastão Wagner (1997) tem sugerido estimular a relação equipe/pacientes sob um novo ângulo, sob a ótica da promoção de sujeitos, em que o envolvimento dos profissionais se daria tanto com o usuário, quanto com a instituição, promovendo um duplo vínculo. Aí sim, uma nova subjetividade profissional encontraria lugar⁶⁶. No caso específico da saúde há grandes entraves para a implantação desta lógica, já que as organizações de saúde possuem distorções no campo da gerência e da organização do processo de trabalho, que dificultam a promoção de vínculo entre os profissionais e as instituições.

⁶⁶ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde** São Paulo: Hucitec, 1992.

Com o reforço da mercantilização conferida à saúde e os baixos salários, os profissionais não só passam a ter duplas, triplas jornadas de trabalho, como seu vínculo com as organizações torna-se cada vez menor⁶⁷. Além disto, o atual modelo de atenção que valoriza apenas o aspecto biológico, fragmentando as pessoas, dificulta a transformação da cultura dominante entre os profissionais de saúde.

Tentando enfrentar estes e outros problemas apareceram novas formas de gerenciar em saúde, propostas que visam a responder à nova realidade que vem sendo objeto de estudo no setor saúde. Para tanto, utilizam métodos e instrumentos dinamizadores na administração dos serviços.

Hoje, a qualidade na assistência é uma demanda social crescente e fonte de muitas discussões no setor público. A otimização dos recursos também se destaca como preocupação dos dirigentes. Uma das recomendações é o fortalecimento da profissionalização no campo gerencial, a fim de buscar a construção de um modelo que contemple a saúde como um direito da sociedade.

Todos estes fatores articulam-se com as atuais modificações no cenário mundial e com as novas tendências do mercado de trabalho. Aponta-se para uma crise do capitalismo. Esse ponto de transição revela uma saturação na estrutura internacional, despontando mudanças na relação capital e trabalho. A nova organização do mercado não

⁶⁷ Já que a questão do compromisso não se dá somente em bases econômicas e sim por meio do entendimento do Ser como sujeito.

mais se baseia na teoria taylorista e fordista de fragmentação do processo de trabalho, na política salarial rígida ou na produção⁶⁸.

Frente às transformações, estas novas visões se opõem, em parte, à administração normativa vigente, caracterizando-se por novos conceitos delineados principalmente a partir de uma maior aproximação dos níveis hierárquicos no interior das empresas. A busca, agora, passa a ser por uma organização eficiente e produtiva, cujo pano de fundo é dado pela competitividade entre as áreas. Este é um dos requisitos básicos da modernização das organizações públicas e privadas, em função das alterações que ocorrem no contexto global da economia⁶⁹.

A modernização das instituições hospitalares no Brasil, a partir da incorporação das inovações tecnológicas dos equipamentos, deveria modificar a prática dos profissionais. O tempo despendido nas tarefas mecânicas do processo de trabalho em saúde seria reduzido. Entretanto, ao contrário, o que percebemos é um aprofundamento da alienação e uma exacerbação da disciplina e do poder dentro do hospital. O profissional se afasta cada vez mais da relação com o usuário.

Apesar das mudanças organizacionais e as inovações tecnológicas, a organização hospitalar mantém em seu processo de trabalho resquícios bem acentuados do modo de trabalho fragmentado e coercitivo dos antigos hospitais.

⁶⁸ DELUIZ, Neise "Formação Profissional no Brasil: Enfoques e Perspectivas". *Boletim Técnico do Senac*. V 19(1), Jan./Abr., 1993, p. 34 - 44.

⁶⁹ Idem., *ibidem*, p. 40.

Assim, apesar de tanto as escolas como a lógica de organização do trabalho em saúde serem pautadas na departamentalização e, como vimos na descrição de sua trajetória histórica, na busca por uma prática de mercado, inovações no sentido de promover espaços de troca e crescimento profissional têm surgido nos últimos anos. A organização hospitalar apresenta um ambiente diferenciado, dinâmico e processual, o que permite constantes modificações e ajustamentos em seu processo de trabalho. Aliado a isso, há uma gama de profissionais com valores, crenças, subjetividades e “pessoalidades”. Como sugere Gastão Wagner (1994), o envolvimento dos atores no processo de organização do trabalho e na descoberta do seu papel no todo produz sujeitos responsáveis e integrados na construção de uma saúde coletiva comprometida com o fim último dessa organização: o usuário.

1.6 Caráter público

As organizações públicas devem prestar atendimento à população, sem restrições. Apesar disso, encontram-se muito mais à mercê das condições externas, sociais e políticas do que organizações privadas. O seu funcionamento é regulado por mandatos oriundos do governo. Ou seja, os objetivos organizacionais e cargos de direção são fixados pelo meio externo (Estado) e os conflitos internos não são facilmente visualizados. O financiamento

é outro fator dependente das prioridades políticas governamentais⁷⁰. Dussult (1992), caracteriza as organizações públicas como “vulneráveis à política, no sentido geral do termo”⁷¹.

A centralização e a distorção burocrática conferem às organizações públicas certa dificuldade no andamento dos mais variados processos. É comum a idéia de oferecer “propina” para funcionários do serviço público agilizarem assuntos pendentes ou para diminuir a espera de determinados serviços, desviando, assim, a noção e a função de direito de cidadania. Tal padrão de funcionamento é copiado pelos demais órgãos públicos, ampliando e reproduzindo a “perversão” no atendimento.

O dever da prestação de serviços é uma condição posta para as organizações públicas, obrigação de atendimento inexistente no setor privado. A existência de tal condição permite que o cidadão não seja excluído do atendimento, mesmo que em alguns momentos este direito permaneça apenas como letra morta no interior da legislação competente. De qualquer maneira, a partir da Constituição Federal de 1988, não é mais possível ao serviço selecionar clientes. Para Dussalt (1992), “(...) o *dever de atendimento está habitualmente em contradição com a limitação dos recursos*” e “(...) *as organizações públicas não são submetidas às regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes*”⁷². No entanto, se produzir serviços ineficientes por si só já é alarmante, na área de saúde a gravidade é bem maior. Mas não é por estar dentro ou fora da lógica

⁷⁰ O programa político do atual Governo Federal, além de ter como prioridade a privatização, apresenta claros indícios da não opção pela área social, evidenciado pelos cortes orçamentários ocorridos nos últimos anos na área da educação, inclusive com corte ao apoio à pesquisa, resultando em uma das maiores crises das universidades públicas. (1998)

⁷¹ DUSSAULT, Gilles, “ A Gestão dos serviços de saúde: características e exigências” **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 08-19.

⁷² Idem, *ibidem*, p. 12.

mercadológica⁷³ que tais organizações estão fadadas à ineficiência, outros fatores, como gerência e condução política, estão relacionados.

A centralização na administração pública e a burocratização exercem um forte impacto sobre o desempenho dessas instituições, sobretudo a nível local, quando a autonomia destas unidades se torna alvo fácil da barganha política. Infelizmente, a governabilidade limitada é marca registrada, e a racionalidade, a eficiência e o compromisso com o usuário do serviço nem sempre orientam as decisões no interior das organizações públicas.

⁷³ Não estar na lógica do mercado pela legislação é um fato. No entanto, a omissão que cerca as organizações públicas, e permissividade concedida a empresas privadas poderia ser uma forma de estar no mercado.

Referências Bibliográficas

- ABREU, Bergamini A. Novas reflexões sobre a evolução da teoria administrativa: os quatro movimentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, 16(4): 39-52 out/dez. 1982
- BARBOSA, Pedro Ribeiro. **O processo de desenvolvimento de sistema de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes, considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública, 1995.
- _____. **Gestão em Saúde: Desafios dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde**. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997, 143 – 162 p.
- BOFF, Leonardo. **A Águia e a galinha uma metáfora da condição humana**. 9ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.
- BRAGA NETO, Francisco Campos. **Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os Modelos de Gestão Descentralizados e por Linhas de Produção**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994
- BROWN, P. **Florence Nightingale** Coleção Personagens que Mudaram o Mundo. Rio de Janeiro: Globo, 1988.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Gestão Enquanto Componente Estratégico para a Implantação de um Sistema Público de Saúde**, texto apresentado no Seminário: Novas concepções em Administração e Desafios do SUS em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, Coordenação ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP/SP no período de 15 a 19 de outubro de 1990.

_____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**, São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde** São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, 229 – 266p.

CARVALHAL, M.R.F. Formação de administradores de saúde. **Revista de Administração Pública**, 15(1): 57-103, 1981.

DUSSAULT, Gilles, “ A Gestão dos serviços de saúde: características e exigências” **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., p 08-19, 1992.

ETIZIONI, Amitai **Organizações Modernas**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1987

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 10ª. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 195p.

GERMANO, R.M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

KISIL, Marcos, **Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 70p.

LEMOS, Sheila **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde: o conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de clínicas básicas Raphael de Paula Souza**, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: EBAP/FGV, 1994.

METCAL, F. H. & URWICK, L. Introduction. In. **FOLLETT, Mary Parker Dynamic Administration The collected papers of Mary Parker Follet**. N. York: Henry Metcalf & L. Urwick, Harper and Brothers, 1940.

- MERHY, Emerson Elias. 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 (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINTZBERG, Henry **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**, São Paulo: Atlas, 1995, 304 p.
- PIZZA, W. J Tempo nas organizações, **Revista Brasileira de Administração**, Rio de Janeiro: 31 (1): 4 - 16. Jan/Fev. 1997
- RAMOS, Alberto Guerreiro. A modernização em nova perspectiva: Em busca do modelo da possibilidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: 17(1): 5-31, 1983.
- RIBEIRO, P.H. **O Hospital: História e Crise** São Paulo: Cortez, 1993
- WAHRLICH, Beatriz M. de Souza **Uma Análise das Teorias de Organização**, 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972, 180p.

“Nem na arte existiria criatividade se não pudéssemos encarar o fazer artístico como trabalho, como um fazer intencional produtivo e necessário que amplia em nós a capacidade de viver.”

Fayga Ostrower

Capítulo 2

Sobre o Ser Sujeito

2.1 A conjuntura individualista

Em toda história da civilização humana, sem levar em consideração a época da Revolução Francesa, nunca o indivíduo ocupou tanto lugar de destaque e foi motivo de tamanha preocupação social como hoje. A sociedade contemporânea vive em meio ao massificador “rolo compressor” do individualismo e à transformação do cidadão em grande herói detentor de poder de criação ilimitado. E, nas discussões, é colocada em baixa a questão do coletivo e da solidariedade, apesar do discurso vigente ser carregado de cooperação e ajuda mútua.

Assistimos a mudanças drásticas que abalam conceitos já estruturados e consolidados; e a tecnologia cada vez mais avança, a princípio, no sentido de oferecer melhores condições de vida. No entanto, contraditoriamente e apesar de tantos investimentos positivos, países inteiros estão sendo massacrados com a justificativa teatral da modernidade, tendo como pano de fundo a busca desenfreada pelo capital e pela manutenção do poder.

Enfim, esta forma de encarar o mundo tem se expandido para todos os “cantos”, exacerbando o exercício da individualidade e inspirando, como conseqüência, o espírito competitivo. A bandeira do individualismo assume lugar de destaque e reconhecimento social como algo que faz parte da nova “ordem mundial”. Das várias justificativas empregadas, a idéia de que o planeta não suporta, ou não suportaria, tanta gente é bastante presente. A solução “sugerida” para esta “situação” é seletiva e classifica as pessoas em

classes e, de acordo com a posição que ocuparem, garante-lhes mais ou menos “direitos” a vida.

Como fazer? A resposta vem pelas vias do que a psicologia tem de mais retrógrado: a culpabilização da própria vítima. Nada melhor do que eliminar a culpa social, imputando a responsabilidade da “seleção natural” ao “insucesso” de determinados indivíduos. Aquele que não consegue estudar ou trabalhar é porque não se esforçou o suficiente, eximindo a sociedade que reduziu seu espectro social¹.

Nessa perspectiva, são construídas, principalmente no mundo do trabalho - *Locus* onde fica mais claro a disputa de poder e de mercado -, teorias com discurso aparentemente fundamentado em ações coletivas e solidárias. Seguindo a ideologia que reina soberana e se quer homogênea, a administração vem apresentando grandes inovações no campo das estratégias e dos meios de controlar a força de trabalho. Sustentadas na crença da liberdade, potência e capacidade de criação do homem, são criadas metodologias que vendem fórmulas mirabolantes para o sucesso. Ser “potente” e/ou “capaz de criar” são uns dos principais *slogans* utilizados na atração e conquista de adeptos dessa linha de pensamento. E o homem, em sua essência, é “pescado” pelas organizações com esse argumento, sendo aprisionado entre as grades sutis das empresas e do mundo do trabalho².

¹ ENRIQUEZ, Eugéne O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.37, n. 1, p. 18-29 Jan./Mar 1997, p. 18.

² *Idem*, *ibidem*, p.21.

2.2 Por de trás das grades sutis

No sentido de entender os várias estruturas que compõem uma organização, Enriquez (1976), em seu estudo sobre "*Evaluation des hommes et structures d'organisation*", considera três tipos de estruturas: carismáticas, burocráticas e cooperativas, podendo esta última ser subdividida em democrática e tecnocrática.

Certas formas estruturais apresentam deliberadamente linhas de confusão na definição do seu exercício. É o caso da estrutura cooperativa, que mantém vinculadas ao discurso "cooperativo", como principal bandeira, ações de participação e a presença do espírito em equipe. No entanto, a realidade de sua aplicação prática é antagônica à concepção cooperativa. Elementos de estimulação da competição são reconhecidos no interior de organizações que optam por ter uma "gerência participativa", desvirtuando o real sentido do termo. Têm-se novas formas sociais pautadas no individualismo, caracterizando, na verdade, uma estrutura completamente competitiva e individualista, onde participação só é encontrada no nome³.

Nos últimos anos, as teorias e as inovações gerenciais no campo da estrutura tecnocrática, além da marca do individualismo, têm sido cercadas de crenças ilimitadas acerca da racionalidade. Problemas relevantes seriam os de ordem quantificável, não se considerando as outras dimensões e outros atravessamentos complexos que fazem parte da realidade institucional, como por exemplo, os de ordem política.

Já que a razão prevaleceria sempre, tudo poderia ser controlado, inclusive áreas de incerteza. Acredita-se que o mercado disponha de teorias matemáticas para as decisões. Novos “jogos controladores” são lançados nesse mercado ávido pelo controle. Assim, por meio da fantasia do controle tem-se a sensação do controle total, inclusive do que ainda está por vir: o desconhecido é algo que se teme e, portanto, deveria ser dominado. Dessa forma, as pessoas experientes nessa área ditam modos de pensar e de agir, como massa que se moldará em regras de como fazer funcionar uma empresa.

Nesse ponto, a estrutura das empresas conforma uma progressão rumo ao individualismo, entre outras características. Segundo Enriquez (1997), estamos diante de uma estrutura estratégica que mantém traços da estrutura cooperativa, como a participação e o espírito de equipe. A estrutura estratégica surge com idéias antagônicas à estrutura tecnocrática. A principal é a de que existe um mundo hipercomplexo ao redor das empresas que, se não se afina com a razão pura e simples, muito menos se ajustará a planejamentos a longo prazo. Logo, nas estruturas estratégicas há uma substituição do planejamento pela estratégia, incorporando a impossibilidade de apreensão total. Começam a florescer teorias que consideram as circunstâncias e os parceiros, e surge a opinião de que todos planejam e, portanto, todos formulam estratégias⁴.

Nessa linha, as empresas precisam de profissionais que pensem e tenham ações rápidas, sejam bons jogadores. E mais: que sejam incorporados a essas estruturas modos de previsão do desconhecido. Muitas empresas passam a utilizar-se de cartomantes,

³ Idem, *ibidem*, p. 19.

⁴ Idem, *ibidem*, p. 22

adivinhos e da astrologia para garantir o sucesso da empresa, incluindo-se aí a seleção de funcionários. Tudo isso dentro de um suposto clima de ajuda mútua.

A exigência para ser um bom gerente hoje é colocada, como já dissemos, em contradição ao verdadeiro espírito de equipe, contagiando, com o sentido de sua racionalidade, uma boa parte dos conceitos e das teorias sobre administração. Ser dirigente, na atualidade, consiste na aprovação de diferentes testes, entre os quais habilidades físicas, todos com o objetivo de explorar a razão e de apreender do sujeito. Métodos psicossociológicos são incorporados a estágios esportivos: é necessário preparar o físico e a mente para estar apto a participar do mundo “selvagem” dos negócios. A flexibilidade do mundo do trabalho, além do agir estratégico, exigiria criatividade e sedução como principais armas. O inimigo não é mais “eliminado”, como na estrutura tecnocrática, ele é apenas neutralizado, imobilizado, pois poderá “servir” um pouco mais adiante⁵.

O uso de planos K⁶ é uma ótima opção nestes jogos em que a subjetividade e o sentimento devam ser capturados e revestidos de uma capa de frieza. Os empresários aprendem a ser grandes matadores: frios, calculistas e, acima de tudo, sedutores. Elementos como aparência e eloquência são valorizados e utilizados como estratégias no jogo da sedução dos negócios.

A estrutura estratégica cria diversas armadilhas e a mais notável é a de ser fiel à empresa. As empresas tendem a selecionar para seu quadro de pessoal pessoas cujos

⁵ Idem, *ibidem*, p. 25.

⁶ Planos K, segundo Carlos Mattus, criador do “planejamento estratégico situacional”, são ações elaboradas para distrair o inimigo daquilo a que na realidade se deseja alcançar.

comportamentos ou já são adequados ao seu “estilo”, ou podem vir a ser transformados por meio de treinamentos. O destaque, conforme mencionamos, fica por conta da eloquência e da sedução. Para tanto, artifícios como a boa aparência (vestuário) são utilizados, dando um ar mais teatral, em que o ator coadjuvante é o individualismo⁷.

A ética de Max Weber não tem vez na atual conjuntura administrativa, e, portanto, as ações não podem ter fundamento ético algum. Vale o mais esperto, o mais sedutor, e a capa de estar trabalhando em equipe. A competição segue dentro e fora dessas estruturas. Sade dizia que “o repouso das paixões é a dormência da sensibilidade”. Desta maneira, com a sensibilidade adormecida, no capitalismo sem ética o que é valorizado é a performance pela performance.

No geral, se a teatralidade é um ponto muito explorado, a erotização é trabalhada em conjunto com a comunicação. Ocorre sedução sutil das equipes: como coloca Enriquez (1997), como “um estupro psíquico”, com a justificativa da cooperação, a comunicação é utilizada como forma de exprimir desejos e aumentar o abismo individualista, surgindo por trás das grades da prisão cooperativa da subjetividade. Tanto se seduz e se coloca o homem sob o chicote da flexibilidade com vistas a grandes conquistas, que, no fundo, o que se alcança é efêmero e tolhe a criatividade e a liberdade humana⁸.

Então, uma pergunta é posta na ordem do dia: como trabalhar em equipe? Se, por um lado, temos o processo de trabalho em saúde calcado na produção manual e em equipes e, por outro, temos um mundo construído sobre alicerces individualistas e provocando a

⁷ Idem, *ibidem*, p. 24

⁸ Idem, *ibidem*, p 25- 27.

alienação e a competitividade entre as pessoas, como sair e buscar novos espaços onde a produção não se dê apenas com o objetivo de matar e destruir o outro, mas sim de construir junto com o outro?

2.3 Respeitando a subjetividade

O ser humano é dotado de diferentes sentimentos. É um ser complexo que se distingue dos demais animais pela capacidade de raciocinar e de abstrair a realidade. Com esta capacidade, pode criar e inventar máquinas, ferramentas e materiais que, de forma geral, o auxiliam nas modificações da natureza e do meio onde vive em benefício próprio. Outra característica marcante no ser humano é o desejo; diferente de outros animais, a espécie humana deseja não apenas pela sua sobrevivência, mas pelo prazer que proporciona o objeto desejado. O homem é um ser desejoso⁹.

Diferente do desejo, a necessidade surge na busca por algo que faz falta, do ponto de vista da sobrevivência e do pragmatismo da vida material. Portanto, diferenciar e separar desejo de necessidade é algo complexo e com limites tênues, como o é o próprio ser humano

⁹ GUATTARI, Felix. *As três ecologias*. Rio de Janeiro: Papirus, 1990.

A atividade humana é livre, já dizia Marx, o homem é um ser dotado de “liberdade”, diferentemente do animal. Enquanto aquele é capaz de ações que passam por decisões constantes, os demais animais agem por instinto. É justamente o ato de produzir o momento de maior liberdade do homem. O instante de criação é o da extrema liberdade.

Por meio do trabalho, num movimento realizado para dominar a realidade objetiva, o homem se apropria do objeto e se afirma como sujeito. Assim, modifica a si próprio enquanto modifica o mundo a sua volta. Segundo Leon Battista Alberti: “o ser humano não nasceu para apodrecer deitado, mas para fazer coisas”¹⁰

Neste processo, é por meio da fala que o ser humano constrói externamente as ações delimitadas internamente, dando-as consistência e adicionando-as subjetividade. A “linguagem” é, na realidade, uma multiplicidade de fatos mais ou menos coerentes e coordenados. No extremo limite, pode-se dizer que todo ser falante tem uma linguagem pessoal e própria, isto é, um modo pessoal de pensar e de sentir¹¹.

¹⁰ KONDER, L. *O Futuro da Filosofia da Práxis*. Paz e Terra, São Paulo, 1992, p.99.

