

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

CASIANA TERTULIANO CHALEGRE DE PAULA

**O PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO
DE PERNAMBUCO – UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA
*DÉMARCHE STRATÉGIQUE***

RECIFE
2010

CASIANA TERTULIANO CHALEGRE DE PAULA

**O PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO –
UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA *DÉMARCHE STRATÉGIQUE***

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

**RECIFE
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P324p Paula, Casiana Tertuliano Chalegre de.
O Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco:
uma análise sob o enfoque da démarche stratégique/ Casiana
Tertuliano Chalegre de Paula. — Recife: C. T. C. de Paula, 2010.
107 f.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

1. Modernização do Setor Público. 2. Hospitais de Ensino. 3.
Modelos Organizacionais. 4. Administração Hospitalar. I. Gurgel
Junior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 658:61

CASIANA TERTULIANO CHALEGRE DE PAULA

**O PRONTO-SOCORRO CARDIOLÓGICO UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO –
UMA ANÁLISE SOB O ENFOQUE DA *DÉMARCHE STRATÉGIQUE***

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 21/06/2010

Banca Examinadora

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Dr. Sidney Feitosa de Farias
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

**RECIFE
2010**

Dedico esta dissertação a minha família, em especial a meu filho Gabriel, razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me fortalece e realiza sonhos.

A todas as pessoas da minha família pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao meu orientador, professor Garibaldi Dantas Gurgel Junior, pela orientação acadêmica, apoio, acolhimento e disposição em dividir seus conhecimentos na construção coletiva desse produto.

A todos os colegas de mestrado, pelas ricas discussões nos seminários de pesquisa e pelo prazer de dividir essa etapa da minha vida.

Aos professores do Mestrado Profissional, pelos espaços mediadores de busca do conhecimento.

Aos entrevistados, pela colaboração nesta pesquisa.

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vida, pela compreensão da minha ausência nas semanas de aula.

A Dr. Ênio Lustosa Cantarelli, por entender a importância do Mestrado Profissional e pela atenção e disponibilidade em conversar sobre o PROCAPE.

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

PAULA, C. T. C. **O Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco:** uma análise sob o enfoque da *Démarche Stratégique*. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

RESUMO

O PROCAPE é um Hospital de Ensino com regime jurídico de fundação pública, pertencente à Fundação Universidade de Pernambuco (UPE). É referência para as regiões norte e nordeste em cardiologia, onde se realiza uma interface de políticas públicas de alta relevância na saúde e na educação. Considerando os Hospitais de Ensino com suas especificidades dentro de um contexto complexo, sob influências do processo de Reforma do Estado e da construção do Sistema Único de Saúde, a partir da política de reestruturação dos hospitais de ensino, torna-se importante entender como o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE estão sendo conduzidos. O modelo organizacional dos hospitais públicos, em geral, é muito burocratizado baseado numa lógica mecanicista e fragmentada. Como consequência, isso tem dificultado o desempenho desses serviços. Esta pesquisa faz uma análise organizacional do PROCAPE utilizando como estratégia metodológica o estudo de caso numa abordagem qualitativa, na qual o modelo teórico da *Démarche Stratégique* guia a busca de material empírico e o plano de análise. Foi utilizada uma triangulação de fonte de dados, com entrevistas semi-estruturadas e análise documental. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise do discurso do sujeito coletivo e os documentos foram analisados com a técnica de Bardin. O modelo organizacional do PROCAPE, por suas características ora burocráticas, ora de racionalidade gerencial, reforça a alienação do trabalho e a pouca responsabilização dos atores organizacionais e acaba por não proporcionar o exercício da horizontalidade dos níveis decisórios na micropolítica do hospital. O trabalho contribuiu para identificar elementos importantes dessa instituição universitária, compondo-se de um subsídio para análise de propostas para a sua administração dentro desse complexo contexto de mudanças.

Palavras-chave: Modernização do Setor Público; Hospitais de Ensino; Modelos Organizacionais; Administração Hospitalar.