¹¹ GRAMSCI, Antônio, *Concepção Dialética da História*, 7ª ed. São Paulo: Editora Civilização Brasileira S. A., 1987, p. 33.

Referências Bibliográficas

GRAMSCI, Antônio, **Concepção Dialética da História**, 7ª ed. São Paulo: Editora Civilização Brasileira S. A , 1987,

ENRIQUEZ, Eugéne O Indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.37, n. 1, p. 18-29 Jan./Mar 1997.

GUATTARI, Felix. **As três ecologias**. Rio de Janeiro: Papyrus, 1990

KONDER, L. **O Futuro da Filosofia da Práxis**. São Paulo: Paz e Terra, 1992

"Uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões"

Minayo, 1993.

Capítulo 3

MÉTODO DE TRABALHO

3.1 A escolha do caso

O contato inicial com a experiência desenvolvida no Hospital Público Regional de Betim, bem como uma série de outros hospitais e sistemas locais de saúde em que o Laboratório de Planejamento e Gestão em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (LAPA/UNICAMP) prestou assessoria, se deu por meio de discussões científicas sobre modelo gerencial no decorrer da residência da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Esta discussão preliminar ofereceu fortes indicações de que o modelo construído na tese de doutorado de Gastão Wagner de Sousa Campos começava a se delinear como experiência modelar de mudança organizacional, pioneira na busca por uma gestão colegiada e por qualidade das ações em saúde.

Posteriormente, a aprovação no curso de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, possibilitou contatos pessoais com o criador da proposta e com o grupo de assessores do Laboratório de Planejamento de Administração em Saúde (LAPA/UNICAMP), permitindo uma maior aproximação e conhecimento de elementos e serviços onde a proposta fora implantada.

A opção final pelo estudo no Hospital Público Regional de Betim (HPRB)¹ foi pautada nos seguintes pontos:

- HPRB é uma organização pública de saúde na qual vem se desenvolvendo desde sua fundação um novo modelo gerencial. A experiência poderia nos oferecer interessantes elementos empíricos, capazes de contribuir na análise de mudança das organizações de saúde.
- O modelo gerencial implantado teve por base os seguintes princípios: a opção de ser uma unidade de saúde, como todas as demais da rede de serviços de Betim; gestão colegiada; processamento sistemático do processo de trabalho por cada equipe; ênfase na descentralização e autonomia das unidades de produção e comunicação lateral. A observação destes princípios já apontava para algumas diferenças e concepções do modelo tradicional de gerenciar serviços de saúde.
- O fato de ser o HPRB uma instituição hospitalar, isto é, de grande complexidade no desenvolvimento de suas ações e que hoje representa um elemento chave na organização do sistema de saúde.
- O contato com os profissionais de saúde do HPRB e com a diretoria do hospital, foi extremamente fecundo no sentido de garantir a abertura e o apoio necessários ao desenvolvimento da pesquisa.

¹ De agora em diante utilizaremos apenas a abreviatura do Hospital Público Regional de Betim (HPRB)

3.2 O estudo de caso

A estrutura de estudo de caso foi adotada como método de pesquisa social empírica. Campomar (1991), citando YIN define esse método como *“uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas, dentro da situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas”*².

O estudo de caso pretende a análise intensiva de um número relativamente pequeno de situações. Às vezes, apenas um aspecto será focado, objetivando, mesmo assim, contribuir teoricamente para certo campo de conhecimento. Assim, enfatizam-se a descrição e o relacionamento entre os fatores de cada situação, elegendo a análise qualitativa dos dados³.

A análise qualitativa fundamenta-se em dados resultantes das interações interpessoais. Por meio da co-participação do pesquisador é que se tornam viáveis a análise, a compreensão e as interpretações, ao contrário da análise quantitativa, onde o pesquisador descreve, explica e prediz a mensuração de variáveis preestabelecidas. Na análise qualitativa, podem-se descobrir relações que não seriam encontradas de outra forma.

² CAMPOMAR, Marcos C. Do Uso de “Estudo de Caso” em Pesquisas para Dissertações e Teses em Administração. In. **Revista de Administração**, São Paulo: julho/setembro, 1991, vol. 26, n.º 3, p. 96.

³ Idem, *ibidem*, p.97

Ao optar por um estudo de caso, o pesquisador deve observar quatro fases que, segundo Gil (1987), são elementares. A primeira é a delimitação da unidade, do objeto a ser estudado. A segunda, o levantamento dos dados, base para as etapas de análise e interpretação, que constituem a terceira fase. E, por último, temos a redação do relatório. Esta lógica exige uma dedicação extrema do pesquisador em explorar profundamente o caso⁴.

3.3 Estruturação do estudo

Para o estudo, foram eleitas três estratégias básicas de investigação: o levantamento documental, a observação e a entrevista. Vejamos cada uma destas estratégias detalhadamente.

a) Levantamento documental visou agrupar os documentos e os registros que possibilitem a reconstituição histórica do processo de implantação e dos objetivos do modelo gerencial. Incluiu ainda a recuperação do contexto do seu desenvolvimento e, por fim, a investigação de alguns elementos concretos da experiência.

⁴ GIL, Antônio C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987. P 121

b) Observação: Como forma de abordagem sistematizada, realizaram-se observações diretas do campo de investigação. Esse procedimento não se guiou por roteiro específico, e sim por um instrumento para registrar a coleta de informações: o diário de campo. Contudo, foram privilegiados, no decorrer do estudo, determinados espaços institucionais de relevância, tais como reuniões ordinárias do colegiado de gerência, conversas informais durante as visitas às unidades do hospital e outros eventos que ocorreram durante o período de trabalho de campo.

c) – Entrevistas: foram direcionadas a determinados grupos (gerentes das unidades de trabalho, membros da assessoria, direção do hospital e técnicos de nível universitário). Buscou-se compreender a visão destes atores sobre questões relacionadas ao processo de trabalho, na linha de avaliação, controle, responsabilização e dinâmica do sistema gerencial implantado na organização.

A técnica de entrevista, segundo Minayo (1992), pode ser dividida em dois tipos, estruturadas e não estruturadas, sendo que modalidades intermediárias podem ser diferenciadas em função do grau de direcionamento das questões levantadas. Este estudo optou por entrevistas não estruturadas com base em um roteiro, possibilitando ao entrevistado discorrer livremente, sobre cada questão, dentro de seu próprio contexto⁵.

Ainda sobre as entrevistas, estas foram realizadas pautadas na técnica de análise temática: modalidade da pesquisa qualitativa. Esta técnica é destacada por Minayo (1992)

⁵ MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento** (pesquisa qualitativa em saúde) São Paulo: Hucitec, 1993, p.109.

“por buscar núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”⁶.

3.4 Categorias de análise

A pesquisa foi iniciada com o estudo sobre a construção teórica de Gastão Wagner, isto é, as concepções que o autor trabalhou para a construção do modelo de gestão. Esta sistematização, apresentada no capítulo cinco reunindo elementos conceituais importantes, delineou o quadro teórico de referência e permitiu derivar as categorias analíticas chaves.

Assim, foram definidos como referência principal de análise os conceitos de gestão colegiada e vínculo que constituem, no modelo de gestão democrática do trabalho em equipe, as regras básicas da dinâmica de sua implantação no HPRB.

Gestão colegiada. Como alternativa ao autoritarismo presente nos serviços de saúde, a gestão colegiada é utilizada pelo modelo sugerido por Gastão Wagner para assegurar a participação dos profissionais. Os atores agem como negociadores dentro e fora da organização. Um dos objetivos do colegiado é promover uma relação prazerosa com o trabalho e superar a alienação do trabalhador⁷.

⁶ Idem, ibidem, p. 110

⁷ Campos, Gastão W. de S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde** São Paulo: Hucitec, 1992, p. 163

O vínculo refere-se ao envolvimento das equipes com usuário. Definir uma equipe responsável por cada usuário é um dos objetivos perseguidos pelo projeto original. O vínculo propicia maior controle do usuário e da gerência sobre os técnicos, promove a explicitação do grau de compromisso e de competência do trabalhador, e contribui para aumentar a eficácia do trabalho clínico e de reabilitação.

À medida que a distância entre teoria e prática foram sendo reduzidas com o trabalho de campo, duas novas categorias de análise foram se conformando: “grupo sujeito e caráter público”. O primeiro conceito refere-se a possibilidade de desalienação dos profissionais de saúde e de como são constituídos grupos sujeitos no interior da organização. O último conceito se expressa profundamente nos princípios de participação do usuário na dinâmica do sistema de gestão, veiculada pelo entendimento de um serviço público.

3.5 O trabalho de campo

Foram realizadas três visitas ao HPRB, com duração de quatro dias. Durante a primeira visita conheci o hospital, participei da reunião do colegiado do hospital e realizamos entrevistas com gerentes de unidades e assistentes de direção. Na segunda, observamos o cotidiano de uma unidade de produção e realizei entrevistas com o diretor e com assessores da primeira gestão.

Na terceira e última visita analisei os seguintes documentos:

- Proposta original do modelo de gestão do HPRB;
- Planilhas de implantação do modelo desenhada pelas equipes de saúde;
- Atas das reuniões do colegiado do hospital;
- Relatórios sobre a produção do hospital;
- Boletins produzidos pela assessoria de imprensa da Secretaria Municipal de Saúde de Betim;
- Planilhas iniciais de custo.

Foram realizadas as seguintes entrevistas: com o assessor do LAPA à época da implantação do modelo / assistente atual / com o assistente da direção anterior / com a direção atual / com a direção que fundou o hospital / com gerente de unidade de produção. Quanto a formação profissional os entrevistados encontram-se distribuídos da seguinte forma:

<i>Entrevistados</i>	<i>Formação</i>
<i>Assistentes de direção</i>	<i>Enfermeiro 1</i>
<i>Assessor</i>	<i>Médico 1</i>
<i>Diretor</i>	<i>Médico</i>
<i>Gerente de Unidade de Produção</i>	

Devemos ressaltar que os entrevistados apresentam diferenças de acordo com a sua inserção no interior da organização, e portanto, há variação a ênfase a determinadas respostas.

3.6 Análise

O levantamento bibliográfico, juntamente com as entrevistas, permitiu construir as categorias eleitas para o trabalho. Algumas análises se deram a partir da pesquisa bibliográfica, outras surgiram à medida que o trabalho de campo ganhava corpo. Quanto às análises, Minayo (1993) levanta três pontos que podem se tornar verdadeiras armadilhas no caminho do pesquisador: o *“perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador”*, pela qual por vezes o pesquisador se deixa seduzir; *“a magia dos métodos e das técnicas”*; e, por último, *“a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo”*.⁸

De acordo com o modelo, decidimos apresentar algumas referências para delinear as categorias analíticas empregadas como peças chaves do desenho metodológico.

Quanto à satisfação do usuário, esta não foi enfocada. Optamos por trabalhar com o vínculo, já que, por muito tempo, a população só dispunha de hospitais privados e de

⁸ Idem, *ibidem*, p. 112

pouquíssimos postos de saúde. Após a inauguração, o HPRB passa a ser o único hospital público daquela região. Acreditamos que uma análise desse contexto propiciaria uma viés sobre a realidade.

Vale ressaltar que o método de trabalho concebido, juntamente com os instrumentos usados neste estudo, não são lineares. De certa forma, o conjunto de procedimentos utilizados consegue penetrar no objeto e provocar uma transformação sutil no pesquisador e nos sujeitos envolvidos. Há, porém, de se considerar as limitações de qualquer processo metodológico; a começar pelo recorte do objeto.

Referências Bibliográficas

CAMPOMAR, Marcos C. Do Uso de “Estudo de Caso” em Pesquisas para Dissertações e Teses em Administração. In. **Revista de Administração**, São Paulo: julho/setembro, 1991, vol. 26, n.º 3

GIL, Antônio C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento** (pesquisa qualitativa em saúde) São Paulo: Hucitec, 1992

“As resistências, principalmente quando são teimosas, merecem ser levadas em consideração. Muitas vezes têm sentido de advertência que não pode ser ignorado.”

C.G. Jung

Capítulo 4

Um novo modelo gerencial

4.1 Gestão colegiada centrada em equipes de saúde

Gestão colegiada, ou gestão democrática do trabalho em equipe, é um método proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos (1992) que emergiu em meio às discussões da Reforma Sanitária e durante uma experiência de gestão na Secretária de Saúde de Campinas. Foi desenvolvido baseado no estoque de conhecimentos do autor, ou seja, num determinado corpo de teorias e na experiência prática de gerência na área de saúde. De forma geral, o modelo é expresso como:

- a) Horizontalização do organograma, com ênfase na gestão colegiada;
- b) Reorganização das práticas profissionais, com a criação de “unidade de produção” com composição multiprofissional, em substituição aos tradicionais serviços de enfermagem, corpo clínico, etc;
- c) Reorganização da assistência hospitalar, segundo o modelo de atenção centrado no acolhimento, no vínculo/responsabilização profissional e na participação do usuário com ações centradas no paciente.¹

O sujeito é um dos pilares que sustentam o modelo e o seu papel é resgatado como algo que a “ciência pós-moderna” pensara estar esquecido ou impossível de ser

¹ CAMPOS, Gastão W.S., **A Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. & CAMPOS, Gastão W.S. – O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4 1998, p. 63-70.

encontrado: o caráter humano. Este é expresso através da subjetividade e do potencial criador dos profissionais de saúde.

Na busca por algo novo, o modelo em questão rompe com alguns paradigmas. Segundo Kuhn (1975), cada paradigma dominante terá convivido com o paradigma “deslocado” e estará convivendo com outro “em emergência”². Com efeito, um paradigma novo pode ser recebido com hostilidade por afetar o sentimento de segurança das pessoas em relação ao conhecimento do mundo e de si mesmos. No entanto, o novo surge de velhas formulações, combinações e discussões. Em nosso caso, o novo é a alternativa a uma tradição autoritária burocrática.

O paradigma mecanicista, dominante ainda nos dias atuais, permite uma visão do mundo como um grande sistema mecânico, em que seria legítimo o projeto de controle entre os homens. A noção de controle tornou-se a base para muitos pensamentos, dentre eles os pensamentos taylorista e fordista, nos quais umas das características é a linearidade como certeza de que “algo dá certo”. Outra característica é o predomínio do pensamento racional, separando aqueles que pensam daqueles que fazem. Como nas fábricas, reduz-se o todo a partes, e se esquece de algumas delas. A razão é sobreposta ao ser.

Capra (1982)³, localiza a gênese dessa suposição mecanicista na fragmentação que orienta muitos pensamentos da atualidade. Deixou-se de considerar o relacionamento entre as partes e de cada parte com o todo, já que este, segundo o autor, tem sido considerado uma mera justaposição das partes. Assim, a fragmentação resultante é departamentalizada,

² KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectivas, 1975

³ CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cutrix, 1982.

impossibilitando o conhecimento complexo, que pode dar conta dos vários problemas que nos afligem.

O controle esbarra na questão ética da interpretação e dos favorecimentos pessoais, apesar de os cientistas argumentarem sobre a neutralidade do mesmo. A tradição é interrompida com a incorporação da interpretação humana, onde o entendimento da participação ativa do indivíduo na criação é a gênese da própria existência⁴.

Ao romper com o eixo taylorista, o modelo de gestão colegiada altera a fragmentação mecânica, delegando maior autonomia para as equipes de saúde e maior responsabilidade no sentido de entender o todo. Como sugere Guattari⁵ (1990), trabalha-se na lógica de produção de sujeitos responsáveis e envolvidos nas ações e processos da organização, buscando alcançar algo há muito esquecido por diversas teorias centradas no paradigma mecanicista, a **democracia direta**.

Como objetivo primário das unidades de saúde, o desafio é assegurar a produção da saúde em todos os momentos, porém de forma não linear; estimula-se a capacidade de reflexão dos trabalhadores, ampliando a capacidade de co-gestão⁶. Na prática, o modelo engloba, dentro da perspectiva democrática, a construção de sujeitos na visão do todo. Os saberes do movimento sanitário, da saúde mental e do planejamento estratégico giram de forma a possibilitar esta participação.

⁴ CAMPOS, Anna Maria. Contribuição para o resgate da relevância do conhecimento para a administração. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 7 (2): 105-127, 1997

⁵ GUATTARI, Felix. *As três ecologias*. Rio de Janeiro: Papyrus, 1990.

⁶ Por "co-gestão", entende-se todos decidindo em negociação permanente, o gerenciar junto, coletivamente. Nesta não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativo e relacionado com outros graus de poder e dominação. É a antítese da atenção gerenciada, onde o poder decisório é retirado do profissional.

Contrário à departamentalização taylorista e à arrogância cognitiva⁷, a primeira inovação proposta é a modificação no organograma. A indicação é a de seguir o processo de trabalho. As pessoas envolvidas com o mesmo tipo de ação comporiam uma equipe multiprofissional, uma “unidade de produção”, com a ressalva do autor para que o número de unidades da área “meio”⁸ não ultrapasse o da área assistencial ou fim. Dessa forma, o organograma torna-se horizontal, não havendo mais a linha de mando hierárquicas. É importante ressaltar que a composição das unidades, ou seja, o número de tarefas desenvolvidas, é objeto de discussão do conjunto, dando início à gestão participativa.



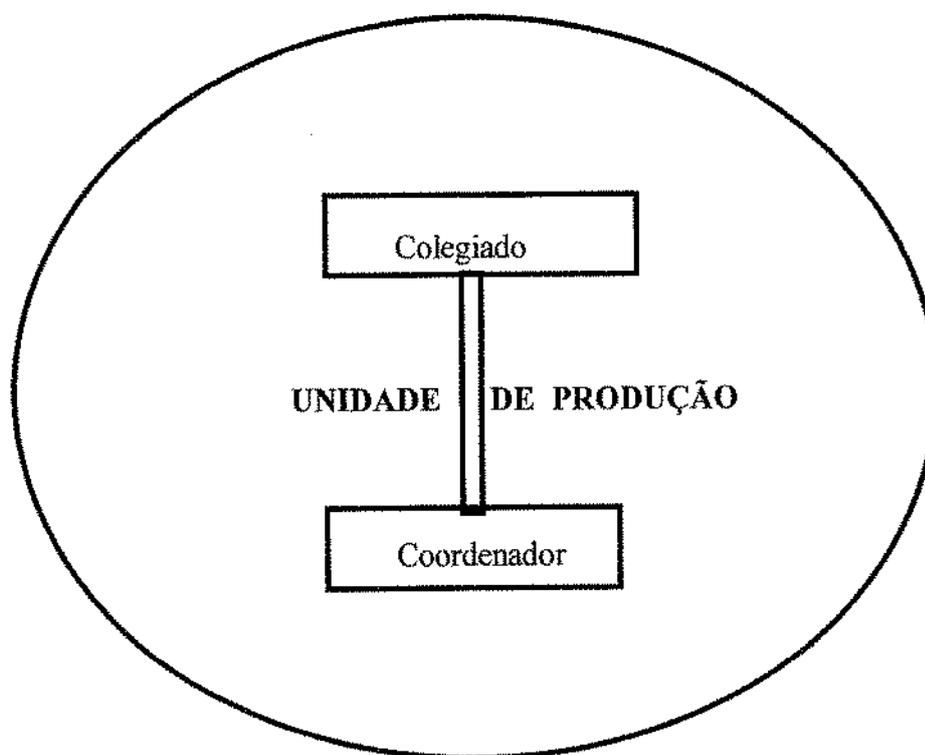
O projeto de trabalho é elaborado pelos membros da unidade de forma democrática, via colegiado, com produção de compromisso e responsabilidade. É o colegiado o encarregado de elaborar, além de um programa de avaliação periódica, as metas e as diretrizes daquele setor. Assim, a Unidade de Produção é composta por:

Coordenador → Elo de ligação entre a unidade e o meio externo. A ele cabe a direção executiva e a viabilização das decisões tiradas no colegiado. As decisões que surgem de imprevisto devem ser também alvo da ação do gerente, mas tais decisões devem ser sempre apoiadas nas diretrizes da unidade.

⁷ “Arrogância cognitiva” é um termo utilizado por Anna Maria Campos (1997) para caracterizar a forma autoritária que, calcada na fragmentação e no reducionismo da ciência, é tão bem desempenhada na relação de superioridade entre os profissionais de saúde e o paciente.

⁸ “Área meio” são os setores que oferecem suporte à área assistencial. Assim, compõem a área meio de um hospital os setores de almoxarifado, compras, lavanderia etc.

Colegiado → Encarregado não só da elaboração das diretrizes e metas da unidade, como também das decisões e da condução da unidade.



A figura acima representa o esquema de uma unidade de produção⁹, segundo o modelo de gestão estudado.

Quebrar antigos valores cristalizados, como os organogramas em instituições de saúde, requer mudança profunda na cultura organizacional. A linha hierárquica calcada na divisão por classe profissional deve ser reorientada, não havendo mais chefia de enfermagem, chefia médica, entre outras. Para isso, o modelo deve ser entendido não

⁹ Na área assistencial, chamamos de unidade de produção, por exemplo uma enfermaria de pediatria, obstetrícia etc. Já na área meio, podemos chamar de unidade de produção, o serviço de farmácia e o sistema de abastecimento (planejamento, compra e estoque de material hospitalar).

apenas como um rompimento de poder, mas como um compromisso assumido por toda a equipe, já que cada profissional está envolvido na mesma tarefa.

O modelo supõe supervisão matricial, entendendo que a questão da supervisão técnica de cada profissão é necessária e deve ficar a cargo de um especialista. Esta supervisão intenta aumentar a abertura com o meio externo, e não o controle dos profissionais. A supervisão tem a função de reunir a equipe (nas diversas áreas assistenciais) e instrumentalizar o processo de mudança, estimulando e capacitando os profissionais. Estes supervisores, contudo, não teriam linha de comando no interior das unidades de produção, existindo uma clara diminuição no número de chefias intermediárias e, conseqüentemente, do poder na organização.

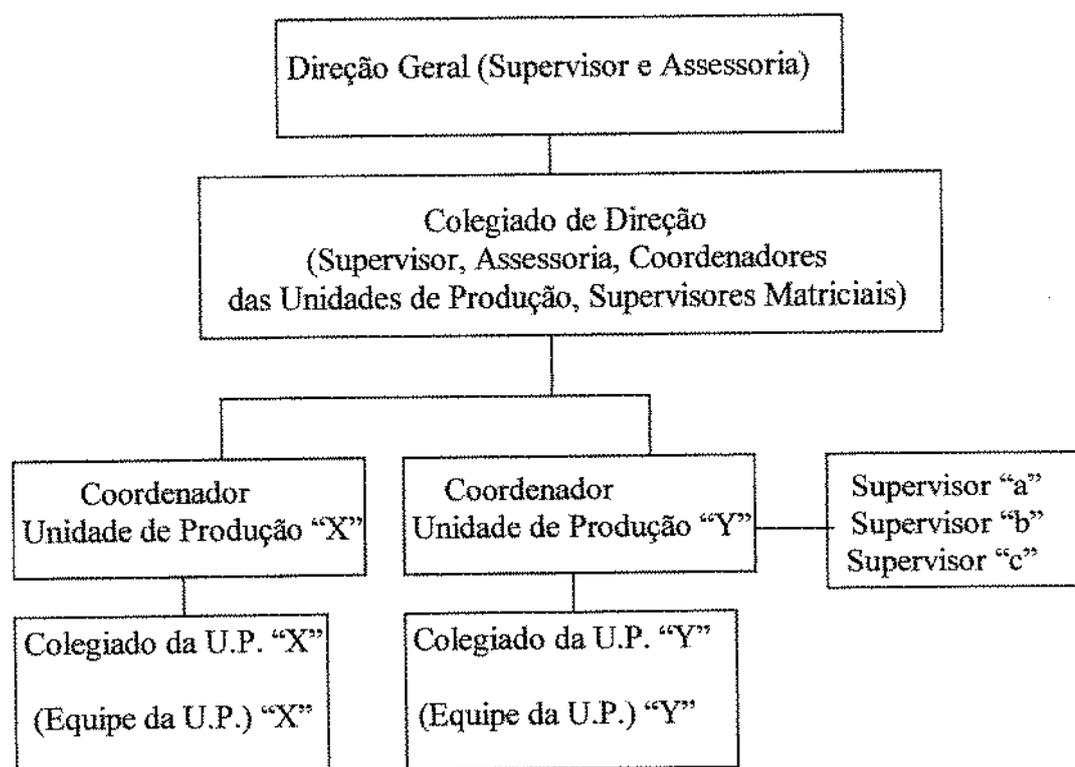
De modo geral, mudanças em organizações tanto podem ser determinadas pelo ambiente externo, como podem surgir da interação de atores. Pessoas novas são incorporadas ou o padrão de expectativa em relação à posição da organização na sociedade é alterado. No entanto, qualquer um desses fatores deve ser tratado com cautela.

Organizações de saúde são complexas, possuindo características bem específicas. Podemos citar, como exemplo, a diversidade de trabalhadores, na sua maioria de nível universitário, e os conselhos profissionais, que orientam suas atividades fora e dentro da unidade de saúde. Logo, mudanças neste padrão, como a extinção de chefias intermediárias, provocarão certa resistência.

Em uma situação de reorganização de estruturas bem definidas e delimitadas, a mudança é uma situação nova. Não havendo lugar para as definições correntes impostas

pela realidade dos diversos profissionais de saúde, o que se requererá é uma realocação dos signos e significados. Uma verdadeira redefinição da realidade cotidiana, para encaixar uma situação em que existe o envolvimento do sujeito, requer uma abordagem com base no diálogo.

ORGANOGRAMA DE ACORDO COM O MODELO¹⁰



A mudança no organograma estende-se à Direção do Serviço de Saúde, na figura do diretor. A função deste, semelhante à dos coordenadores das unidades de produção, é a de coordenar e executar, mas com o compromisso de exercê-la em toda a organização. Como nas unidades de produção, no hospital ou no serviço de saúde há um colegiado, que, neste caso, é composto pelos coordenadores das unidades de produção. No entanto, as

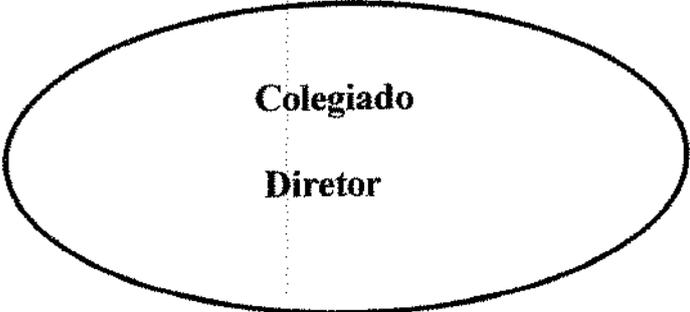
¹⁰ GASTÃO W.S. – O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4 1998, p. 63-70

atividades destes se tornam mais flexíveis, o que o capacitaria a uma gerência dinâmica nas organizações de saúde.

4.2 Colegiado

O espaço do colegiado gestor é orientado para a elaboração e declaração de demandas e de projetos de cada unidade. Espaço de transmissão de informações e de elaboração de diretrizes para a unidade de saúde, com reuniões regulares, o colegiado tem como função integrar e articular todas as situações fragmentadas causadas pela descentralização de poder no interior da organização.

Ao Diretor Geral caberia a liderança da organização. Como se vê, esta função não estaria eliminada no modo de governar, mas seria orientada, não de forma privativa ou pessoal, mas de forma consensual com o colegiado. Mobilização de recursos e condução das decisões tomadas em colegiado, tanto dentro como fora do serviço de saúde, são atribuições do diretor. Dessa forma descentralizada, pode ele atuar mais livre dos problemas rotineiros que prendem a maioria dos profissionais em situação de gerência em saúde .



Colegiado

Diretor

A participação do usuário no sistema é também um dos princípios que orientam o SUS. No modelo, ela fica evidente com o aumento de sua capilaridade, por meio da delegação individual e da responsabilidade individual do profissional de saúde. Propõe-se a alteração do **padrão de vínculo** entre os trabalhadores e usuários. Esta ação de responsabilização é estendida também para as equipes de saúde, da qual o usuário seria a referência e na qual teria todo o suporte de um trabalho interdisciplinar apoiado em movimentos matriciais. Outra forma encontrada pelo modelo para ampliar a participação do usuário é a presença do colegiado nas reuniões do conselho municipal de saúde, na figura do diretor. Diminui-se, assim, o hiato entre serviço e usuário.

A metodologia considera as contradições na forma de gerir, mesclando participação, compromisso e produtividade. Para ser capaz de combinar componentes da democracia direta em prol da preservação dos objetivos primários de uma organização de saúde, tem-se como terreno a ser considerado os interesses de trabalhadores e usuários no espaço do colegiado. No entanto, o modelo não propõe soluções pré-determinadas para os conflitos ou para as contradições. Trata-se, considerando os diversos interesses que perpassam as organizações de saúde, de um modo de administrar as polaridades em busca de equilíbrios variáveis, conforme cada situação. Criando espaços de explicação, surge a possibilidade de articulação das várias racionalidades envolvidas no trabalho, ou seja, como argumenta Gastão Wagner, vislumbra-se “uma máquina dialética”

4.3 O processo de trabalho em saúde

Se assim podemos expressar, a proposta gestão democrática do trabalho em equipe visa dois grandes “cenários”. O primeiro versa sobre o modo de produzir saúde (produtividade, qualidade e satisfação dos usuários). O segundo aborda modos de garantir a satisfação dos profissionais de saúde, daí derivando as possibilidades de mudanças na área gerencial e assistencial.

O modo de trabalho em saúde depende de uma série de saberes que podemos, de forma geral, denominar de tecnologias. Segundo Emerson Merhy (1997), as tecnologias são classificadas em leve; leve-dura e dura. *“... tecnologia não é confundida aqui exclusivamente com instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo”¹¹.*

- **Tecnologia leve** → É a relação intercessora do processo de trabalho em saúde em uma das suas dimensões com o usuário final. Tecnologia que não é normativa.
- **Tecnologia leve-dura** → Há normatização centrada no modo de atenção à saúde, não sendo ainda cristalizada em estruturas mais consistentes.
- **Tecnologia dura** → Utiliza equipamentos para a intervenção assistencial.

¹¹ MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.127.

O modo de trabalho em saúde depende centralmente do modelo de atenção eleito. Porém, como vimos, a origem do modelo assistencial continua sendo construída sobre alicerces biológicos, fragmentados e mecanicistas, (vide as escolas formadoras, nas quais, com raras exceções, o currículo de graduação tem um enfoque restrito ao biológico). No entanto, os problemas de saúde são apresentados sob ângulos diferentes, com múltiplos enfoques; na sua grande maioria, semi-estruturados, abalando o modo de intervenção vigente, ou pelo menos levantando questionamentos.

Um entendimento amplo dos problemas de saúde exigiria o uso de indicadores como instrumentos que possibilitam análises refinadas da realidade. Por outro lado, há um hiato nesta análise que foge à “lente” dos indicadores. São questões não bem definidas e que exigem outras estratégias, tanto na sua identificação como na sua análise. Um instrumento que potencializa a análise desses problemas, por publicizar o processo de trabalho em saúde, é o fluxograma, se trabalhado na lógica de ampliar as informações. Utilizar a informação não é novidade para os profissionais de saúde, portanto pode-se potencializar esta característica somado ao que Matus (1993),¹² coloca: todos possuem um certo de grau de governabilidade sobre determinado problema. No entanto, a informação opera sobre o trabalho vivo¹³, sobre as tecnologias leves, produtoras de interseção, como bens-relações.¹⁴

¹² Carlos Matus é o autor do enfoque metodológico sobre Planejamento Estratégico Situacional.

¹³ O conceito marxista de “Trabalho vivo”, é empregado aqui como aquele que ocorre em ato durante o processo de trabalho.

¹⁴ Idem, ibidem, p. 129

O desafio é, num primeiro momento, assegurar a produção de saúde e, ao mesmo tempo em que se estimula a reflexão, ampliar a capacidade do grupo sujeito junto aos trabalhadores. A ampliação da capacidade de atuação dos grupos sujeitos possibilita a intervenção sobre o trabalho vivo, agindo pontualmente sobre as tecnologias leves, e capacitando e tornando possível o vínculo entre os profissionais e usuários. As tecnologias leves são menos cristalizadas na prática liberal. Se, por um lado, existe o risco da potencialização do grupo levar à cristalização de posições, um processo de gestão analítico e contínuo, sem dúvida, dificulta que tal fato aconteça.

A potencialização do grupo sujeito, por meio da informação e do entendimento do processo de trabalho, oferece a este grupo a possibilidade de lidar melhor com os problemas de saúde e amplia a capacidade do mesmo em atuar conjuntamente com as tecnologias.

Segundo Gastão Wagner (1997), a definição de campo e núcleo, nos ajuda a entender essa aparente complicação. A fragmentação do processo de trabalho em saúde foi de tal monta, que, até hoje uma enormidade de especialistas se fecham em suas “caixinhas de saber”, não que não haja necessidade de um conhecimento mais aprofundado, mas o conhecimento geral do que é saúde faz diferença no atendimento. Portanto, o “campo” compreende o saber básico em saúde que todo o profissional que atua na área deve ter, e “núcleo” é a identidade profissional, conhecimento relativo e específico de cada profissão.

Trabalho em equipe que utilize as noções de “campo e núcleo”, deve considerar o vínculo durante o processo de trabalho, ou seja, a identificação de um profissional junto ao usuário.

Ao pensar equipe, alguns instrumentos – dispositivos capazes de captar e facilitar o processo de trabalho integrado – se fazem necessários na construção dessa nova prática. Vejamos alguns deles.

1. Prontuário – facilitador na transmissão de informações sobre o paciente, e, portanto é de responsabilidade de toda equipe de saúde. Destaca-se que: o prontuário é do usuário e não propriedade do profissional de saúde.
2. Projeto terapêutico integrado – elaborar, em equipe, um único plano assistencial. Momento, em que cada profissional expõe sua opinião – mostra seu núcleo de conhecimento – sobre o caso e propõe condutas.

O campo transforma-se em rede, onde são tecidos os saberes e conhecimentos de cada profissão a partir das necessidades que a área de saúde requer.

Por outro lado, o ser humano, carregado de subjetividade, dispõe de determinada autonomia no emprego de seus desejos, seus projetos e suas aspirações. Um certo grau de liberdade o acompanha e a linguagem é o seu passaporte na viagem da comunicação na conquista de seus interesses. O indivíduo/o sujeito expressa (com a linguagem) tanto a realidade interior como a exterior, fazendo parte, assim, do mundo dos significados. Segundo Chanlat (1996), *“o universo organizacional é um dos campos em que se pode observar ao mesmo tempo esta subjetividade em ação e esta atividade de reflexão que sustenta o mundo vivenciado da humanidade concreta”*¹⁵.

¹⁵ CHANLAT, Jean – François (cord.) **O Indivíduo na Organização Dimensões Esquecidas**. 3ª ed. .Vol. 1 São Paulo: Atlas, 1996, p. 37

A linguagem é uma das chaves na construção de sujeitos, pois é capaz de, com a promoção de responsabilidade entre as equipes, desvendar ações no interior das organizações e de estimular a consciência e a desalienação do profissional.

Outro ponto relevante quando se estuda este tipo de proposta é a formação do profissional de saúde, a qual, em raríssimos casos, contempla o trabalho em equipe. Logo, a gerência proposta enfrenta problemas de diversas ordens e quase sempre não estruturados, o que exige da gerência muito dinamismo em suas análises.

Recapitulando: o modelo supõe supervisão matricial, entendendo que a questão da supervisão técnica de cada profissão é necessária e deve ficar a cargo de um especialista. Esta supervisão intenta aumentar a abertura com o meio externo, e não o controle dos profissionais. A função é a de reunir a equipe nas diversas áreas assistenciais e instrumentalizar o processo de mudança, estimulando e capacitando-a como um planejador. Este novo ator possibilita a construção de uma linha de mando constituída sobre o saber técnico. Contudo, a aposta é feita sobre a capacidade de mobilização dos profissionais, na forma de mudanças no processo de trabalho, e a partir de análises que, com a utilização de ferramentas (fluxograma, entre outras), ampliam o olhar sobre o modo de trabalho.

Superar o sentimento de impotência diante das ações de saúde produzidas hoje é um grande desafio. Deve-se buscar olhar para essa relação de um novo ângulo: sob a ótica da promoção de sujeitos coletivos, em que o envolvimento dos profissionais se dê não só com o usuário, mas com a instituição, promovendo um duplo vínculo, em que a subjetividade retoma seu lugar.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, Gastão W.S., **A Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. 1998 – O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4 1998, p. 863-870

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cutrix, 1982.

CHANLAT, Jean – François (cord.) **O Indivíduo na Organização Dimensões Esquecidas**. 3ª ed. .Vol. 1 São Paulo: Atlas, 1996

MERHY, Emerson Elias. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

“Os pares de opostos, entre os quais a liberdade e a ordem, o desenvolvimento e a decadência são os mais básicos, trazem a tensão ao mundo. Uma tensão que aperfeiçoa a sensibilidade do homem e intensifica sua conscientização. Nenhum conhecimento real é possível sem a consciência desses pares de opostos que permeiam tudo o que o homem realiza”

William Irwin Thompson

Capítulo 5

Campo de Pesquisa

5.1 A cidade de Betim e o Hospital Regional

Com 250.000 habitantes¹, Betim localiza-se a 32 Km de Belo Horizonte. É uma das cidades que compõe a área industrial do Estado de Minas Gerais. As fábricas², conseqüência do grande crescimento econômico do município nos últimos anos, são seus atrativos.

Os primeiros alicerces das fábricas que tornariam Betim a segunda cidade em arrecadação de ICM do Estado foram erguidos, em sua maioria, por trabalhadores, da construção civil. Após o término das obras, estes trabalhadores fixaram moradia na região denominada "Teresópolis". No bairro, vive boa parte das famílias que recebem menos de dois salários mínimos para a subsistência. Segundo Carvalho (1987), o total de famílias na mesma situação em Betim girava em torno de 60% no ano de 1986. Por outro lado, as indústrias empregam mão-de-obra especializada residente fora do Município. Atualmente, a cidade conta com um grande contingente de pessoas flutuantes e, ao mesmo tempo, com um grande número de desempregados.

No ano de 1993, a Prefeitura de Betim foi assumida por uma frente de partidos comprometido com as questões sociais, e, para tanto, contou com a participação da

¹ Dados de 1996 (Carvalho, 1997).

² A fábrica da FIAT automóveis e a Refinaria Gabriel Passos da Petrobrás fazem parte do parque industrial de Betim.

população. Na área da saúde, o projeto concebido pelo novo governo engloba as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde.

Mesmo com a festejada segunda arrecadação de ICM do Estado de Minas Gerais, paradoxalmente, a população não dispunha, até o ano de 1996, de um serviço de pronto-socorro e muito menos de leitos públicos hospitalares que fossem capazes de atender à demanda do município. Assim, por meio de Orçamento participativo³, foi desenhada a primeira prioridade da Gestão 93/96 para o município: a construção de um hospital público (**Jornal Cidade de Betim**, agosto 1996).

O Ministério da Saúde havia iniciado, em 1991, a construção de um prédio, juntamente com tantos outros em todo Brasil, destinado às acomodações de um hospital. Contudo, devido a contratempos políticos e ao superfaturamento da obra, foram suspensas as atividades, ficando apenas os alicerces. Com as mudanças políticas acontecendo na cidade e a decisão da população pela construção de um hospital público, a Prefeitura, à época, contratou um grupo assessores para estudar a viabilidade de se retomar a obra em questão. Com um custo de 15,9 milhões de dólares (92,5% do total investidos pela prefeitura e 7,5% pelo governo federal) e cerca de 12 milhões de compra de equipamentos foi erguido o Hospital Público Regional de Betim (HPRB)⁴ entrando em funcionamento no dia 17 de julho de 1996 e inaugurado no dia 02 de agosto de 1996.

³ Orçamento Participativo é o processo de participação da população na decisão acerca da aplicação de recursos públicos. A população dos bairros elege prioridades em Assembléias e os delegados eleitos participam do Congresso do Orçamento Participativo do Município.

⁴ CARVALHO, Sérgio O desafio da mudança: Instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Betim, Dissertação de Mestrado, DMPS/UNICAMP, 1997.

Em outubro de 1994, a Secretaria Municipal de Saúde contrata, para assessorá-la na área de Planejamento, o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Este fato é determinante na escolha do modelo gerencial do Hospital, centrado na democratização organizacional e comprometido com o usuário e a vida. O hospital é considerado como unidade complementar à rede de serviços de saúde, que, hierarquizada e descentralizada, trabalha como um sistema de referência e contra-referência, possibilitando o atendimento dentro do princípio de integralidade do SUS (Documentos do HPRB, 1996).

O modelo adotado pelo hospital, “gestão colegiada”, ou “gestão democrática do trabalho em equipe”, método proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos (1992), não é apenas uma escolha de gestão a ser seguida, mas um compromisso da Prefeitura de Betim com a população.

Após longo processo de debate, decidiu-se por manter o HPRB na administração direta, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, não se ia criar uma unidade isolada, e sim complementar a rede de serviços, possibilitando a integralidade em todos os níveis de atenção. Como fundação, administração direta, corria-se o risco, segundo a análise do grupo, de haver duplo mando na Secretaria de Saúde. Somado a este fato, a Constituição Federal de 1988 coloca as fundações como regidas pela legislação da administração pública. Logo, sem as vantagens da agilidade de compras, que, por outro lado, já estava garantida com o Fundo Municipal de Saúde, a decisão pela administração direta prevaleceu.

Em todo este processo, é importante destacar que, para atender à estrutura administrativa do hospital, foi criada a Lei Municipal nº 2818, que garante a implantação da gestão colegiada em todas as unidades de saúde.

5.2 Estrutura física do hospital

Com 06 andares e 313 leitos, o hospital possui as seguintes unidades: Pediatria, Neonatologia, Clínica Médica (Hemodiálise), Cirurgia (bloco cirúrgico e anestesia), Queimados (desativado, até o ano de 1998), Gineco Obstetrícia (bloco obstétrico), Terapia Intensiva, Pronto Socorro, Patologia Clínica (laboratório, anatomopatologia e agência transfusional), Diagnóstico por Imagens e Traçados Gráficos, Suprimento (almoxarifado, patrimônio e compras), Manipulação (armazenamento de medicamentos e materiais hospitalares), Nutrição e Dietética, Manutenção de Equipamentos e Instalações, Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Serviços Gerais (vigilância, transporte, reprografia, elevadores), Higienização de Materiais (lavanderia, CME) e Sistematização da Informação Hospitalar (SPP, Faturamento, Recepção Geral, Internação/Alta, Estatística). Esta estrutura inicial do Hospital Público Regional de Betim, ao longo do tempo, foi sendo modificada com a incorporação de alguns serviços e reestruturação de outros, de forma a atender não só a população residente, mas também as cidades vizinhas.