PAULA, C. T. C. **The Cardiac Emergency Medical Service of Pernambuco**: an analysis from the standpoint of *Démarche Stratégique*. 2010. 107 f. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

ABSTRACT

PROCAPE is a teaching hospital which is a public foundation that works with the Universidade de Pernambuco (UPE). Reference to the north and northeast regions in cardiology, where there is an interface of public policies of high relevance in health in education. Considering the Teaching Hospitals with its especialities within a complex context, under the influence of the process of State Reform and the making of a unified Health System from the restructuring policy of teaching hospitals, it is important to understand how organizational model and the contracting process of PROCAPE are being conducted. The organizational model of public hospitals is, in general, very bureaucratic and based on a mechanistic and fragmented logic. As a consequence, this has hampered the performance of those services. This research analyses the organizational and methodological strategy PROCAPE using the case study a qualitative approach, in which the theoretical model of *Démarche Stratégique* guide the search for empirical data and analysis plan. We used a triangulation of data source, with semi-structured interviews and documentary analysis. The interviews were analyzed by the technique of discourse analysis of the collective and the documents were analyzed with the technique of Bardin. The organizational model of PROCAPE by its characteristics sometimes bureaucratic, sometimes rationality management, strengthening the alienation of work and little accountability of organizational actors and ultimately does not deliver the performance of the horizontality of the decision-making levels in the micropolitics of hospital. The work helped to identify important elements of this University, consisting of subsidies for an analyses of proposals for its management within this complex context of change.

Key words: Modernization of the Public Sector; Teaching Hospitals; Organizational Models; Hospital Administration.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Rede de cuidados	41
Quadro 2 – Instrumento de Análise do Discurso 1	49
Quadro 3 – Instrumento de Análise do Discurso 2	49
Quadro 4 – Plano de análise dos dados	51
Quadro 5 – Evidências no POA (2008-2009)	76
Quadro 6 – Evidências no Regimento Interno do Conselho Gestor de Saúde do PROCAPE	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHRU – Centro Hospitalar Regional Universitário

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

FCS – Fatores Chave de Sucesso

FESP – Fundação do Ensino Superior de Pernambuco

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HE – Hospital de Ensino

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNH – Política Nacional de Humanização

POA – Plano Operativo Anual

POP – Procedimento Operacional Padrão

PROCAPE – Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco

SECTMA – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente

SINDUPE – Sindicato dos Servidores da Universidade de Pernambuco

SUS – Sistema Único de Saúde

UPE – Universidade de Pernambuco

ZOPP – Ziel Orientiert Projekt Planung (Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos)

APRESENTAÇÃO

Este estudo partiu da necessidade de contribuir, através de uma investigação científica, com o Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares (PROCAPE), procurando abordar a interface entre a análise organizacional e a estratégia de gestão. Ao aprofundar o estudo dos modelos organizacional e de gestão que vem ao longo dos últimos anos sendo propostos e discutidos, conheci o modelo de gestão estratégica hospitalar *Démarche Stratégique* (abordagem estratégica). Este é um enfoque adaptado para o setor público, adequado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe critérios de racionalidade econômica para a gestão hospitalar.

Inicialmente surgiu como um desejo de já colocá-lo em prática, sendo proposto um projeto onde seria averiguada a aplicabilidade da *Démarche Stratégique* no PROCAPE. Durante o processo de aprendizagem do universo da investigação científica, nos módulos de seminários e com o suporte do orientador, pude entender que esse tipo de estudo não seria viável nesse momento, uma vez que seria preciso um estudo anterior para entender o modelo organizacional do hospital, e, além disso, como eu não fazia parte da gestão do PROCAPE, seria difícil a aceitação para a aplicação do modelo como um estudo piloto.

Até chegarmos a uma delimitação clara do objeto de estudo e da pergunta-problema, foi preciso um processo de amadurecimento, onde foi necessário trilhar um caminho de mergulho no campo da Reforma do Estado, entender as características das organizações públicas e das organizações hospitalares, estudar modelos de planejamento aplicados no setor saúde e por fim, aprofundar o entendimento sobre o próprio enfoque de gestão hospitalar *Démarche Stratégique*. Tais temas se configuraram na fundamentação teórica e embasaram posteriormente a coleta, análise e discussão dos resultados encontrados.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A REFORMA DO ESTADO	18
2.2 ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE	24
2.3 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	26
2.4 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE	31
2.5 O ENFOQUE DE GESTÃO HOSPITALAR DE CRÉMADEZ & GRATEAU	36
2.5.1 A <i>Démarche Stratégique</i>	36
2.5.2 As premissas teóricas do método	38
2.5.3 As principais fases do método	41
3 OBJETIVOS	47
3.1 GERAL	47
3.2 ESPECÍFICOS	47
4 CAMINHO METODOLÓGICO	48
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM:	48
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	49
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	49
4.4 COLETA DE DADOS	50
4.4.1 Instrumentos e técnica	50
4.4.2 Análise e interpretação dos dados	51
4.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	53
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
5 RESULTADOS E ANÁLISE	56
5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	56
5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL	76
6 DISCUSSÃO	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	94
REFERÊNCIAS	96

APÊNDICE A	103
APÊNDICE B	104
APÊNDICE C	105

1 INTRODUÇÃO

No SUS, apesar da expansão dos serviços e aumento da cobertura assistencial, melhorar a capacidade da gestão como base para o aumento da qualidade na prestação de serviços é um grande desafio. Apesar do processo de implementação do SUS estar entrando para sua terceira década, persistem modelos de atenção e de gestão anacrônicos e desperdícios estruturais, ameaçando a efetividade desse sistema que segue restringido pela macropolítica e macroeconomia dominante no país (ARTMANN, 2002; SANTOS, 2007).

No cotidiano dos serviços de saúde observa-se que tais modelos organizacionais e de gestão são, de forma geral, burocratizados, apoiados em departamentalizações rígidas e verticais e com ênfase na comunicação formal (BARBOSA, 1995). No Brasil, o SUS é composto por mais de 6.000 hospitais, dos quais 185 são reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospitais de ensino. Tais organizações vêm passando por uma crise de graves proporções, com ênfase principalmente para as dificuldades de financiamento, onde a área mais prejudicada é a pesquisa (BRASIL, 2007; GUIMARÃES, 2004). Observa-se que os Hospitais de Ensino (HE) vêm tentando mudar estes modelos e neste contexto, um estudo de Vasconcelos (2002) caracterizou tais crises em seis dimensões, quais sejam: política, gerencial, assistencial, financeira, acadêmica e social.

Em 2003 uma nova agudização da crise motivou a criação de uma Comissão Interinstitucional para discutir os seus determinantes (CECÍLIO; REIS, 2009). Em 27 de maio de 2004, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS, através da Portaria Interministerial nº 1.006, para hospitais ligados ao MEC e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do SUS, através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.702, para os demais HE (BRASIL, 2006). Ambas tratavam principalmente do processo de contratualização que foi definido como:

O meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabeleceriam metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deveriam ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, 2006, p. 4).

Foi a partir desta constatação que o governo federal implantou a partir 2004 uma Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Esse processo, definido como “contratualização”, fez parte de uma política de restabelecimento dos compromissos de gestores do SUS/Ministério da Saúde e HE/Ministério da Educação englobando quatro eixos estratégicos: o modo de produzir a assistência e o modo de inserção desses estabelecimentos no SUS; o modo de gerir os HE; a pesquisa, o ensino e a formação de trabalhadores da saúde (graduação, pós-graduação e educação permanente); a avaliação e a incorporação tecnológica (BRASIL, 2004b, 2009).

No atual estágio do processo de reforma do Estado no Brasil tem-se indicado uma mudança do regime jurídico dos hospitais públicos para Fundação pública de direito privado. Sabe-se que este processo conseqüentemente exerce forte influência sobre o comportamento das organizações e que novas pressões de mudança na gestão hospitalar já começam a surgir. Segundo Costa, Ribeiro e Silva (2000), do ponto de vista micro-organizacional, a idéia da necessidade de garantir maior autonomia e flexibilidade às unidades de saúde, disseminou-se de forma coerente com o discurso da Reforma do Estado e na busca de maior eficiência na gestão pública.

Um HE se caracteriza pela tríplice função de ensino, pesquisa e assistência e por proporcionar assistência à saúde de alta complexidade. O grande desafio é em como tornar estes hospitais instituições que possam se articular a uma rede de cuidados e contribuir para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento do sistema de saúde. Para os autores, tal instituição, ao estender seus horizontes, formando articulações internas (relações interdisciplinares) e parcerias com a rede e utilizando todos os recursos de uma região, estaria propiciando contornos mais completos e diversificados ao SUS. (FAVACHO, 2001; MEDICI, 2001; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Para Merhy e Cecílio (2003), no campo da Administração Hospitalar, o paradigma funcionalista sistêmico é o que prevalece nas produções teóricas. Este modelo vê o hospital composto por partes, as quais são os vários serviços ou setores, bem articulados entre si e trabalhando na lógica dos objetivos organizacionais. Os autores destacam a idéia de que, seguindo esta lógica, os trabalhadores são recursos humanos, que devem ser selecionados e

socializados para cumprir seus papéis dentro do hospital. Portanto, são meras peças da engrenagem sistêmica e isto é insuficiente para abordar a micropolítica dos hospitais. Acrescentam ainda que este modelo mental para pensar o hospital é, por muitas razões, claramente insuficiente para o pensamento crítico comprometido com a construção do SUS.