O serviço de queimados não foi viabilizado devido a inúmeros contratemplos. Já o serviço de hemodiálise foi expandido para facilitar o acesso de um maior número de pessoas. Os acontecimentos do cotidiano interferiam e interferem diretamente na condução daquele hospital.

A planta física é diferente da grande maioria dos hospitais. Em outros hospitais, o centro cirúrgico e a central de esterilização são localizados nos últimos andares, pautando-se na lógica de que, quanto mais longe do fluxo de pessoas e objetos, mais protegido tais setores estariam. Já a lógica que rege o HPRB é a do conforto e da resolutividade das necessidades do usuário, o que não fere as normas de controle de infecção hospitalar. Segundo Uriel Zanon (1985), a gênese das infecções hospitalares localiza-se nas condições do paciente e na técnica utilizada pelo profissional de saúde, e não somente no ambiente.

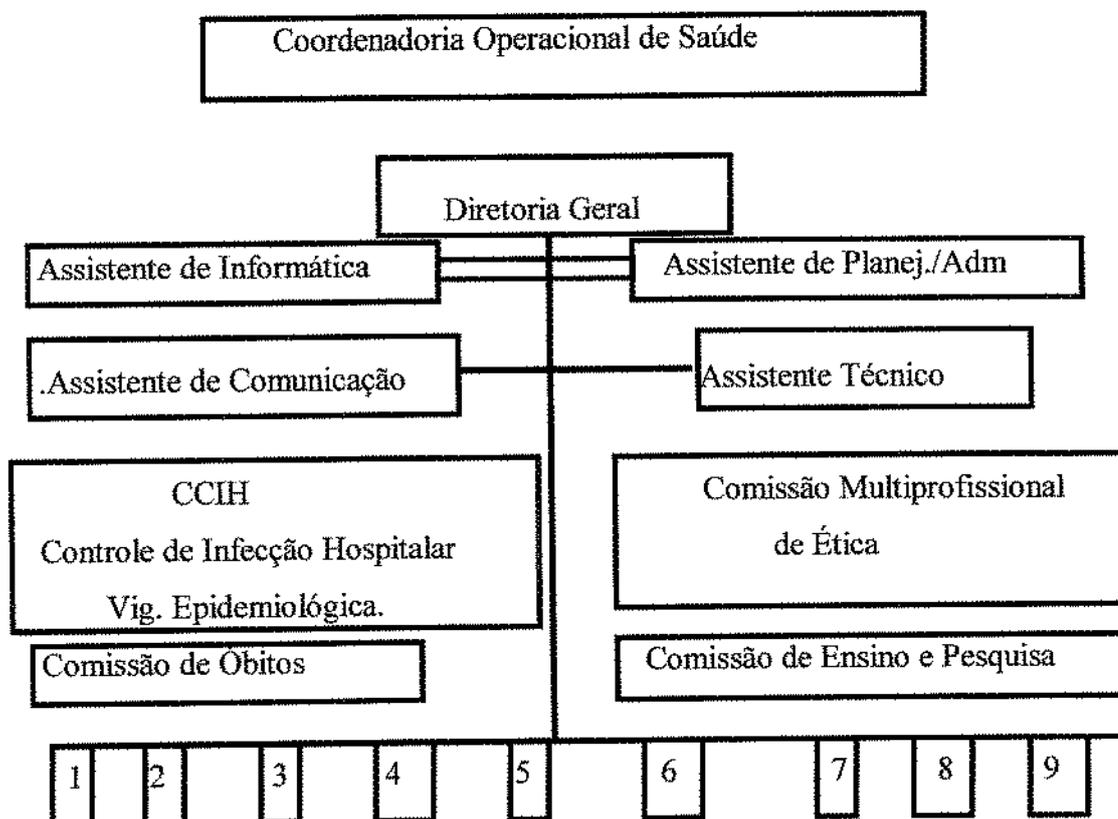
No térreo, funcionam o serviço de emergência e os demais serviços que são necessários para dar andamento ao processo de trabalho, como Centro Cirúrgico, Central de Material, Lavanderia, Farmácia, Laboratório de Análises Clínicas, Almojarifado, Serviço de Imagem e Centro Obstétrico. Todos estes setores são interligados por corredores amplos, oferecendo facilidade no deslocamento dos pacientes e acompanhantes. Vale ressaltar que o hospital não possui ambulatórios, a não ser os de pós-operatório.

Não ocorrem aglomerações nos acessos ao hospital, já que, além da entrada de funcionários, existem 04 portas de entrada: emergência; hemodiálise; coleta de material para análise laboratorial; e acompanhantes e visitantes. As entradas facilitam o acesso de pacientes externos, uma vez que o laboratório de patologia clínica serve a toda rede de saúde municipal, sendo mais uma forma de garantir o acesso, a integralidade.

5.3 Estrutura de tomada de decisão do hospital

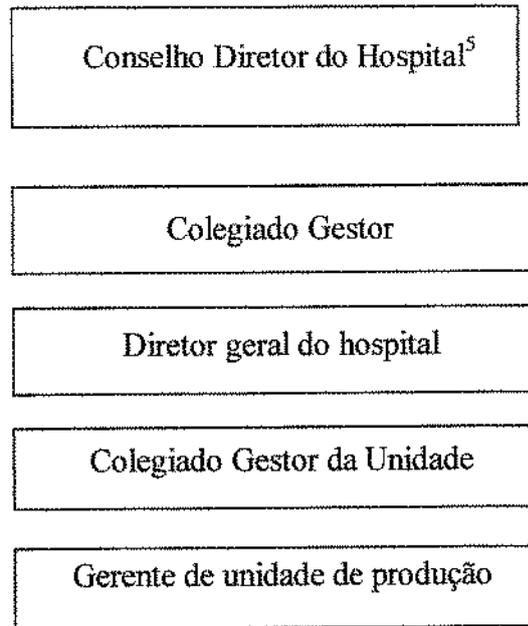
O Hospital Público Regional de Betim, juntamente com as Unidades Ambulatoriais, está, no Organograma Municipal, subordinado à Coordenação Operacional. Esta última é ligada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde.

O Organograma abaixo representa a estrutura formal do HPRB.



Como se pode notar, a lógica de composição do organograma segue a organização de unidades por produtos e não a tradicional linha de mando por categorias profissionais.

Instâncias de tomada de decisão no HRPB



No organograma, o colegiado gestor do hospital encontra-se próximo ao Diretor Geral. É neste fórum que são tratados os assuntos de relevância para o Hospital e são tiradas as principais decisões.

Ao estudarmos o modelo gerencial com maior profundidade, percebemos primeiramente que a linha hierárquica é horizontalizada, não havendo chefias intermediárias entre o diretor geral e as unidades de produção. Estas são em número de 18 no HPRB, podendo variar de acordo com diretrizes acordadas internamente. Cada unidade de produção é formada, do ponto de vista gerencial, por um colegiado. Neste, o processo decisório é realizado, e a composição é feita pelo gerente e por profissionais que trabalham

⁵ Esta instância é composta por: 04 prestadores, representantes do consórcio intermunicipal de saúde, diretor geral do hospital, instituição de ensino, secretário (a) municipal de saúde de Betim. 4 trabalhadores e 08 usuários. A presidência é do secretário (a) municipal de saúde de Betim. Este fórum é subordinado à Coordenadoria Operacional de Saúde.

naquela unidade. No entanto, não há obrigatoriedade da participação dos trabalhadores nestas reuniões.

5.4 Algumas informações sobre a produção do HPRB

Deve-se ressaltar que, de acordo com a NOB/93, o Município de Betim encontra-se em gestão semi-plena⁶, frente ao SUS. Um exemplo é a integração dos serviços do hospital (serviços de apoio ao diagnóstico, farmácia industrial, nutrição e dietética, manutenção predial e de instalação) com a rede, em especial os ambulatórios e a maternidade do município.

Em 1998 embora a Prefeitura da cidade de Betim tenha executado várias ações que comprovam uma administração voltada para questões sociais, a lei Robin Hood⁷ do Estado de Minas Gerais cerceou a utilização do total da verba arrecadada com o ICM, o que vem restringido até hoje alguns investimentos em diversas áreas, inclusive na saúde.

⁶ Este tipo de gestão corresponde a uma das situações do processo de transição do SUS, ligada a gestão do sistema. Neste caso, caracteriza-se pela responsabilidade gerencial e pelo reordenamento do modelo exercido pelo Município.

⁷ A Lei Robin Hood, criada no Estado de Minas Gerais, tem por finalidade equacionar recursos entre os Municípios. Logo, Municípios como Betim, que possuem uma boa arrecadação de ICM, são obrigados, sem considerar as condições sociais, a repartir com os Municípios que arrecadam pouco. Os investimentos na área social, também não são considerados. O que pesa nesta "balança" é somente a soma de recursos arrecadados.

No ano de 1997, foram internados cerca de 10 mil pacientes moradores de Betim e cidades vizinhas, habitantes da microregião do médio Paraopeba. Esse atendimento foi possibilitado pelo consórcio intermunicipal de saúde, formado pelas cidades vizinhas de Igarapé, Esmeraldas, Juatuba, Mateus Leme, Brumadinho, Bonfim e Florestal, com sede em Betim⁸.

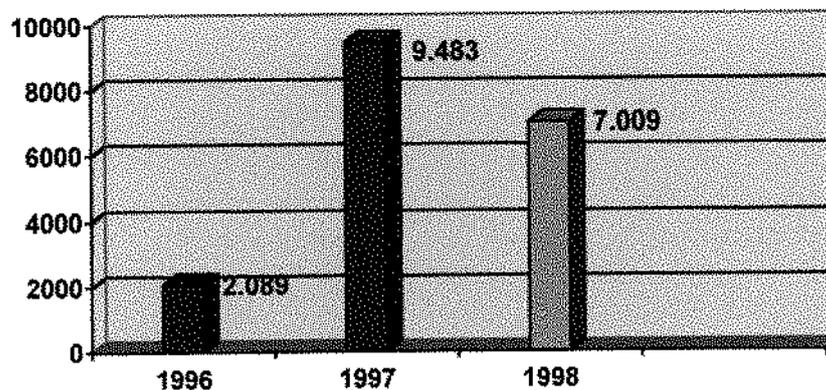
Como unidade complementar a rede o hospital atende aos outros serviços, com a esterilização de material, lavagem de roupa e exames laboratoriais. No ano de 1997, foram 398.541 materiais médico-hospitalares, manipulados 494.723 peças de roupas e realizados 562.008 exames⁹.

A prefeitura investe cerca de 200 dólares por habitante/ano na área de saúde, uma soma que gira em torno de 50 milhões de dólares. O gasto do hospital representa 30% do orçamento destinado à saúde, um montante de 15 milhões. Mensalmente a cifra é de 1.250 mil dólares, gastos com a manutenção e atendimento no hospital.

⁸ Balanço anual da prefeitura de Betim, 1997.

⁹ Idem, *ibidem*, p. 12

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES DE ACORDO COM O ANO, NO HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM.

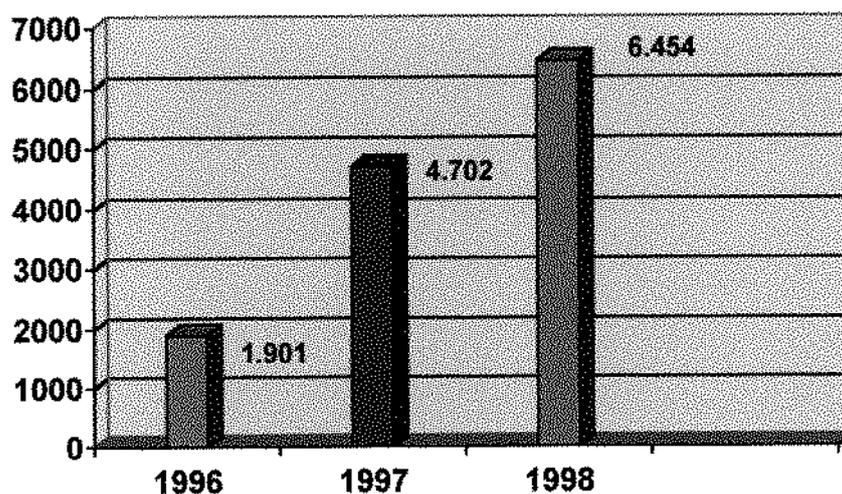


Fonte: HPRB, 1998

Os dados de 1996 contabilizam as internações ocorridas logo após inauguração do hospital, ou seja, setores como CTI ainda não estavam em funcionamento.

Os dados de 1997 já incluem o CTI. 9.483 internações contabilizadas. Até o mês de julho de 1998, o hospital internou 7.009. Possivelmente, o número de internações no ano de 1998 vai superar as do ano anterior, pois unidades foram abertas e outras ampliadas, aumentando o número de leitos disponíveis.

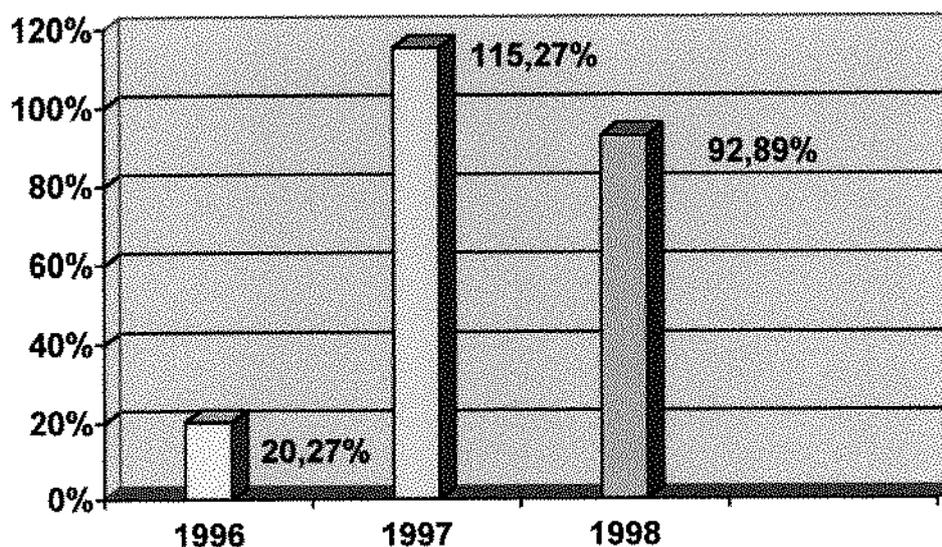
DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ALTAS DE ACORDO COM O ANO, NO
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM.



Fonte: HPRB, 1998

O número de altas é superior no ano de 1998. Vale ressaltar, apesar de ser um dado da observação de campo, que a parceria com o acompanhante vem influenciando positivamente nas altas ocorridas no HPRB.

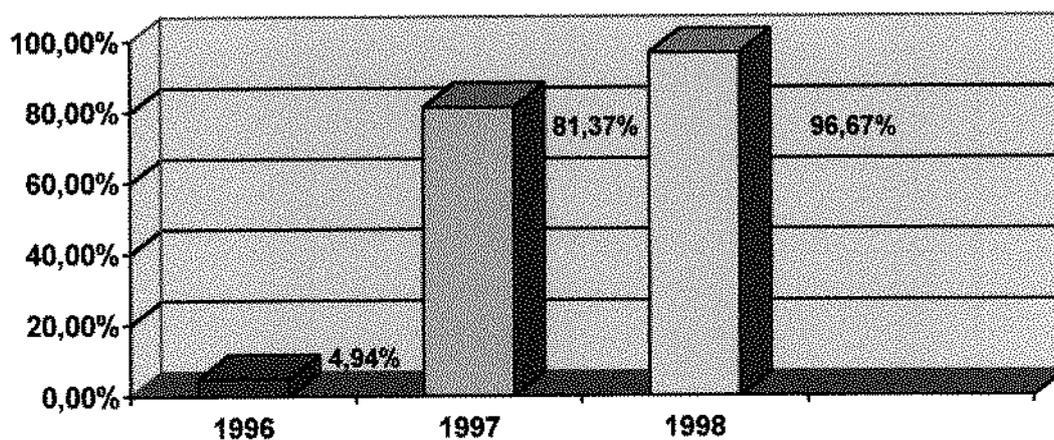
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA TAXA DE OCUPAÇÃO NO MÊS DE
JULHO NA CLÍNICA MÉDICA DE ACORDO COM O ANO.



Fonte: HPRB, 1998

A clínica médica, foi uma das primeiras unidades de produção a entrar em funcionamento no ano de 1996. Fica claro, que nos anos seguintes, pela taxa apresentada, a importância de tal unidade para o hospital e população atendida.

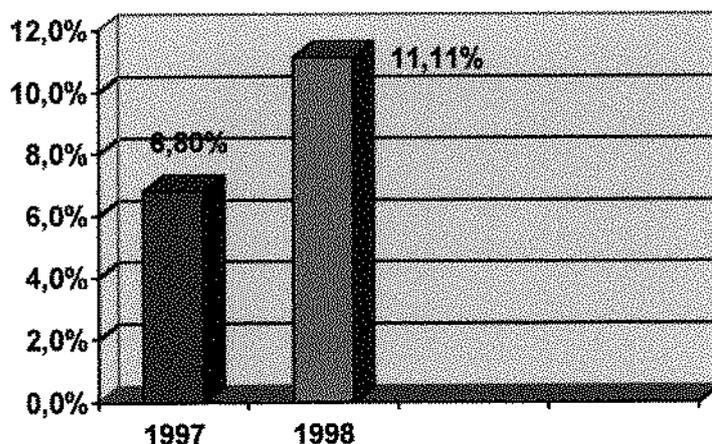
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA TAXA DE OCUPAÇÃO NO MÊS DE
JULHO NA GINECO OBSTETRÍCIA, DE ACORDO COM O ANO.



Fonte: HPRB, 1998

Uma das clínicas com maior movimento no hospital, excetuando a Unidade de Emergência, é a gineco-obstetrícia, que está sempre no seu limite de capacidade ou excedendo, o padrão recomendado de 85% para taxa de ocupação.

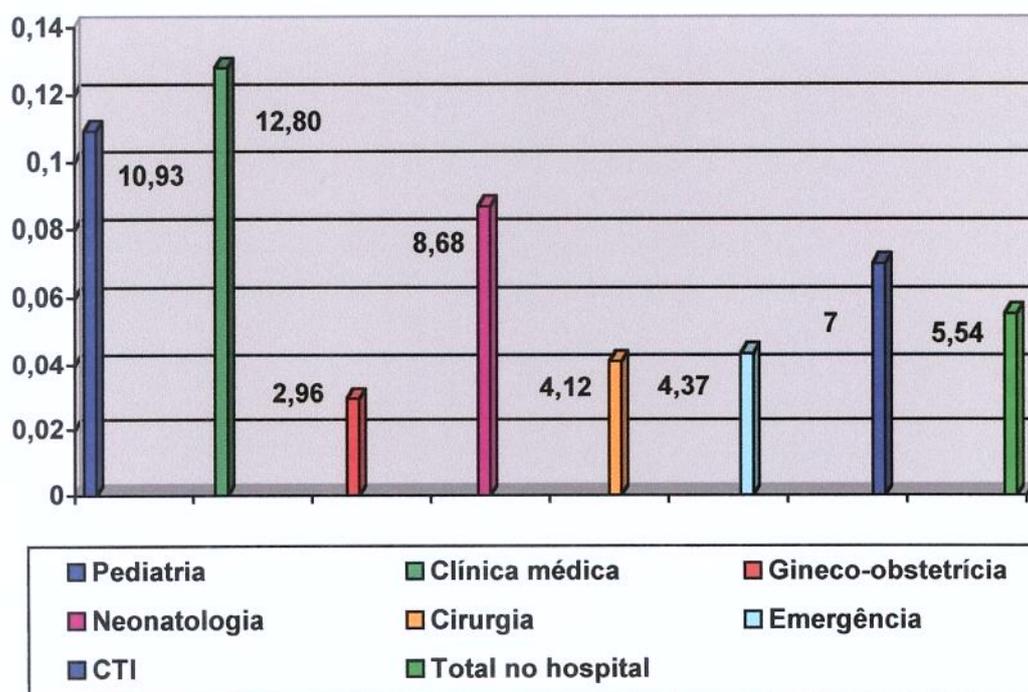
TAXA DE MORTALIDADE NA CLÍNICA MÉDICA NO MÊS DE JUNHO, DE
ACORDO COM O ANO.



Fonte: HPRB, 1998

O quadro apresenta uma elevação na taxa de mortalidade da unidade de produção da clínica médica. Vale ressaltar que no ano de 1998, houve incremento no número de internações na mesma unidade. Entretanto, o quadro espelha a complexidade do atendimento desenvolvido naquela unidade.

DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA, SEGUNDO UNIDADE DE
PRODUÇÃO NO ANO DE 1998.



Fonte: HPRB, 1998

A maior média de permanência entre as unidades de produção da área assistencial é da clínica médica. Unidade, onde os casos internados, requerem na maioria das vezes tratamento prolongado. O total do hospital é o resultado das múltiplas ações desenvolvidas.