Por outro lado Feuerwerker e Cecílio (2007) reconhecem que o paradigma funcionalista dá conta de certas questões da administração hospitalar, pois o hospital tem aspectos de funcionamento sistêmico, têm partes mais estruturadas e previsíveis, fluxos de insumos, processos com certa materialidade e *outputs* claramente reconhecidos. Contudo estes autores consideram também que há a necessidade de uma reflexão teórica que inclua outros referenciais para dar conta da singularidade e dos desafios presentes na gestão dos hospitais.

Gonçalves (1998), ao retratar a estrutura organizacional do hospital moderno, constatou que a visão tradicional das organizações hospitalares, objetivando apenas uma estrutura voltada para suas atividades específicas internas, já está superada pelos novos estilos de gestão. Esses serviços quando voltados para a integração crescente, com presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, trazem melhores resultados para o desempenho da instituição.

Esta pesquisa propôs uma análise organizacional do PROCAPE, utilizando, para essa análise, as bases teóricas do método de gestão hospitalar *Démarche Stratégique*. Esse modelo de gestão hospitalar foi desenvolvido na França na década de noventa, com contribuições de vários autores, dentre eles Cremadez e Grateau também em um contexto de profundas mudanças. No Brasil esse modelo de gestão já se constitui numa linha de pesquisa para vários grupos e autores como Rivera (1997), Souza (1997), Lopes (1997), Favacho (2001), Artmann (2002), Artmann e Rivera (2003) e Andrade e Artmann (2009) que se dedicam ao seu estudo e aplicação na realidade das organizações hospitalares brasileiras como uma ferramenta gerencial baseada:

Na análise estratégica das melhores alternativas de racionalização da missão do hospital, num ambiente de competição, que se pretende regular no sentido de uma maior coordenação, para desta maneira incrementar a eficiência e a eficácia de seus serviços (FAVACHO, 2001, p. 24).

Artmann e Rivera (2003) destacam as potencialidades do enfoque, como ferramenta de cooperação hospitalar que tem o propósito de pactuar a missão dos vários estabelecimentos hospitalares de uma rede. Isso aponta a coerência com a diretriz de descentralização do SUS, o que confere grande possibilidade de incorporação aos hospitais brasileiros, podendo ser utilizado no contexto local.

Segundo Andrade e Artmann (2009) o enfoque *Démarche Stratégique* visa problematizar justamente a dissociação que existe entre a direção estratégica da instituição e o centro operacional, em busca de um mecanismo de comunicação entre os mesmos e um planejamento flexível e contínuo de projetos. Favacho (2001) chama atenção para três características importantes que norteiam a *Démarche Stratégique*, são elas: a abertura para o ambiente externo, a elaboração de estratégias de desenvolvimento das especialidades e a proposta de uma mudança na cultura organizacional.

Em se tratando de modelos organizacionais, Mintzberg (2003) é um autor que classifica as organizações em seis modelos básicos: empreendedora, mecânica, profissional, diversificada, inovadora e missionária. Para ele, as tendências que levam uma organização a ser eficaz ou não, se devem a esse número restrito de modelos, com seus respectivos elementos constitutivos.

A área temática do presente estudo é uma interface entre a estrutura organizacional e a estratégia de gestão dos HE, configurando como objeto formal a análise organizacional do PROCAPE. Esse HE é uma fundação pública pertencente à Universidade de Pernambuco (UPE) que é uma instituição de ensino da administração indireta, subordinado a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente de Pernambuco. Este hospital é referência para regiões norte e nordeste em cardiologia para realização de políticas públicas de alta relevância na saúde e na educação.

O modelo organizacional dos hospitais, no Brasil de uma forma geral, é historicamente burocratizado, baseado numa lógica mecanicista e fragmentada. Como consequência, isto dificulta o desempenho dos serviços. Tendo em vista que os HE tem suas especificidades e, estão num contexto complexo de mudanças sob influências do processo de Reforma do Estado e da

implementação do SUS, e considerando mais especificamente a política do governo federal de reestruturação destes hospitais, torna-se importante fazer uma análise organizacional mais ampla do PROCAPE. No campo da pesquisa espera-se contribuir para identificar elementos importantes dessa instituição universitária, compondo-se um importante subsídio para análise de propostas para sua administração, dentro desse complexo contexto de mudanças.

Para facilitar a condução do estudo, adotou-se a seguinte pergunta: **Como o modelo organizacional e o processo de contratualização do Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco estão sendo conduzidos dentro do contexto da Reforma do Estado e implementação do SUS?**

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As reflexões teóricas deste estudo utilizadas para apoiar a compreensão do objeto e sua análise estão organizadas em capítulos e se situam em torno de revisão sobre a Reforma do Estado, das Organizações Públicas de Saúde, das Organizações Hospitalares, o Planejamento em Saúde e o Enfoque de Gestão Hospitalar da *Démarche Stratégique*.