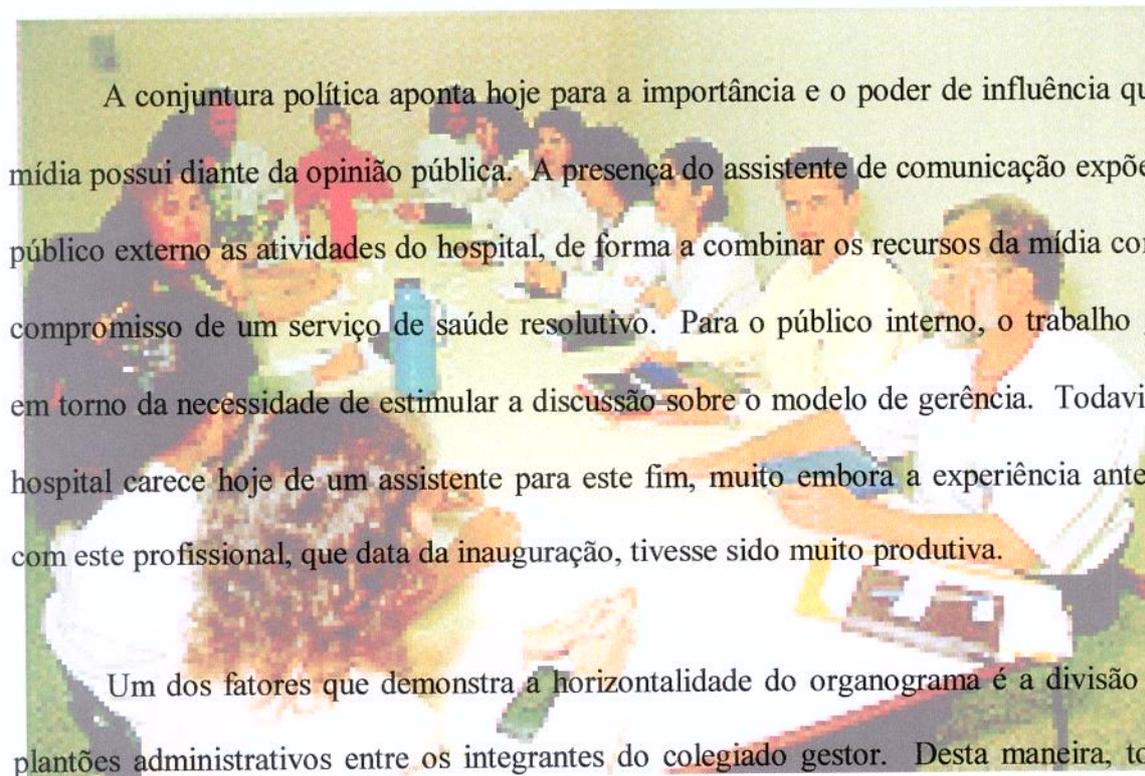
A preocupação com os gastos e a otimização do espaço físico do hospital, entre outros achados quantitativos relevantes para a vida administrativa, foram muito pouco exploradas. Saber quanto o hospital gasta poderia ser contraposto com o custo do acompanhante. O custo não avançou, não se sabe o quanto se gasta. Em algumas unidades o custo chama mais a atenção do que em outras, mas está diluído, não é acompanhado. As estatísticas estão postas, mas não é feita uma avaliação por meio de planilhas de indicadores. O custo não passou como área estratégica a ser trabalhada, embora hoje se fale muito do hospital público como lugar que gasta muito.

Hoje (final de 1998), o hospital se movimenta para a construção de planilhas de custo por unidade de produção. Há um primeiro trabalho de levantamento de gastos em determinadas unidades, mas ainda em estágio inicial.

5.5 O modo de trabalho no HPRB

Os profissionais que trabalham no HRPB são todos funcionários municipais contratados por meio de concurso público realizado para prover as unidades da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo o hospital. Este primeiro concurso abrangeu 59 categorias profissionais (Documentos do HPRB, 1996). Logo, com o propósito de proporcionar um serviço público de qualidade à população, todos os serviços são próprios e a variedade de trabalhadores é imensa.

A figura do assistente é outro fator importante no interior do HPRB. Tem por função dar o suporte necessário aos gerentes de unidades e manter a articulação no interior do hospital. Os cargos pensados foram informática, comunicação, planejamento/administração e técnica - todos com igual poder dentro da estrutura hospitalar.



A conjuntura política aponta hoje para a importância e o poder de influência que a mídia possui diante da opinião pública. A presença do assistente de comunicação expõe ao público externo as atividades do hospital, de forma a combinar os recursos da mídia com o compromisso de um serviço de saúde resolutivo. Para o público interno, o trabalho gira em torno da necessidade de estimular a discussão sobre o modelo de gerência. Todavia, o hospital carece hoje de um assistente para este fim, muito embora a experiência anterior com este profissional, que data da inauguração, tivesse sido muito produtiva.

Um dos fatores que demonstra a horizontalidade do organograma é a divisão dos plantões administrativos entre os integrantes do colegiado gestor. Desta maneira, todos podem conhecer a dinâmica administrativa do hospital, interagir com problemas de ordens assistenciais e administrativas, e não somente ficar centrado em suas unidades.

O modo de trabalho proposto articula gestão administrativa com gestão assistencial, e elas permanecem interdependentes em todo processo de implantação do modelo. A unidade de gineco-obstetrícia destaca-se por ter o modelo mais articulado, avançando no processo de trabalho em equipe e na própria forma de gestão. Reconhecer este avanço é

reconhecer a importância da figura do gerente, que, embora sem formação na área de gerência hospitalar, é atuante na função desde a inauguração do hospital.

A dinâmica democrática do colegiado gestor é incorporado na lógica de gestão do HPRB. As reuniões são sempre às segundas pela manhã, com presença obrigatória dos integrantes, e, como toda reunião, há a leitura da ata anterior e informes. A responsabilidade pela coordenação da reunião e pela ata é dividida previamente entre os membros do colegiado e vigora por escala durante um ano. As pautas são montadas pela direção e passadas aos componentes na semana que antecede a reunião. O colegiado é composto pelo diretor, pelos assistentes da direção e pelos gerentes das unidades, todos com direito de voz e voto.

É importante ressaltar que a gerência das unidades é um espaço que pode vir a ser ocupado por qualquer profissional. No entanto, as unidades assistenciais são, em sua maioria, gerenciadas pelo profissional médico. Apenas a unidade de terapia intensiva é coordenada por um outro profissional (uma enfermeira), com o apoio de um médico na supervisão da parte técnica. Pode-se entender a dificuldade na mudança do comando das equipes como obstáculo na articulação à parte técnica.

Os itens a serem discutidos durante as reuniões são apresentados em conjunto contendo informações sobre o assunto. Este trabalho de pré processamento é realizado pelos assistentes, facilitando o andamento e as decisões durante a reunião. Outra função do grupo de assistentes é a construção de indicadores¹⁰. A sugestão é que unidades próximas identifiquem dois problemas que ocorrem com maior frequência e que tenham relevância

¹⁰ A discussão de Indicadores foi introduzida no ano de 1996 pela antiga Assistente de Planejamento.

para ambas. Realizada em conjunto, esta tarefa busca a construção de meios que expressem com clareza o que ocorre. Posteriormente a proposta é levada ao colegiado para ser discutida e aprovada. Este trabalho pressupõe ainda mais duas etapas:¹¹.

1 - Sistematização de todos os indicadores formulados e expostos em planilha geral;

2 - Criação de indicadores gerais para o hospital, formulados pelos assistentes e baseados nos indicadores das unidades.

Indicadores são instrumentos úteis na gerência, pois além de oferecerem argumentos concretos sobre a realidade, subsidiam, seja interna ou externamente, o momento de negociação, não deixando o discurso cair no vazio por falta de dados.

De modo geral, as reuniões são espaço para troca de informações importantes entre as unidades. Conforme salienta Gastão Wagner (1992), nesses momentos o processo de construção de sujeitos coletivos torna-se evidente. Observou-se, durante o trabalho de campo, a fala em reunião da gerente de laboratório deixou explícita esta realidade. O nervosismo de estar presente naquele ambiente e uma certa falta de habilidade política impuseram-lhe um discurso que, ao mesmo tempo que ressaltava seu compromisso e sua responsabilidade com o paciente e com a população, salientou sua felicidade de fazer parte da transformação da cidade onde nasceu e cresceu. Não é apenas um funcionário falando sobre o seu trabalho, é um ser humano falando da sua obra.

No modelo proposto, existem outras práticas de mobilização de sujeitos, como a prática do vínculo. O profissional é chamado a participar da condução do hospital, opinando desde questões relativas à assistência, às de gerência. Outra forma é a presença

¹¹ Esta discussão era ponto de pauta no início de 1998.

do acompanhante para todos os pacientes do HPRB, uma prática que permite uma participação maior da população, ao mesmo tempo que amplia o vínculo entre profissional e usuário.

Ter as unidades seguindo a lógica de processo de trabalho, integrando os profissionais e responsabilizando-os perante o usuário implica na criação de equipes multiprofissionais responsáveis por determinado número de clientes.

A gestão colegiada de serviços de saúde pode servir como um dispositivo desalienante, comprometendo o trabalhador com a missão e objetivos da organização (Gastão Wagner, 1997). No entanto, a prática está repleta de artifícios que auxiliam a construção de sujeitos coletivos. A incorporação de um projeto de vida e o como viabilizá-lo juntamente com os grupos que compartilham do mesmo ideal pode vir a ser mais uma forma de retirar o profissional de saúde do hiato mecânico em que se encontra.

Referências Bibliográficas

BALANÇO ANUAL da prefeitura de Betim, 1997

CARVALHO, Sérgio **O desafio da mudança: Instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Betim**, Dissertação de Mestrado, DMPS/UNICAMP, 1997.

JORNAL Cidade de Betim, 01 a 07 de agosto de 1996 - ANO II - Nº 69

ZANON, Uriel. **Infecção Hospitalar**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983

"A verdade é, ao mesmo tempo, frágil e poderosa. Frágil porque os poderes estabelecidos podem destruí-la, assim como mudanças teóricas podem substituí-la por outra. Poderosa, porque a exigência do verdadeiro é o que dá sentido à existência humana"

Marilena Chauí, 1995.

Capítulo 6

Análise e apresentação dos resultados

6.1 Estruturação da análise

Analisar falas que são ditas no decorrer de uma entrevista semi-estruturada é uma tarefa árdua. É claro que não chega a ser uma prática impossível, mas se aproxima disto. A dificuldade se revela principalmente se considerarmos o ato da comunicação como produção de significados carregados de subjetividade. Estes traduzem e estruturam informações preciosas na compreensão do objeto pesquisado, e, de forma silenciosa, constróem um novo canal de interpretação. Ou seja, para decodificar mensagens, se faz necessário analisar os dados obtidos durante a entrevista, explicitando o método utilizado para interpretar as falas.

Por tudo isso, criar categorias oriundas do próprio discurso dos entrevistados, da bibliografia utilizada, da observação do campo de pesquisa e da sensibilidade da pesquisadora é um facilitador metodológico utilizado aqui na medida qpermite uma aproximação com o objeto estudado. Assim, a análise é recortada pelas seguintes categorias: acolhimento; vínculo; gestão colegiada; grupo sujeito e caráter público.

6.2 A militância política na formação de atores sociais

As questões que agitaram a década de 70 marcaram mais do que apenas uma geração. As discussões pelo ideal de liberdade em oposição a um governo extremamente autoritário e anti-democrático levaram muitos estudantes na época a discussões sobre o que é, ou seria, uma sociedade mais justa e com igualdade social e liberdade de expressão. Conceitos que constituíram um referencial político, se influenciaram o cotidiano de muitos jovens daquele tempo, hoje ainda influenciam alguns adultos.

O grupo de atores que contribuíram na estruturação do hospital e na implantação do modelo possui alguns pontos em comum, além de ser formado por profissionais de saúde. Vários dos profissionais têm como referência o movimento estudantil, a residência em Medicina Social e a prática em Saúde Pública: elementos que dizem de um ideal de igualdade social e de um processo de trabalho em saúde coletiva.

Ao falar sobre a proposição de um modo de trabalho diferente da lógica mecânica, um dos entrevistados coloca “... *mas do que propor, é disputar...*”. Fica claro nessas palavras que o estoque de conhecimentos adquiridos dentro de uma prática política de militância ampliou a visão do sujeito sobre a implantação e/ou implementação de uma proposta que modifica profundamente a prática profissional. A utilização “disputar” revela

um sujeito que está de posse de um instrumento de convencimento; significa também entender e confiar no projeto.

Trabalhar com sistemas não estruturados como é a saúde se trona difícil, principalmente quando se trata de destituir ou mudar linhas de mando por categorias profissionais tão bem sedimentadas. É um desafio que requer um grande embasamento, por romper com algo sustentado desde os bancos escolares e cristalizado no cotidiano dos serviços de saúde.

Apesar da maioria dos atores entrevistados terem em comum o trabalho ligado à saúde pública, se colocando na luta política, outros, pelo contrário, possuem uma certa aversão a esse tipo de trabalho na área de saúde. É característica esta fala: *“sempre achei saúde pública coisa de gente preguiçosa, de quem não queria trabalhar”*. É assim mesmo que o trabalho em saúde pública é encarado, principalmente pelos técnicos ligados ao modelo clínico, que reconhecem como trabalho em saúde apenas o que é feito dentro das organizações hospitalares e se espantam ao se deparar com as possibilidades de mudanças colocadas pela “saúde pública”. Apesar disto, se envolveram com o trabalho e deixaram de ser avessos às propostas colocadas para o hospital.

A questão política aparece como elemento chave na implantação do modelo, mas a competência técnica foi considerada fator imprescindível para a garantia do “dar certo”. É como se, no início, a disputa pelo projeto necessitasse sobretudo de competência política, e para sustentá-lo, a competência técnica fosse essencial. Ambas tornam-se indispensáveis na nova prática proposta, conforme foi observado.

6.3 A construção do modelo no HPRB

“O modelo é voltado para o paciente e não para o médico, de tal forma que nos organizemos para dar conta.”

Assistente de direção

O modelo de gestão colegiada implantado no HPRB é único. Possui especificidades de uma instituição nascida sob a lógica coletiva, comprometida com a sociedade e com o serviço público de qualidade. Exige um grupo aberto a questões novas. *“Um grupo onde tudo era novo.(.); as pessoas não detinham experiência na área de administração hospitalar, exceto a assessoria”* (Assistente de Direção). A equipe de profissionais da área assistencial veio após a construção do prédio e a instalação dos equipamentos.

“O hospital foi montado com a ajuda do LAPA¹, ou melhor, a coordenadoria operacional disse ao LAPA como queria o hospital”. (Assistente de Direção) Assessorias anteriormente contratadas, não atendiam às necessidades de um hospital que fora idealizado pelo grupo. *“Nós sem experiência refizemos o trabalho”* (Assistente de direção). A base do trabalho dos assessores utilizava dados quantitativos, números de

¹ LAPA é a sigla do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

leitos, número de pessoal. *“O modelo que a gente pensava e propunha tinha que ter outra base de cálculo. (...) Com a assessoria do LAPA, tivemos uma surpresa, os nossos cálculos eram os mesmos do LAPA, que foram baseados em hipóteses, pura experiência pessoal”* (Assistente de Direção). A dinâmica do processo de trabalho foi sendo concretizada a partir das discussões com os assessores do LAPA.

Passada a fase das discussões e organização mínima da estrutura do hospital, os gerentes foram sendo convidados e capacitados. *“(...) Um pequeno curso de gerência foi montado e, só após, os profissionais concursados foram sendo agregados e reunidos com cada gerente de unidade”* (Assistente de Direção). A equipe constituída, incluindo cada gerente de unidade, foi construindo o processo de trabalho.

As oficinas para a formação do processo de trabalho resultaram em uma rede de compromissos expressa por fluxograma². *“Todas as unidades passaram por oficinas que consistiam na exposição do modelo gerencial e assistencial, com definição de colegiado e do organograma do hospital. Dois dias de treinamento com participação obrigatória dos concursados”*. *“As unidades assistenciais puderam elaborar seus objetivos, que resultado esperavam, as atividades e fazer o fluxo de trabalho”* (Assistente de Direção).

A decisão por discutir a condução gerencial e assistencial com os profissionais antes da inauguração do hospital criou um espaço de construção, reconstrução, troca de informações e conhecimento não só do modelo adotado, como também do processo de trabalho e dos pressupostos do SUS. A preocupação em ter o hospital como mais uma

² É um diagrama muito utilizado para demonstrar graficamente uma forma organizacional ou processos de trabalhos que se articulam.

unidade da rede foi um ponto perseguido desde do início e se manteve presente durante as oficinas. “(...) *não queremos ser os donos do saber*” (Assistente da Direção). O que se pretendia era desconstruir o papel de destaque na rede de saúde que essa organização conquistou ao longo dos anos junto à sociedade. Almejavam desconstruir mitos, conceitos fortemente arraigados no seio social. Em geral, a resistência provém dos profissionais da própria rede de serviços e dos funcionários do hospital: estes, por não quererem perder o poder de senhores da “cura”; aqueles, por insistirem na delegação de responsabilidades.

Dos servidores que fizeram o concurso público para trabalharem no Hospital Regional, a maior parte não reside em Betim e a distância, no início, tornou-se um empecilho. Este problema, todavia, foi revertido com outro interessante dado: a maioria dos funcionários tinham pouco tempo de formados, a faixa etária girava em torno de 30-35: “*Um dos ganhos do hospital foi de contar com uma equipe recém-formada com um gás bom para atuar nesse serviço*” (Assistente de Direção). Se, por um lado, pouca experiência configura um problema, por outro, tornou-se um facilitador na construção do hospital. Atualmente muitos vieram morar em Betim para iniciar a vida profissional, aumentando a carga horária na rede.

6.4 A formação de sujeitos

A alienação dos profissionais de saúde caracteriza um quadro de práticas e posturas repletas de valores centrados na doença e em atos automáticos registrados na prática da repetição. O processo de trabalho destes profissionais, que aliena, não é fruto de uma opção. *“As pessoas que optam por fazer área de saúde não trazem essa bagagem de negar o “ser” humano. Pelo contrário optam justamente por essa área, pela possibilidade de um contato mais próximo com o outro”*. (Assistente da Direção). Como defesa, diante da dura realidade (decidir quem morre ou quem vive) a sensibilidade diminui com o tempo, dando espaço a um processo de trabalho alheio às questões humanas. Ao propor o trabalho coletivo e em equipe, esse método resgatou algo que está adormecido em todos, aquele sentimento de que é possível por meio do trabalho construir a mudança.

Haveria possibilidades de saída desse mar de insensibilidade que cerca o usuário e o profissional nos serviços de saúde. *“Percebo na minha experiência de trabalho que essa discussão encontra muitos aliados no seio dos trabalhadores de saúde...”*(Assessor). A proposta foi acolhida muito bem pelos trabalhadores ávidos por expressar o desejo inconsciente de mudança da própria prática. O espaço foi construído, na medida que os profissionais discutiam e concretizaram o seu próprio ambiente de trabalho *“(...) as pessoas puderam mexer no que já estava pronto, redimensionar o que já havia sido calculado”* (Assistente de direção). O envolvimento entre o trabalhador e o seu trabalho foi uma das formas para estimular o potencial criativo do ser humano.

Construir pontes de interesses em que o profissional sinta-se parte integrante e não um mero espectador tornando possível sentir-se bem no ambiente de trabalho, mostrar o resultado da sua ação e adquirir novos conhecimentos foram motivações que o modelo apontava como saída da alienação. O local de trabalho foi visto como um local de desenvolvimento e prazer profissional. Outras formas de gerenciar utilizam o fator “motivação” como subterfúgio, no sentido de comandar de forma sutil os profissionais e limitar dessa forma sua liberdade. Como ressalta Gastão Wagner (1992), essas modalidades de gestão são mecanismos de aprisionar não só os corpos, mas a alma dos trabalhadores.

O desejo de construir algo através de suas próprias mãos foi a força motriz, impulsionadora da criatividade, algumas vezes superando o valor monetário dado ao trabalho. *“...gerente médico é prejuízo... mas o pessoal aceita, mesmo enfrentando sérios problemas administrativos (...) tratar com todos os profissionais é mesmo investir e ver o produto do seu trabalho, sentir satisfação naquilo que faz”* (Assistente de Direção).

Por outro lado, o tecnicismo, por vezes, foi utilizado para encobrir uma certa acomodação do processo de trabalho distante do usuário; vejamos esta fala: *“.. posso até fazer, desde que não precise mudar muito a minha prática”*. Algumas pessoas, aparentemente, não queriam modificar seu padrão de compromisso; preferiam um processo sem muito envolvimento. As múltiplas jornadas de trabalho, duplicidades de emprego e um certo descrédito diante dos projetos são argumentos para a cristalização destas ações, o que não deixa de ser uma realidade vivida pela maioria dos trabalhadores de saúde.

Manter o padrão de alienação, por vezes, é uma opção, por mais que seja dada a possibilidade de modificar: *“queriam que o hospital fosse igual ao local que eles trabalhavam anteriormente”* (Assistente de direção). Partir para uma nova experiência, que produz vínculo e responsabilidade, era algo desconhecido, gerador de medo para profissionais formados na lógica biológica centrada na doença e crentes na infinita capacidade de “curar”.

A potencialidade do modelo está na possibilidade de compor espaços de criação, de mexer e mudar dentro de ações coletivas. A mudança se deu aos poucos e foi sendo incorporada na prática: *“Hoje os profissionais não propõem voltar atrás e agir do modo antigo”* (Assistente de direção). A prática profissional é outra, acompanhada de compromisso sólido. Aquela prática “perdida” do início, do “não saber o que fazer” ou do só sabe fazer “desse jeito”, é encarada hoje como uma ação concreta recortada por outras ações. A participação nas equipes delimitou o espaço de atuação de cada profissional. Estes passaram a nutrir um respeito mútuo, ampliando a capacidade da assistência. Este é um olhar de fora para dentro e, por vezes, a mudança é embalada durante o processo sem se deixar mostrar: *“não sei se hoje eles percebem que estão em outro modelo”* (Assistente de Direção).

“A questão material é relevante para o desenvolvimento das atividades profissionais, as pessoas têm expectativas de consumo, de qualidade de vida, não dá para pagar pouco a um profissional que tem seu valor e sua importância” (Assessor). Sem condições minimamente satisfatórias de salário, ocorre deturpação do espaço de trabalho e a utilização do espaço público por ações privadas tem uma enorme chance de aumentar, opinaram.

Estabilidade no emprego ainda é um “conforto” para o trabalhador e a oportunidade de emprego público é almejada por grande parte dos recém-formados. Em Betim, o concurso público, que, na realidade, visava somente a avaliar a bagagem teórica do indivíduo, possibilitou a contratação de muitos recém-formados; foi um elemento ímpar na formação do quadro de profissionais. “*Não havia disputa de saber, já que todos eram recém-formados*”, e mais: “*...ali seria o serviço deles*”. O hospital estava sendo construído em conjunto. A oportunidade de iniciar um trabalho desse porte (a construção de um hospital terciário) com pessoas recém-saídas dos bancos universitários possui suas vantagens e desvantagens.

A princípio, “não ter vício profissional” é um ganho para o processo. As pessoas estavam abertas ao diálogo, ávidas para pôr em prática as questões incomodativas do tempo de acadêmico. No entanto, a falta de “traquejo” profissional, a insegurança que ronda na hora de conduzir um procedimento forma assuntos delicados e requeriam uma boa supervisão, sem esquecer que o modelo de assistência vigente, no qual foram formados, reconhecia a forma curativa como única forma de prática em saúde. “*Manter o tensionamento com educação permanente para dar conta dessa lacuna*” (Assessor) foi uma das discussões de fundo.

O grupo sujeito diz de um construir coletivo que passa pela ação e produção de algo próprio, levando a romper com modelos e normas para ser livre e poder criar. No entanto, a dificuldade de enxergar e romper com propostas antigas, dando abertura para questões próximas do ideal de mundo e sociedade solidários, mantém o forte sentimento da alienação.

O encontro com a desalienação no trabalho é apresentado com a vibração do médico em poder acompanhar de perto o seu paciente. “É interessante a mudança do discurso. Antes Betim não é igual a tal lugar, hoje, tal lugar não é igual a Betim” (Assistente de direção). A responsabilidade de ter nas mãos a condução de pessoas e profissionais foi se tornando algo prazeroso.

A lógica perversa que rege o trabalho em saúde está voltada para um poder hegemônico, cujo profissional nuclear é quase sempre o médico, dificultando o trabalho em equipe. Como contraponto, investe-se na descentralização e na democratização das equipes, porém o poder, em geral, é muito disputado e “(...) não é incomum constatar o Secretário de Saúde ou o Prefeito como opositor a essa descentralização” (Assessor). A cultura autocrática ainda permanece presente nas relações.

6.5 Trabalho em equipe

Em processo de trabalho, se prevê a ação de diferentes profissionais; delimitar o que é responsabilidade e tarefa de quem, a princípio, é algo fácil ou sem muita complicação. Quando o assunto é equipe de trabalho em saúde, o mesmo ato torna-se uma verdadeira celeuma: ninguém se entende e cada um acha a sua ação mais importante e vital do que a do outro.

A distância do hospital resultou, de início, na dificuldade de composição da equipe, pois era importante manter profissionais diaristas no quadro de pessoal. Além disso, as equipes ficaram desfalcadas, principalmente as de assistente social e terapeuta ocupacional: *“A composição caminhou na direção do médico e do aux. de enfermagem, o enfermeiro ficou um pouco pelo meio do caminho”* (Assistente de Direção). Por outro lado, o fato de os profissionais serem recém-formados e do hospital ser o primeiro emprego dos mesmos facilitou a formação dos grupos de trabalho.

Ao fim, a equipe se reduziu a dois profissionais. Em algumas unidades de produção, havia a presença de outros profissionais vinculados à equipe. O enfermeiro (a) se reservou, apesar do espaço possibilitar expor o seu núcleo, a permanecer distante, ou seja, a insistir em funções de coordenação de auxiliares, contagem de medicamentos, entre outras. Não que estas tarefas sejam de menor valor, mas o núcleo da enfermagem é o cuidar.

A resistência encontrada no Hospital de Betim quanto à participação ativa do enfermeiro (a) na assistência, propondo condutas para o cuidar, pode, por um lado, ser explicada pela própria história desta profissão predominantemente feminina, com menos de 100 anos de existência. Por tudo isso, houve e há necessidade da profissão ocupar seu lugar no campo da saúde, executando o seu papel de cuidar. Por outro lado, os meios utilizados para atingir a estabilidade e o reconhecimento profissional, por vezes, determina um certo radicalismo burocrático.

Segundo um gerente de unidade, “(...)poderia ter sido feito um exercício com a equipe nesse novo modelo ao invés de só falar”. Todavia, o modelo é algo que não foi dado, por isso há surpresas boas e más, coisas inesperadas, como o fato da enfermagem ter certa resistência. Entretanto, é impossível antecipar algo que precisa ser construído com a equipe de trabalho.

“ (...) Muitas foram as propostas e jeitos de trabalhar em equipe empregado pelas unidades (...) muitos não sabiam e se lançaram a experimentar” (Assessor). Ou seja, algumas unidades de produção avançaram mais em termos de proposta integrada do que outras. Mesmo sendo um modo de trabalho coletivo, “(...) deve ser puxado pelo gerente da unidade”, na fala do mesmo assessor.

O trabalho em equipe é o que requer maior atenção, pois é a atividade fim desta organização. É a equipe da “ponta” que vai “segurar” o modelo e permitir o nascimento de ações características da proposta, além de concretizar o que está no papel e proporcionar a recuperação do prazer no trabalho: É “...a questão do grupo sujeito e a de fato construir uma equipe que trabalhe na lógica da solidariedade e complementaridade dos papéis na assistência, (...) prazer da ação comum e retorno que motive” (Assessor).

É “(...) muito gratificante para uma equipe quando ela começa a perder a alienação daquilo que faz...” (Assessor). A diminuição da característica de alienado foi instrumentalizada pelo trabalho em equipe. O grupo foi levado a problematizar o seu cotidiano, mostrando os resultados do trabalho e expondo os indicadores de forma transparente, aliado à discussão em torno do problema e da necessidade de saúde de cada caso.

A organização horizontal em oposição à antiga forma verticalizada abre a discussão com os núcleos e as chefias que não mais existem e permitem o trânsito de informações em uma via menos sinuosa. *“A equipe sendo responsável, há uma nítida divisão de poder interno, não privilegiando o trabalho puramente médico, mas o discurso ainda é o mesmo”* (Assistente de Direção).

A continuidade do trabalho com acompanhamento mais próximo do usuário é garantido pelo profissional diarista, mas isto nem sempre significa um plano assistencial coletivo. *“Corrida de leito não significa trabalho em equipe. Há espaço para se ouvir um ou outro, (...) mas o ideal é discutir o plano terapêutico de cada paciente. Isso se dá na internação domiciliar na rede e não no hospital. Aqui tem médico que acha que é dono do paciente”* (Assistente de Direção).

A organização do trabalho em saúde é consolidado em “caixinhas”. *“Um campo de tensão do trabalho em equipe (...) quando se começa a publicizar a forma de trabalho; você entra no espaço, antes ocupado apenas por profissionais da mesma categoria”* (Assessor). Portanto, é comum haver resistência. A reunião de equipe é para a discussão dos casos e também para revisão e inovação do processo de trabalho. Houve muitas resistências: *“reunião não decide nada (...) é muita “queimação”* (Gerente de Unidade). Na realidade o que, em geral, acontece em reuniões é uma clara desqualificação de um processo que, na verdade, visa manter o instituído, somado à dificuldade de ter que lidar com o desconhecido.

No sentido de antagonizar essas questões, as reuniões precisam ser produtivas, por isso quem as conduz deve ser competente e instrumentalizar a equipe. Aqui, a supervisão matricial tem seu lugar. No HPRB, isso não aconteceu, sobrecarregando a figura do gerente de unidade e, de certa forma, não dando conta da formação de um trabalho coletivo na assistência.

6.6 Sistema de gestão colegiada: colegiado do hospital

O colegiado é um espaço de gerência que democratiza poder e informação, porém com o grande risco de, ao cristalizar discussões que girem em torno de processos individuais, não desdobrar ações e articulações coletivas, limitar sua potência. “(...) *O colegiado é um organismo vivo*” (Direção) e, portanto sensível a uma gama de ocorrências que vão desde a conjuntura política local, a outras subjetivas, algumas de controle zero e altíssimo risco a atividade fim da organização. Enfim, é um fórum que apresenta conflitos, situação comum quando vários interesses e poder são colocados em disputa. Porém, algo superior perpassa este espaço: a construção coletiva de um processo que, embora doloroso para alguns, reflete o crescimento profissional individual.

A dor vem e existe nas pessoas que falam pouco, falam muito ou nas que não falam. Por outro lado, “(...) *muitas vezes as discussões não chegam aos trabalhadores*” (Assistente de Direção). Esse tipo de “dor” deve ser evitada a todo custo, caso contrário o

objetivo do colegiado “cai no vazio” e deixa de ter sua importância e função nesta proposta.

A composição heterogênea do colegiado suscita e desperta a defesa de opiniões: “(...) *eu disputava com muito afinho*” (Direção). Isso aconteceu com muita frequência no início, quando havia muita dúvida do que seria o modelo. Neste momento, a solicitação é a de não deixar a proposta de gestão colegiada ir por “água abaixo” pela falta de entendimento do que se está tratando.

A dinâmica no interior do colegiado se dá garantindo que a comunicação lateral, aquela feita entre os gerentes das unidades de produção, não seja desestimulada: “*As informações são repassadas pelas diversas áreas; (...) as pessoas interagem bem com a questão de aceitar opiniões oriundas de outras áreas*” (Direção). O estímulo não fica só no espaço do colegiado, mas, e principalmente, no cotidiano, onde os gerentes são encorajados a resolverem seus problemas através da interação lateral: “*A comunicação lateral depende da maturidade do gerente*” (Diretor). Esta é uma questão que está ligada tanto ao perfil desse profissional, como ao processo de seleção do gerente, ambos pontos discutidos no item “perfil do gerente”. O esperado é que apenas as inquietações mais orgânicas e decisivas sejam levadas ao colegiado.

“*As reuniões devem ser enxutas para não se tornarem cansativas*” (Direção). Assim, uma preocupação dos assistentes é não deixar que nenhuma reunião aconteça sem que a pauta seja discutida com antecedência. A pauta do colegiado dos gerentes é feita com antecedência de três dias com o coordenador da próxima reunião e com os assistentes da direção. Os problemas são analisados previamente. Avalia-se se há como resolvê-los,

para que não sejam encaminhadas questões cujas soluções encontram-se no âmbito da gerência de unidade. São levadas ao colegiado somente aquelas em que haja necessidade de discussão pelo grupo todo, decisões que obrigatoriamente necessitam do coletivo. O tempo maior é destinado para os informes “ *reconhecemos que o momento é ímpar para o repasse das informações*” (Direção). Porém, alguns informes são anteriormente divulgadas para que não haja gasto desnecessário de tempo.

A alternativa encontrada pela proposta de gerência do HPRB, para que não se “caísse” no vício dos privilégios e simpatias pessoais, foi o preparo coletivo das pautas e a coordenação alternada das reuniões entre os gerentes. Não que seja um dispositivo que impeça o clientelismo, mas há uma possibilidade desta prática não acontecer, ou ser amenizada no interior da organização.

Como já foi colocado anteriormente, muitos são os conflitos que circulam o espaço do colegiado, alguns sobressaem mais que outros. Se “(...) *o conflito entre gerentes é marcado pela necessidade de se destacar entre os demais*”, nesse jogo de disputa interna, a ameaça à comunicação lateral é extremamente séria e requer a intervenção e a sensibilidade do diretor do hospital: “(...) *a responsabilidade maior é a do diretor, peça fundamental no colegiado*” (Direção).

Várias são as tensões canalizadas para o colegiado: “*A área meio é muito pressionada*” (Direção). Está é uma visão contida no cotidiano dos organizações de saúde, ou seja, de que a área meio dá o sustento; é a base para a atividade final. Na ótica dos profissionais de saúde, que são elementos ligados à assistência ao usuário as atividades da

área meio ou são ações de menor relevância no contexto global do processo de trabalho em saúde, ou mesmo não pertencem a esta área do conhecimento.

A ponte entre o colegiado e o meio externo é feita pelo diretor: *“Uma visão errada do colegiado é o colegiado decidir e o diretor cumprir simplesmente”* (Direção). Na visão das pessoas que obtém uma primeira aproximação com o modelo, esta é uma distorção comum, e vai ser melhor explorada.

A dinâmica interna do colegiado do HPRB é única: *“Optou-se pela discussão e o consenso dentro do colegiado como forma de decidir as questões”* (Direção). No entanto, alguns assuntos não são discutidos neste fórum, como o desligamento de gerentes de unidades: *“(...) questões como demissão de gerente não deve ser levado ao colegiado com o risco dos demais entender em como “perseguição” do diretor”* (Direção). Sendo um espaço de construção coletiva, tanto a escolha de um gerente, como seu posterior desligamento deveria ser assunto para debate do coletivo, já que todos são responsáveis.

Ainda sobre o modo de organização do colegiado, observou-se que é um espaço de trabalho autônomo e democrático. Entretanto, alguns assuntos não são debatidos naquele espaço, como mudança de direção, um fator que implica diretamente na condução da organização e no trabalho dos profissionais.

6.7 Sistema de gestão colegiada: colegiado de unidade

A função do colegiado de unidade consiste em garantir as decisões assumidas diante do paciente e a discussão sobre modelo, processo de trabalho, relações internas e externas, etc. As decisões são compactuadas no coletivo e baseadas em responsabilidades. A utilização do espaço serve aos mais variados fins: *“Há os que usam apenas para dizer que outros não trabalham, e os que fazem do colegiado uma arena multidisciplinar”* (Gerente de Unidade).

O mesmo risco de cristalização, visto no colegiado do hospital, está presente também neste fórum. Com um agravante a mais, a disputa entre as categorias profissionais e a criação de feudos no interior da unidade provocariam um clima de competição, em toda organização. Neste caso, o gerente tem, como veremos a seguir, papel fundamental na condução desses processos.

É também o *“(...) espaço em que se dá as disputas de modelo e de corporações”* (Assessor) por ser um espaço onde a presença do profissional não é obrigatória e *“(...) não tem cargo nenhum, o profissional está colaborando, sem compromisso com a diretoria e com a prefeitura, mas sim com seu trabalho e com o usuário”* (Gerente de Unidade).
Todavia, a maioria das Unidades de Produção não mantém reuniões periódicas e, uma vez

que não há eco no interior das Unidades, o processo de rede é interrompido ao fim da reunião do colegiado do hospital.

O fato de não haver reuniões na maioria das unidades de produção não apenas interrompe o processo iniciado no colegiado maior, como também leva o gerente a expor, nos encontros semanais, com o colegiado do hospital, apenas assuntos e informações que considere importante, ou seja, mantém-se o estilo autoritário das chefias de enfermarias.

Os profissionais que implementam a reunião de colegiado de unidade tiveram e continuam tendo dificuldades: *“No início marcava-se reunião e as pessoas não compareciam; (...) para o gerente, (...) as reuniões eram povoadas de queixas ou (...) apenas “ouvidos”, sem participação”* (Gerente de unidade). O fato da participação ser um ato espontâneo deve ser registrado: *“(...) não é fácil, não é obrigatória (...); a dificuldade de participação é grande, também o é o processo de legitimar e trazer as disputas para dentro do colegiado; (...) o colegiado do hospital por vezes reflete isso”* (Gerente de Unidade). Dessa forma, a seleção da pauta mencionada acima é importante. É neste espaço também que surgem questões relativas a reivindicações profissionais. Se ele for bem trabalhado, a questão pode ser enfrentada sob a ótica de um processo de trabalho coletivo, evitando, assim, a queda no abismo da segregação de categorias profissionais.

Alguns gerentes utilizam-se de instrumentos gerenciais na condução de reuniões: *“(...) O uso de indicadores é fundamental para o trabalho (...); quebra-se com o “achismo”, quando se apresenta indicador”*. Por ser o indicador um dispositivo que aponta questões, a exposição de assuntos que precisam ser melhor explorados pela equipe torna-se mais clara e legítima. Como exemplo, o resultado de internações confere uma certa noção da

realidade. Mesmo expresso em números, a leitura suscita muitas discussões, daí os indicadores serem utilizados como um argumento forte.

É importante que as decisões tiradas no coletivo sejam implantadas e os profissionais vejam o seu trabalho concretizado: “(...) *uma coisa que aprendemos é que precisamos exteriorizar as decisões tiradas em colegiado*” (Gerente de Unidade). É a marca daquele grupo no interior da organização.

Segundo o gerente de unidade, “(...) *estamos aprendendo muito com o processo de colegiado, conseguimos colocar diaristas e pessoas de outros plantões para interagirem durante as reuniões do colegiado*”. Essa “manobra” possibilita a discussão sobre as intervenções em torno do projeto único de assistência ao usuário e da própria unidade de produção.

6.8 Perfil do gerente

O perfil do gerente de unidade não é um dado delimitado e fechado no modelo. A princípio, este ator deve representar o fio condutor de um processo de trabalho único, não mais fracionado. Para tanto, a visão de integralidade das ações dos profissionais é perseguida, não apenas na atividade fim, como também na integração desta com a área

meio. Processos de trabalho variados interagem no interior de uma unidade de produção, em que o produto é o atendimento das necessidades de saúde do usuário.

Alguns entrevistados acham que o gerente deve *“ser bom tecnicamente, ser bom ouvinte, priorizar problemas”*. Outros consideram como qualidade mais importante no gerente a liderança: - *“liderança, a capacidade de dirigir do gerente, no meu entendimento, é um fator determinante”*. A Direção tem outra opinião: *“O bom gerente é difícil, pois tem características próprias; (...) depende muito do talento. São muitas as opiniões sobre as competências que deva ter um gerente de unidade. Algumas falas apontam para a capacitação do gerente no campo administrativo, como facilitador da prática deste ator. Segundo elas, faltar ao gerente instrumentais na área administrativa fragiliza o modelo: “Não ser gestor é a desvantagem do modelo” (Assistente de Direção).*

A necessidade de inserir ferramentas gerenciais são encontradas nas falas. Entretanto, a formação do gerente tem por base a saúde, ou seja, apesar das discussões no campo da gerência em saúde aventarem que o gerente que atua nesta área deva ter formação em administração, os do HPRB não defenderam esta posição; descrevem um profissional de saúde com acesso a instrumentos que possibilitem uma gestão diferenciada.

É também colocada a capacitação por meio de cursos, ressaltando-se que *“são importantes, mas não é a única coisa, em absoluto”* (Direção). Há gerentes que fizeram o curso de gestão e avançaram em pouca coisa, outros que não tinham curso algum se adaptaram bem melhor à resolução dos problemas. *“o peso maior está na dedicação 50%, 30% é talento e o resto é técnica”* (Direção).

A questão da soberania técnica na assistência se torna um entrave, sobretudo quando, principalmente em unidades de produção assistenciais, se coloca outro profissional que não o médico para gerenciar. Apenas duas unidades da área assistencial não são chefiadas por médicos, sendo que uma delas tem o médico como apoio, como retaguarda na assistência. A gerencia de profissionais não médicos é melhor aceita na área meio. Todavia, este é mais um dos desafios colocado pelo modelo. Essa forma de condução gerencial por processo, e não por categoria, quebra com o instituído das corporações profissionais, mas a hegemonia médica é “teimosa”.

São muitas as dificuldades no cotidiano de um gerente: *“Aceitar um cargo de gerente é ser gerente 24 horas por dia, todos os dias da semana (...) é muito pesado. Acho que a vida útil de um gerente deva ser de dois anos, a não ser que seja alguém muito habilidoso e tranquilo”* (Assistente de Direção). Um dos problemas marcantes é a alta rotatividade no serviço público, marcada profundamente pela questão salarial. *“O gerente fica louco atrás de um substituto, sem contar as ameaças que sofrem, o pessoal faz chantagem”*. As pressões provêm de uma multiplicidade de agentes, encontrados não só no meio interno, como também externamente, exigindo do gerente a capacidade de conduzir problemas estruturados, semi-estruturados e não-estruturados. Nesse sentido,, alguns profissionais consideram complexo a função de gerente: *“É difícil concentrar tantas habilidades em uma só pessoa, com um salário tão baixo (...) não tem gratificação”*.

A função de gerente *“não é fácil, tem sempre que estar chamando o pessoal e mostrando que está saindo do processo. As pessoas estão acostumadas a olhar o paciente por partes e ninguém olha o todo”* (Gerente de Unidade). Nota-se que o modelo integra nas ações do gerente a administração e a assistência, porém com a cautela de não fazer as

vezes da supervisão matricial, agindo mais como uma referência técnica do que como gerente. É o que acontece hoje no HPRB: por não haver a supervisão matricial, os gerentes acabam incorporando esta função, o que é legitimado pelo corpo de profissionais. Por fim, o acúmulo de tarefas é muito grande, realmente.

A delimitação do que é tarefa do gerente e aquilo que ele pode delegar deve ser ponto de pauta das reuniões de colegiado. Esta delimitação não é esquadriñar ações, é sim limitar espaços. As reuniões de equipe, por exemplo, podem ser coordenadas por outro profissional.

Apesar de ser peça chave desse modelo, *“o gerente não existe pronto”* (Direção). Em algumas unidades as características pessoais do gerente marcam a equipe. São aqueles que conseguem *“encaminhar discussões clínicas, montar protocolos, não como a regra do que você tem que fazer, mas como um saber mais ou menos circular e uniforme”* (Gerente de Unidade), conferindo um padrão médio para toda a equipe. Na realidade, a unidade de produção varia de acordo com a capacidade do gerente.

No HPRB, essa não é uma função do quadro do hospital, e sim um cargo de confiança, *“que procura mesclar capacidade profissional e fidelidade com o SUS e ao modelo”*. Com relação à escolha do gerente, o candidato deve *“(...) primeiro tem que entender daquilo, (...) ter o mínimo de conhecimento daquela área que ele está inserido; (...) devem ser pessoas bem informadas”*. O exigido inicialmente para alguém ocupar o cargo de gerente *“(...) é ter conhecimento de algumas técnicas de reunião de grupo, organização de fluxograma, capacidade de leitura”*, além, é claro, de indicação para ocupar o cargo.

Independentemente da unidade, o gerente tem liberdade de deliberar junto ao colegiado do hospital. Todos os gerentes estão no mesmo nível hierárquico: *“Pessoas que vem de outras experiências rapidamente integram o colegiado e os outros espaços dentro do hospital”* (Direção).

Algumas decisões não passam pelo espaço do colegiado de unidade. Para estas, prevalece a autonomia do gerente. Todavia, espera-se que a decisão seja pautada a partir de um pacto interno subordinado às questões dos direitos do paciente, do objetivo e da missão da instituição. Desse modo, o *“o gerente não vira porta voz”* (Direção).

“O gerente não consegue abarcar todo o conhecimento”. Assim, os gerentes passam a buscar o saber compartilhado e a entender o hospital sob uma nova ótica.

6.9 Diretor

O cargo de Diretor do HPRB é de confiança do Secretário de Saúde. O fato de ser uma função indicada politicamente não a retira do espaço que lhe fora destinado no interior do modelo.

Não haver gerências intermediárias aproxima o diretor do cotidiano do hospital, ao mesmo tempo que facilita ações para o exterior. *“É o modelo que mais aproxima o diretor*

da realidade do hospital” (Direção). O diretor fica mais “livre” para atuar em fóruns como o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho de Administração (composto pelos outros diretores de unidades de saúde), ambos espaços de decisão da Secretaria Municipal. A responsabilidade dele nesses fóruns externos é a de levar informações e decisões tiradas no colegiado e buscar subsídios para as discussões internas do hospital (como as que se referem ao campo para residência e às novas formas tecnológicas de melhorar e atualizar o trabalho). A articulação para fora é muito grande, não só com a Secretaria, como também com outros municípios.

Cabe ao diretor negociar externamente, já que o hospital funciona na lógica de um modelo que exige um diretor atuante e não apenas representante.

Os problemas que chegam ao diretor pela própria estrutura horizontalizada do organograma exigem solução por vezes imediata: “(...) o diretor tem que ser resolutivo, o modelo empurra (...) (Direção). Os assistentes oferecem bastante mobilidade para essa “polivalência”, auxiliam muito. Apesar do dinamismo imposto, “sobra pouco tempo”: “(...) houve momentos que me senti muito sobrecarregado”.

“Ao diretor cabem muitas decisões que não passam pelo colegiado” (Direção). Há ocorrências do dia a dia que interferem no andamento do hospital e que devem ser decididas naquele momento. A autonomia gerencial é um fator de extrema relevância para o diretor ser “criador”.

6. 10 Controle social

Na maioria dos hospitais, são duas as visitas a pacientes adultos durante a semana. Para a criança, a legislação permite a presença da mãe ou responsável durante todo período de internação. No caso de uma pessoa que é internada por causa de um acidente, ou uma parturiente, a família só terá informações, e por vezes desconhecidas, ao fim dos primeiros cuidados, ou depois que o bebê nasce. Até a informação chegar, o imaginário familiar funciona bastante. Ao lado disso, vem o sentimento e a culpa: se tivesse dinheiro poderia pagar uma clínica privada com acomodações para acompanhante.

A possibilidade de ter acompanhante para todos os usuários no HPRB foi uma decisão consoante com o modelo, já que, a proposta é voltada para o usuário. Portanto, o “acompanhante” faz parte do processo de democratização proposto pelo modelo gerencial.

O custo foi o primeiro fator gerador de discussão: “(...) *era barato, só gastava com a alimentação*” (Assessor). As refeições no hospital não são terceirizadas, o que promove uma redução nos gastos. Os acompanhantes ficam acomodados em cadeiras reclináveis, não ocupam leito. “*O custo é pequeno para manter um acompanhante, principalmente se comparado com os ganhos de recuperação e redução nos dias de hospitalização e de reinternação*” (Assessor).

Outra preocupação dizia respeito à presença da figura masculina (companheiro) em enfermarias femininas: *“Foram feias entrevistas com as pacientes da enfermaria feminina, e não houve problemas”* (Gerente de Unidade). Os usuários entenderam a dimensão e a importância de se ter alguém da família próximo nesse momento.

A presença de uma pessoa a mais no espaço de trabalho do profissional de saúde, e que indiretamente interfere no processo de trabalho, a princípio não causou muita alegria para os profissionais do hospital: *“(...) Presença do acompanhante publiciza o que está sendo feito e expõe mais o profissional a avaliação. É complicado.”* (Assessor). O paciente ganha autonomia por meio da participação em seu próprio processo de adoecimento.

A questão do poder hegemônico da classe médica é abalada e alguns profissionais rejeitam a presença em determinados locais que consideram setores privativos, justificando do mais lúdico, como nesta fala: *“A participação do pai na sala de parto é rejeitado pelos profissionais”,* (...) *“pessoas sem educação que não sabem se portar”* (Gerente de Unidade).

Os profissionais que mais sentiram a aproximação do acompanhante em suas ações foram os do corpo de enfermagem. É a profissão que permanece 24 horas próxima ao usuário e, portanto, a que convive de perto com as implicações do acompanhante. Uma das questões apontadas por estes profissionais refere-se a sexualidade: *“Questões de sexualidade surgem e são tidas como grandes problemas, quando na verdade é apenas questão de colocar limite e conscientizar o pessoal”* (Assistente de Direção).

O sistema de acompanhante desmascara o mito de poder imposto, de modo geral, pelo profissional que atua na saúde. O profissional é diretamente ligado ao controle externo e não somente à corporação.

Inicialmente, ter o acompanhante foi uma proposta tirada pela diretoria do hospital. Hoje, os acompanhantes são orientados pelos profissionais acerca dos papéis de cada um naquele lugar. Se não houver um trabalho de conscientização, os problemas de espaço físico e de acompanhantes querendo fiscalizar o trabalho da enfermagem e pressionando para a alta precoce se constituirão nos principais entraves para o andamento do processo de cura, mas *“A presença do acompanhante é extremamente importante”* (Gerente de Unidade). Este é o resultado a que se chegou após esses anos de experiência buscando sanar tais problemas.

Muitas são as propostas não só de organização como também de aproveitamento da presença do acompanhante no hospital. Demandas em torno do resgate da cidadania e da paternidade responsável têm sido apontadas. O auto-cuidado tem sido visto com um grande ganho na recuperação do paciente. Resolveu-se elaborar uma cartilha de orientação para trabalhar o acolhimento. Contudo, *“(...) a equipe precisa discutir mais o assunto; ampliar a discussão no sentido da humanização”* (Assistente de direção).

O acompanhante termina por fazer parte do processo de trabalho daquela enfermagem em que o familiar está internado. Contribui para a assistência, a recuperação e o cuidado. Apesar do modelo contar com os conselhos e colegiados, o efetivo controle social se dá na realidade na ponta do trabalho, na atividade fim da organização. O acompanhante envolve a família no processo terapêutico e no processo de avaliação de

serviço. É “*Um espaço de possibilidades*”, um espaço que merece ser mais discutido e aprofundado no interior do modelo.

6.11 Administração

O hospital é uma Unidade da Secretária Municipal de Saúde subordinado a Coordenadoria Operacional, uma decisão que o coloca sob a administração direta do Secretário de Saúde.

A rede de saúde de Betim possui 31 unidades³ de saúde. A que tem o maior orçamento é o hospital, “*gasta muito mais que toda a rede*”. E a relação entre a direção e a Secretaria “*desde o começo sempre se deu direto com o gabinete*” (Direção).

A presença do hospital no organograma da Secretaria confirma a idéia do hospital como mais uma unidade da rede. Por outro lado, é a unidade que mais gastos possui, superando por vezes o total das demais, e, portanto, com uma concentração de poder econômico e de mobilização política considerável. Sendo assim, as negociações se dão diretamente entre diretor e secretário. Apesar da direção participar dos fóruns de decisão da secretaria, o hospital ainda continua ocupando o seu papel de destaque diante da rede de serviços de saúde.

Mesmo sob administração direta da Secretaria, um certo grau de autonomia para o hospital havia sido pensado. Com o passar do tempo, isso foi sendo modificado. No início, não tinha contabilidade nem pagamento, pois estes serviços ficariam a cargo da Secretaria, mas tinha setor de compras e uma comissão de licitação. Ao hospital caberia também uma dotação orçamentária específica. Por questões jurídicas relativas aos gastos e ao desdobramento da compra, o item adquirido para o hospital seria o mesmo para a secretaria. A duplicação de setores acabou se tornando um transtorno administrativo e a atitude foi a de acabar com os setores de compra e licitação, concentrando estes serviços na Prefeitura.

“Quem decide as compras é sempre a Secretaria. No período de implantação do hospital, foram feitas duas comissões de licitação: uma lá outra aqui. Foi considerado ilegal pela assessoria e procuradoria. Percebemos que o processo não poderia ser duplicado mesmo, pois a compra é feita em um único processo. Estamos repensando se é ilegal mesmo e pedimos que o processo de compra ficasse aqui no hospital, fosse montado aqui e só fosse enviado para a comissão (da Secretária) o processo pronto. Verificou-se que isso é re-trabalho. Na verdade, se fazia tudo de novo quando chegava lá e não agilizava. A gente queria era tomar conta do processo, pois muito se perdem, some,... é um horror”. (Direção)

³ CARVALHO, Sérgio *O desafio da mudança: Instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Betim*, Dissertação de Mestrado, DMPS/UNICAMP, 1997, p.46.

Hoje, o hospital possui uma pequena verba mensal para pequenos gastos. Uma parte vai para a manutenção e outra para o almoxarifado. O funcionamento em termos administrativos acompanha o restante da rede.

O fato de grande parte do poder decisório referente à administração financeira localizar-se na secretária de saúde limita a ação do colegiado do hospital. Portanto, a autonomia desse espaço é limitada. Em termos gerais as organizações de saúde (Centros de saúde, Unidades Básicas, Postos de Saúde, Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento) necessitam de autonomia, pois o próprio tipo de trabalho que desempenham suscita questões emergenciais. Lida-se com vidas e a margem de erro deve ser a menor possível.

A saída ditada pelos entrevistados é a de que *“de fato o gestor, subordinado a um colegiado maior, ao conselho municipal de saúde, seja quem define a aplicação dos recursos”*. O que se pretende é ampliar os mecanismos de ação da Unidade, ao mesmo tempo em que se mantém a transparência do processo.

Outras são as ações limitadas pela baixa autonomia: *“Tudo passa pelo secretário de saúde. Eu não posso suspender um funcionário sem que a assinatura do secretário não esteja no documento. Felizmente ele é meu amigo e a gente fez um acordo: a suspensão pode ser feita no hospital e endossada por ele (...) Poderia trabalhar com metas definidas de gasto, tipo orçamento, só que eu não posso conceder uma extensão de jornada, não posso alterar a carga horária de nenhum funcionário”*. O jogo de poder se faz presente no HPRB, e a descentralização fica reduzida à relação pessoal e à meia dúzia de ações sem muito peso político.

“O hospital tem uma tendência natural a ser o centro”. Se esta inclinação for reforçada, “e se tiver um diretor com intenção de auto promoção, não é a forma de administração que vai frear”. (Direção)..

A gerência de pessoal no HPRB é marcada por pequenos conflitos na Prefeitura de Betim: *“Vínculos que não sejam de funcionário público concursado ou qualquer outra forma de contratação é rechaçada e tida como neoliberalismo. Por outro lado, eu acho complicado algumas coisas, como por exemplo o Secretário trabalhar seis horas e o resto da prefeitura trabalhar oito, não entendo. Acho que temos que ser flexíveis”*. Uma das formas de garantir a manutenção de um serviço público é a contratação de pessoal via concurso. Mas, no interior de qualquer administração, há os cargos de confiança, comissionados, que nem sempre passam pelo crivo de um concurso público daquela unidade. Todavia, a forma de contratação vem mudando. Hoje, a palavra de ordem é *“relações flexíveis entre trabalhador e empregador”*. Se por um lado isso garante a uma pequena parcela de trabalhadores uma maior autonomia na negociação de salário, por outro, uma enorme parcela da população brasileira está fadada, sob este modelo, a se sujeitar a qualquer tipo de situação no ambiente de trabalho.

A contratação de pessoal continua sendo uma preocupação. *“O gerente é cargo comissionado de confiança, eu posso nomear gerente de qualquer lugar. Só que o salário não é atrativo. Meu salário de gerente é menos do que um médico de 40 horas: 2 mil. Chega a mais pelas gratificações; em torno de 3 300. E suficiente, pensando que a maioria das pessoas vivem com muito pouco. Mas eu acho que é uma opção de vida. Para o médico não é, pois tem outras oportunidades fora, mas para outras categorias é vantajoso ser gerente. Nada me impede de, para contratar gerente, eu abra um concurso,*

não público, mas um processo de seleção. Eu estou pensando em fazer isso mais adiante”
(Direção).

Os problemas decorrentes da administração direta coloca em foco a autonomia relativa que o hospital possui, o que implica em uma série de situações que vão desde de contratação de pessoal, até o abastecimento do hospital. O HPRB possui um colegiado gestor, um espaço de explicitação de questões, de discussão e também de mobilização e articulação política. No entanto, observou-se que esta problemática de ampliação da autonomia frente à Prefeitura, não surgiu até o momento como incomodo a ser solucionado pelos profissionais do hospital.

6.12 Problemas

Nesta parte são expostos os principais entraves da aplicação do modelo de Gestão Colegiada no HPRB. Portanto, esse tópico faz referência às categorias de análise e para melhor entendimento, foi separado por numeração.

❶ - Diretor clínico do hospital – A eclosão da discussão sobre a presença de um Diretor Clínico no hospital, surgiu, em parte, do desconhecimento das pessoas sobre o modelo de gestão colegiada, que tem um organograma diferenciado, onde a presença do diretor

clínico é inexistente. Por outro lado, o poder médico hegemônico buscou respaldo em seu órgão de classe: o Conselho Regional de Medicina (CRM).

A exigência do CRM prevaleceu e o processo eleitoral teve início no hospital. A justificativa para a presença desse cargo vinha com um discurso técnico e ético, mas, na realidade, a causa primeira é a disputa interna de poder. Respaldados na legitimidade social, os médicos fazem um movimento de diferenciação da equipe,

O confronto com o CRM veio resgatar uma discussão importante no interior do hospital: o papel das comissões multiprofissionais. A atuação dessas comissões serviria para diluir o poder, além de ser um espaço a mais no esclarecimento do modelo. Todavia, o espaço multidisciplinar pode, e é entendido, como o espaço onde o profissional de determinada categoria fica subordinado a uma outra categoria profissional. A sombra do corporativismo reaparece, num processo que é único em saúde e isso deve ser ressaltado.

Vale ressaltar, que em outros hospitais que adotaram este modelo de gestão, o diretor clínico foi considerado como supervisor matricial. É uma das possibilidades encontrada para trabalhar com o poder médico, de forma, a incorporá-lo no processo de trabalho coletivo.

☉ – Categoria profissional – A opção de contratar técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, dentro do limite em que estas profissões se apresentam, atendendo à lógica da melhor atenção ao usuário, trouxe dificuldades para a prática. A diferença entre estas profissões fica mais clara na teoria do que na prática.

Por ser a profissão de auxiliar de enfermagem mais antiga, na maioria das vezes, este profissional tem um melhor desembaraço em campo. O técnico tem experiência prática menor. O resultado é que as atividades de técnico são desenvolvidas pelo auxiliar, este com salário menor que aquele. A preocupação é grande. Questões trabalhistas podem ser levantadas, já que as atividades privativas de um profissional são desenvolvida por outro.

④ – Equipe – Apesar do esforço para preservar profissionais diaristas, o horário dos enfermeiros não são compatíveis com o do médico. Na prática, mantém-se um médico para seis leitos, sem que o plano terapêutico funcione.

Algumas das dificuldades que, embora amenizadas, continuam sendo um complicadores para o trabalho em equipe, são a multiplicidade de tarefas do enfermeiro e a sobrecarga de empregos. Ambas são comuns a todos os profissionais da área de saúde.

⑤ – Horário de visita clínica aos leitos – As visitas aos leitos se mantém pela manhã, nas enfermarias, apesar de ser horário que não agrega o maior número de profissionais. É difícil aceitar que podemos mudar as normas e as convenções, mesmo quando nos é dado este poder. Para facilitar a questão do trabalho em equipe e mesmo a sobrecarga de serviço do enfermeiro (a), as visitas poderiam ser realizadas em horário oportuno à equipe.

⑥ – Assistentes - Alguns cargos de assistentes requerem um entendimento além da área de saúde, um outro conhecimento, mais específico. É o caso do assistente de informática, que requer esse duplo conhecimento. Ademais, esta é uma profissão pouco debatida no ambiente do hospital, deixando alguns profissionais sem entender, por exemplo, a presença desse ator nas reuniões de colegiado.

O salário também é um problema, pois cargo de assistente no HPRB recebe menos que um gerente, além de ser um cargo com baixíssima autonomia. A presença dos assistentes facilita o trânsito dos demais gerentes e do próprio diretor do hospital.

⑥ – Solidão da direção – O cargo de direção é um cargo de muita responsabilidade, ficando evidente a necessidade de pessoas que compartilhem das angústias geradas. Tem-se o colegiado mais como espaço de disputa e o perigo de identificação de grupos mais ligados ao diretor pode caracterizar privilegiamento.

⑦ – A supervisão matricial – Em unidades de produção muito especializadas, o papel do profissional-referência é de suma importância. O cotidiano e a sobrecarga de serviço escamotearam a importância desse ator estratégico para o modelo. A direção não valorizou esse elemento, sendo o espaço ocupado erroneamente pelos assistentes.

Referências Bibliográficas

CARVALHO, Sérgio O desafio da mudança: Instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Betim, Dissertação de Mestrado, DMPS/UNICAMP, 1997

*"Andarilho, o caminho é feito de seus passos, nada mais; /
andarilho, não há um caminho, você faz o caminho ao
caminhar. / Ao caminhar você faz o caminho / E ao olhar para
trás, você verá um caminho sem retorno. / Andarilho, não há
nenhum caminho, / apenas trilhas nas ondas do mar."*

Antônio Machado

Considerações finais

A disputa no setor social, em particular na área de saúde, gira em torno da lógica de contenção de gastos - marca do modelo neoliberal. A proposta é que o mercado seja o regulador e principal responsável pela prestação de serviços à sociedade. Por outro lado, grupos implicados na qualidade do serviço público de saúde buscam o fortalecimento do setor.

O modelo de gestão em questão, gestão colegiada com base em unidades de produção, possibilita a discussão e o resgate do setor público como um setor resolutivo e capaz de atender à demanda com serviços de qualidade, por meio da participação dos trabalhadores e do local de trabalho como espaço criativo no interior da instituição,.

O modelo rompe com padrões tradicionais de corporações profissionais, mobilizando o poder antes cristalizado no interior da organização. A mudança ocasionada na estrutura hierárquica assusta os profissionais que resistem e insistem em manter o padrão verticalizado por uma clara questão corporativa, como no caso da manutenção do cargo de Diretor Clínico no HPRB.

A não existência de chefia com superioridade no reconhecimento técnico, somado ao perfil do profissional recém-formado que ingressou no hospital, favoreceu o aprimoramento, o crescimento profissional e também a discussão da proposta de gerência. O espírito inovador e a credibilidade ainda intacta na profissão são qualidades daquele que chega disposto a provocar e aceitar mudanças.

As duas direções que estiveram à frente do HPRB desde sua inauguração deixam claro que o método é algo flexível e permite ser “modelado”. E mais do que isso, já que se trata de um método que dá condições para se mexer com o modo de trabalho, atendendo ao pressuposto primeiro de produção de sujeitos coletivos, as direções que se sucedem podem impor sua marca.

Na primeira direção, foi nítida a marca imposta na organização daquele hospital, onde a aposta é feita na defesa do serviço público. Formar um serviço que integre realmente a rede foi a proposta defendida com todo afincamento nas reuniões de colegiado do hospital. Outra característica é o impulso a um trabalho coletivo e bem entrosado entre os assistentes, gerentes de unidade e a diretora. É a cumplicidade, fortalecendo a caminhada para os objetivos que se quer alcançar.

A segunda direção tem uma preocupação com a produção do hospital, impondo um ritmo diferente da grande família; uma gestão mais agressiva e de decisão, mas nem sempre estas são tomadas em conjunto, mas não deixam de ser pautadas nos princípios que regem o hospital. A preocupação foi a de fazer valer a sua autonomia como gerente de uma organização que, por vezes, merece algumas decisões de imediato.

Em todos os dois momentos, ficou evidente o espaço aberto na estrutura para que houvesse a marca do gerente. E a organização mudou, sim, mas a linha primeira de comprometimento com o usuário é mantida nos dois momentos.

Mas e a marca dos outros profissionais? Há uma certa dificuldade em lidar com o projeto do outro. Alguns gerentes de unidade de produção deixam isso claro quando, a

todo momento, fazem referência ao modelo como algo que não pode ser abalado, que deve ser seguido à “risca”, intocável. É bom lembrar que o que se pretende, ao contrário, é oferecer ao profissional espaço de criação, de intervenção e de prazer.

A dificuldade de aceitar outro profissional, que não o médico, gerenciando unidades assistenciais, mostra que mecanismos de intervenção nessa lógica de trabalho dentro do hospital não foram totalmente desenvolvidos. As decisões dos casos continuam passando principalmente pelas condutas médicas, sem a intervenção e o diálogo com outro profissional. O médico se mantém dono do processo de trabalho. O colegiado de unidade, arena ideal para serem discutidos esses e outros problemas da formação de equipe, tem sido pouco utilizado.

A falta da supervisão matricial foi suprida pelo gerente de unidade, que abarca mais essa “função”, e pelo centro de estudos, que supriu a figura do professor. Na realidade, o Centro de estudos deveria agir em conjunto com a supervisão matricial, estimulando esse confronto entre modelo de atenção usado de maneira fragmentada e a proposta de integração na forma de atender em saúde, além, é claro, da discussão dos casos de forma mais técnica.

A não departamentalização quebra, em parte, com a couraça do corporativismo, mas o entendimento com algumas especialidades médicas é difícil de ser superada. Um exemplo: um pediatra que trabalha na emergência tem seu vínculo com os pacientes daquele setor; é lá que se encontra o seu processo de trabalho e não na pediatria, mas isso é pouco entendido. Com os cirurgiões, a situação ainda é um pouco delicada, pois o trabalho deles é parte realizado na emergência e parte em outra unidade: o centro cirúrgico. Esse é

um problema real para a equipe do HPRB e para o gerente destas unidades de produção, já que a especialidade de cirurgião congrega outras subespecialidades.

A assistência domiciliar andou pouco, apesar de não ser uma meta estabelecida. As atividades de atenção na residência dos usuários é uma consequência do processo de trabalho desenvolvido no hospital. A discussão com a rede ocorreu sem ser planejado, mas atingiu suas finalidades.

Houve a utilização de indicadores como instrumental novo inserido na prática do profissional. Este é um potente instrumento de intervenção na realidade que não deve ser perdido e mascarado pelos atropelos do cotidiano hospitalar. “Pedidos e compromissos” foram usados no início, na conformação das unidades do hospital. Neste processo, cada ator faz seu pedido e indica quais os compromissos que se prontifica atender. Estes indicadores deveriam ser resgatados na possibilidade de transformar o processo de trabalho.

A decisão por um hospital integrado à rede faz com que não haja ambulatório e a impressão, no início, para a população, é que o hospital não funcionava. O hospital como centro do sistema é impregnou também no imaginário social. Nesse momento, a rede de serviços de saúde de Betim deu o suporte esperado, aumentando o atendimento e interagindo articuladamente, de forma que as reclamações logo foram sendo recolocadas e a sistemática entendida pela população.

O hospital manteve a sua meta inicial eliminando alguns setores da organização, (unidade de queimado não tem mais) e se especializando em outros. A relação com a rede

está mais na referência e contra-referência, e as discussões, que no início se davam com maior frequência, passaram a ser mais espaçadas ou de acordo com a necessidade.

Os problemas novos devem ser resolvidos de forma dinâmica para não deixar “murchar a proposta” e abater os profissionais. Criar novas formas de comprometer os funcionários é importante e, neste caso, a figura do assistente é essencial.

O hospital foi concebido sob administração direta da Secretaria de Saúde, no sentido de manter a organização como uma unidade complementar à rede de serviços de saúde. Ter um hospital sob administração direta, apesar da reconhecida necessidade, traduz as dificuldades intrínsecas a toda administração de unidades complexas. A habilidade e agilidade na compra, estoque e distribuição de materiais é fundamental, pois qualquer ruptura no processo de abastecimento promove inúmeros danos que são vivenciados pelos usuários. Um exemplo é a falta de material hospitalar ocasionada pela centralização da compra de material.

Por outro lado, ter uma unidade de despesa permite maior autonomia e descentralização de funções. As unidades sob esta forma administrativa ficam responsáveis por elaborar o próprio orçamento, o qual, aprovado por colegiado superior, possibilita o controle dos gastos. Conhecendo o processo de administração financeira, a unidade amplia a capacidade de negociação interna e externa.

Segundo Campos, 1997, a arrogância cognitiva manifestada nas relações de autoridade configura uma certa centralização nas ações e uma certa redução no nível de interação entre as pessoas. Apesar da descentralização ser uma prerrogativa do SUS,

muitas Prefeituras encontram dificuldades em descentralizar atividades, principalmente no campo econômico. O discurso politicamente democrático encontra verdadeiros abismos quando entra no campo operacional. As práticas cotidianas demonstram que a regra é válida tanto para governos progressistas quanto para administrações mais ortodoxas, refletindo o padrão limitado, prosaico, “galinha” de alguns indivíduos: como na história da Águia e da Galinha¹, a manipulação das pessoas é propagada pela consciência.

Segundo Barbosa e Lamy (1995), a formação profissional de gerentes de hospitais é um fator necessário, devido ao conflito de fatores que interagem sobre o desempenho das organizações e o alcance de resultados. A complexidade crescente dessas organizações em seu meio ambiente não permite mais que ações gerenciais exigindo que as decisões sejam fundamentadas exclusivamente no bom senso e em experiências passadas. Apesar da profissionalização ser um elemento relevante na gerência, no HPRB, este fator não interferiu na condução da unidade.

Diversos artigos voltados para executivos da área de gerência de empresas destacam o carisma e a intuição como atributos indispensáveis ao perfil de um bom executivo. Guardando-se as devidas proporções, mas transportando estes argumentos para a prática hospitalar, tais características se completam sem serem excludentes. É na dialética do olhar posições aparentemente opostas que se encontra o equilíbrio.

No caso do HPRB, o gerente é um profissional de saúde, primário como coloca CARVALHAL (1993), com visão de administração, mas sem sair do seu núcleo, como se

¹ História de James Aggrey, contada e adaptada por Leonardo Boff. A dimensão do enraizamento, do cotidiano, do prosaico, do limitado simboliza a galinha e a dimensão da abertura, do desejo, do poético, do ilimitado expressa o símbolo da águia.

o campo na saúde fosse ampliado com algumas características na área de gestão. É o momento do profissional de saúde ser responsável também pela condução da sua própria organização.

É claro que o método estudado é uma obra inacabada que precisa de outras mãos para produzir e fazer com que ele se mostre potente. O caso do Hospital Público Regional de Betim demonstra uma das formas de aplicação desta “invenção”, sem que configure um modo fechado. É um caso específico que poderá ser usado como exemplo, pois, com certeza, algumas situações podem encontrar semelhança em outro lugar e servir de espelho quando da sua aplicação. O importante é destacar que o método, e muito menos o estudo aqui apresentado, não é algo acabado, ambos merecem serem visitados.

Bibliografia

ABREU, Bergamini A. Novas reflexões sobre a evolução da teoria administrativa: os quatro movimentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, 16(4): 39-52 out/dez. 1982

ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. **O Saber de Enfermagem e sua Dimensão Prática** São Paulo Cortez, 1989

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira **Hospital Instituição e História Social** São Paulo: Letras & letras, 1991

AKERMAN, Marco Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. **Cadernos da Fundap**, São Paulo, V19, p. 79 - 87. jan/abr. 1996.

BARBOSA de oliveira, C. A. (1987) - Comentários sobre crise atual do Estado, IESP/FUNDAP, textos p/ discussão nº 19.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **O processo de desenvolvimento de sistema de gestão em organizações hospitalares e a importância da profissionalização de seus dirigentes, considerações a partir de um processo de consultoria no Hospital Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz**. Dissertação de mestrado ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995.

Gestão em Saúde: Desafios dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**, 1997, São Paulo: Editorial, 1997, 324 p. p. 143 – 162.

BERWICK, Donald M. e Col. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**, São Paulo: Makron Books, 1994.

BOFF, Leonardo. **A Águia e a galinha uma metáfora da condição humana**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRAGA NETO, Francisco Campos. **Examinando Alternativas para a Administração dos Hospitais: Os Modelos de Gestão Descentralizados e por Linhas de Produção.** Dissertação de mestrado ENSP, Rio de Janeiro, 1994.

BROWN, P **Florence Nightingale** Coleção Personagens que Mudaram o Mundo. Rio de Janeiro: Globo, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde **Descentralização das Ações e serviços de Saúde a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei,** Brasil, 1993.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado Secretaria da Reforma do Estado MARE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS Caderno 2 Brasília - DF/1997 35p

CAMPOS, Anna Maria. Em busca de novos caminhos para a teoria de organização. **Revista de Administração Pública.** 15(1): 104-123, 1981.

_____. Contribuição para o resgate da relevância do conhecimento para a administração. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** 7 (2): 105-127, 1997

CAMPOS, G.W.S, A Gestão Enquanto Componente Estratégico para a Implantação de um Sistema Público de Saúde, texto apresentado no Seminário: Novas concepções em Administração e Desafios do SUS em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial, Coordenação ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP/SP no período de 15 a 19 de outubro de 1990.

_____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida,** São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde** São Paulo: Hucitec, 1992, 220 p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In **Agir em Saúde um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

-
- _____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4, 1998, p863-870.
- CAMPOMAR, Marcos C. Do Uso de "Estudo de Caso" em Pesquisa para Dissertações e Teses em Administração. In **Revista de Administração**, São Paulo, julho/setembro, 1991, Vol. 26, nº 3
- CARAPINHEIRO, Graça **Saberes e Poderes no Hospital Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**, 2ª ed. Porto: Afrontamento, 1993
- CARVALHAL, M.R.F. Formação de administradores de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 15(1): 57-103, 1981.
- CASTELAR, Rosa Maria (org.) **Gestão hospitalar Um desafio para o hospital brasileiro**, Rennes: ENSP EDITEUR, 1993.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cutrix, 1982
- CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira (org.) **Inventando a Mudança**, Hucitec: São Paulo, 1994
- CHAUI, Marilena. **O que é Ideologia**, 36ª ed. Editora brasiliense São Paulo: Coleção primeiros passos, 1993.
- CHAVES, M. **Saúde e Sistemas**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978.
- CAHANLAT, Jean – François (coord.) **O Indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3ª ed. Vol. 1 São Paulo: Atlas, 1996.

DELUIZ, Neise "Formação Profissional no Brasil: Enfoques e Perspectivas" **Boletim Técnico do Senac**. V 19(1), Jan./Abr., 1993.

_____, "Formação do Trabalhador em Contexto de Mudança Tecnológica".
Boletim Técnico do Senac. V 20(1), Jan./Abr., 1994.

_____, **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**, Rio de Janeiro: Shape Ed., 1995.

DONABEDIAM, Avedis. *La Calidad de la Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación*. México: La Presa Médica Mexicana S.A , 1984.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro & PEREIRA Luiz **Saúde e Sociedade** São Paulo: Duas cidades, 1976 124p.

DRAIBE, S. M. & AURELIANO, L. (1989) A especificidade do Welfare State Brasileiro, In: **MPAS/CEPAL - A Política Social em Tempo de Crise, 3 - Economia e Desenvolvimento**, Brasília (1ª parte).

DRAIBE, S. M. (1993) - As políticas sociais e neo-liberalismo, *Revista da USP* nº 17, São **Revista Brasileira de Ciências Sociais** nº 6, Anpoc São Paulo: USP.

DUSSAULT, Gilles, " A Gestão dos serviços de saúde: características e exigências" **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 08-19.

ENRIQUEZ, Eugéne O Inivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica, **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.37, n. 1, p. 18-29 Jan/Mar 1997

ETIZIONI, Amitai **Organizações Modernas**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1987

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979

FRANCO, Túlio Batista **As Organizações Sociais e o SUS** mimeo, 1998

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio: Paz e Terra, 1972.

GERMANO, R.M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GIL, Antônio C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987. P 121

GIOVANELLA, Lúcia (org.) **Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde coletiva**, Textos de Apoio, Rio de Janeiro, Ensp, 1992.

CHANLAT, Jean – François (cord.) **O Indivíduo na Organização Dimensões Esquecidas**. 3ª ed. Vol. 1 São Paulo: Atlas, 1996.

GRAMSCI, Antonio, **Concepção Dialética da História**, 7ª ed. Editora Civilização Brasileira S. A , 1987.

GUATTARI, Felix. **As três ecologias**. Rio de Janeiro: Papyrus, 1990.

INOJOSA, Rose Marie “Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas práticas?”. **Cadernos da Fundap**, V19, jan/abr., 1996, p. 88 - 97.

JORNAL, Cidade de Betim, 01 a 07 de agosto de 1996 - ANO II - Nº 69

JUNQUEIRA, L. A P. e INOJOSA, R. M. “Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia”. **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 20-31.

JUNQUEIRA, L. A P. "A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia". *Revista de Administração Pública*. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 139-144.

KAST, F. E. & ROSENZWEIG, J. E. **Organization and management – a systems approach**. N. York: MCGraw Hill, 1970. 654p.

KISIL, Marcos, **Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um paradigma**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

KONDER, L. **O Futuro da Filosofia da Práxis**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectivas, 1975

LEMOS, Sheila O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde: o conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de clínicas básicas Raphael de Paula Souza, Dissertação de Mestrado, EBAP/FGV, 1994.

MARTINS, Maria Inês Carsalade . **As Organizações de saúde no contexto do SUS uma realidade em construção**. Dissertação de Mestrado, FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro, 1994.

MATUS, Carlos **Política, Planejamento e Governo**, Tomos I e II Brasília: IPEA, 1993.

O plano como aposta, São Paulo: em perspectiva, 5(4), outubro/dezembro, p.28-42, 1991.

MEDICI, A C. e SILVA, P. L. B. "A Administração Flexível: Uma Introdução às Novas Filosofias de Gestão". *Revista de Administração Pública*. V 26(3), Jul./Set., 1993, p 26-36.

- MEDICI, A. C. e MARQUES, R.M. "Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde". **Revista de Administração Pública**. V 26 (2), Abr./Jun., 1992, p 20-31.
- MELO, C.M.M. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.
- MENENDEZ, Eduardo - "La Crisis y el Modelo Medico Hegemonico". **Cuadernos Médicos Sociales**, Rosario/Ag., n. 33, set/85, p. 55- 65.
- MERHY, Emerson Elias. 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 (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E. E. (org.) **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: A informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- METCAL, F. H. & URWICK, L. Introduction. In. FOLLETT, Mary Parker **Dynamic Administration The collected papers of Mary Parker Follet**. Editado por Henry Metcalf & L. Urwick N. York, Harper and Brothers, 1940.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em saúde**, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília. **Norma Operacional Básica**, 1997.

MINTZBERG, Henry **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**, São Paulo: Atlas, 1995.

MOTTA, Fernandes C. Prestes, **O que é Burocracia**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOTTA, Paulo Roberto, **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**, 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NOTAS de aula Prof^o Gastão Wagner de Sousa Campos Disciplina Saúde e Sociedade II no segundo semestre de 1998 Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP.

OLIVEIRA, F. (1993) - A economia política da Social-Democracia, **Revista da USP**, nº 17.

PIZZA, W. J Tempo nas organizações., **Revista Brasileira de Administração**, Rio de Janeiro: 31 (1): 4 - 16. Jan/Fev. 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Hospital Regional de Betim, Boletim Informativo, agosto, 1996.

RAMOS, Alberto Guerreiro. A modernização em nova perspectiva: Em busca do modelo da possibilidade. **Revista de Administração Pública**. 17(1): 5-31, 1983.

RIBEIRO, Pina Herbal. **O Hospital: História e Crise** São Paulo: Cortez, 1993.

RIVERA, F. Javier Uribe (org.) **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico**, Rio de Janeiro, Cortez, 1992.

SERVA, Maurício. O Paradigma da Complexidade e a Análise Organizacional. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, 32 (2): 26-35, 1992

SILVA, Alceu Alves **Empresa Pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Um Modelo Eficaz** trabalho desenvolvido para o Organização Pan-americana da Saúde - OPS, 1994.

SILVA, R.M. **A teoria organizacional do planejamento estratégico situacional e a gestão no setor saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. (Dissertação de Mestrado).

SILVA, G.B. **Enfermagem Profissional Análise Crítica**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SMITH, T.P. LEATE, P. ELLIS, B. FRIED **Decentralized Hospital Management: Rationale, Potencial, and two case examples**. Health Matrix. Vol. VII, nº 1

URIBE, Francisco J. E ARTMAN, Elizabeth. **O esquema Operativo de Planejamento Estratégico para o Nível Local**, mimeo, ENSP/FIOCRUZ, 1994.

WAHRLICH, Beatriz M. de Souza **Uma Análise das Teorias de Organização**, 3ª ed. Fundação Getúlio Vargas, 1972, Rio de Janeiro 180p.

<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Osrefex2.htm> Organizações Sociais: Autonomia de quem e para que? MERHY, Emerson Elias e Bueno, Wanderley Silva. 1998

<http://www.saude.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96/crit.htm> Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? MERHY, Emerson Elias e Bueno, Wanderley Silva. 1998

Anexo

Guia para entrevista

1 - Como a sua militância na área de saúde, influenciou sua participação no processo de Reforma Sanitária?

Com esta pergunta, espera-se conhecer mais de perto o universo que pautou a construção deste método gerencial. A hipótese a ser trabalhada é a de que as pessoas que militam nesta área, não só encontram respostas a crise do Estado Moderno, como também reagem efetivamente com propostas que substanciam-se como verdadeiras fortalezas na luta por um sistema único. Aliás, na construção deste método entram elementos que se aproximam mais da implantação do ideológico de um sistema do que somente uma alternativa para o contexto da Reforma do Estado.

2 - Como é propor uma prática para profissionais que possuem uma formação voltada para os aspectos biológicos e centrado no modelo liberal-privatista ? E a sua própria prática pessoal?

Tendo em vista o investimento feito pelo modelo no profissional. A pretensão desta pergunta é estar despindo uma faceta essencial para a gestão: como os profissionais de saúde, respondem a este investimento contribuindo com a administração comprometida com a vida.

3 - Como foi trabalhar sob uma nova prática, construída em bases assistências e tida como irrelevante e não necessária; como por exemplo, a questão do acolhimento da participação

da população baseada na necessidade do usuário? Você identificou mudanças na prática e na postura de profissionais que vivenciaram este processo?

Esta pergunta é mais objetiva que a anterior e visa conhecer de perto como foi o dia-a-dia da implantação e as mudanças que ocorrem no meio assistencial.

4 - Uma outra questão é a de como trabalhar a equipe de profissionais, e em equipe. Como foi promover sujeitos coletivos, um dos pilares que sustentam o modelo?

Desta forma espera-se poder perceber, mesmo não sendo a questão central da Dissertação, como o modelo enfrenta o corporativismo de determinadas classes profissionais.

5 - O processo de trabalho em colegiados, auxilia na construção do sujeito coletivo? Como?

Esta pergunta vem consolidar a anterior, podendo ter informações novas ou ratificar a resposta acima.

6 - Como fica a função do Diretor do Hospital nessa nova lógica?

O objetivo agora é o de conhecer a posição do profissional que vivenciou o poder gerencial dividido e como os demais membros da equipe administraram as responsabilidades consequentemente adquiridos.

7 - Planejar e refletir sobre ações que estão sendo desenvolvidas no cotidiano de uma enfermaria ou de um ambulatório, traduz a necessidade de encontros. Como é transpor as dificuldades do cotidiano de uma instituição hospitalar, repleta de intercorrências e onde o tempo é importante em vários sentidos?

A resposta para essa pergunta vai perpassar a crítica referida pelos profissionais que experienciaram metodologias como PES e que, em possuindo uma prática calcada no automatismo afirmam não ter tempo para a reflexão coletiva. Como coadunar uma prática de formação de sujeito coletivo nesta perspectiva é o que se pretende visualizar através desta pergunta.

8 - Trabalhar com indicadores. Como foi essa experiência na área assistencial?

Esta pergunta vem complementar a anterior.

9 - Como a população recebeu essa nova "ordem" implantada no hospital?

O que se quer verificar é se tendo em vista que o município não dispunha de instituições públicas para atendimento da população, o impacto tenha sido positivo.

10 - Como se dá a cobrança, ou melhor quais as formas de cobrança e de motivação pessoal na área assistencial?

Esta pergunta vem reforçar uma pergunta anterior em relação ao profissional implicado na construção do modelo implantado.

11 - De forma geral, como você vê os entraves? Onde na sua opinião o modelo apresenta falhas?

É uma pergunta bem ampla. Além de permitir o enfoque específico na área de atuação do entrevistado possibilita uma visão geral da situação do hospital frente ao modelo. O ver desta realidade certamente servirá de subsídio na medida que o trabalho de campo for se desenvolvendo.