2.1 A REFORMA DO ESTADO

A reforma do Estado é vista freqüentemente como um processo de redução do tamanho do Estado, envolvendo a nova delimitação de sua abrangência institucional e a redefinição de seu papel (BRESSER-PEREIRA, 1997). No Brasil, os estudos sobre a reforma do Estado são bastante recentes, mas já apresentam algumas linhas de investigação mais abrangentes. Até o final da década de 90, a maioria dos estudos esteve restrita ao campo da economia, sendo o tema incorporado mais recentemente à agenda de pesquisa da ciência política (CAPELLA, 2000).

Na história da administração pública, o Estado brasileiro, que era patrimonialista até o século XIX, passou a apresentar as primeiras e limitadas características do Estado burocrático na década de 1930, chegando à administração para o desenvolvimento, com a centralização e ampliação do complexo aparelho burocrático, consolidada na década de 1960 incorporando um viés autoritário e tecnocrático na ditadura militar. A reforma administrativa na década de 1980 culminou na constituição de 1988 que trouxe um arcabouço jurídico institucional democrático e de direito dos cidadãos. A partir da década de 1990, entretanto, buscou-se trazer para a administração pública brasileira, dentro do contexto acadêmico da Nova Administração Pública, a idéia de uma revolução gerencial, com muitos aspectos semelhantes da administração de empresas, através da descentralização dos processos de decisão e trabalho, da flexibilização, do controle de resultados, ao invés do controle de processos e da ênfase na qualidade e eficiência dos serviços oferecidos (PIRES; MACÊDO, 2006; COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000; VAITSMAN, 2000).

Quanto aos estudos produzidos sobre a reforma do Estado, Capella (2000) relata duas fases principais. Primeiramente, as análises restringiram-se aos aspectos econômico-financeiros da falência da forma de intervenção estatal. Estes estudos privilegiavam de maneira prescritiva ações de reforma fundamentadas na restrição das atividades estatais e na liberação do mercado, ou seja, estavam baseados numa perspectiva neoliberal.

Foram estas linhas teóricas que, trazidas da micro-economia, que dominaram os debates, identificando o Estado como um problema. Contudo, já na década de 2000 essa perspectiva cede lugar a outras abordagens nas quais o Estado, e não mais o mercado, passa a ocupar o centro da discussão, sendo o Estado apontado dessa vez como solução às crises observadas. Neste momento, os estudos passam a incorporar questões políticas e institucionais, traduzidas em termos da capacidade responsiva do Estado (EVANS, 1993; CAPELLA, 2000).

Capella (2000) identifica que nesse segundo momento, o Estado complementaria o processo de liberalização da economia através de um movimento duplo: por um lado diminuiria tanto seu tamanho quanto a intensidade de sua intervenção. Porém, complementarmente, aumentaria sua capacidade efetiva de manter sob equilíbrio as políticas macroeconômicas e de controlar todo o processo de privatização e regulação que segue as reformas neoliberais. Mais do que reduzir o grau de intervenção estatal, estas análises assinalam a necessidade de uma ação governamental mais eficiente, a fim atender as demandas de interesse coletivo da melhor forma (PEREIRA, 1997; KAUFMAN, 1998; CAPELLA, 2000). Mais para além, no processo re-institucionalização do Estado como afirma Abrúcio (2007) nesta linha de raciocínio, aponta-se quatro eixos estratégicos para a gestão pública: profissionalização, eficiência, efetividade e transparência/*accountability*.

Na primeira fase do processo de reforma, o Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado em 1995, marcou a gestão pública pela chamada de reforma gerencial do Estado. E, teve como proposta um amplo processo de mudança, a qual visava transformar profundamente a administração pública nos seus aspectos gerencial, jurídico-legal e cultural, baseada na

administração pública gerencial, como crítica ao modelo burocrático ortodoxo (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Bresser-Pereira (1997) acredita que existem quatro componentes básicos da reforma do Estado dos anos 90, os quais levariam ao Estado Social-Liberal do século XXI:

1 - a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e publicização. (este último processo implicando na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta); 2 - a redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário através de programas de desregulação que aumentem o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país a nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional; 3 - o aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal, que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés de burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e a sua execução; e, finalmente, 4 - o aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças à existência de instituições políticas que garantam uma melhor intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta (BRESSER-PEREIRA, 1997, p. 18).

Para Silva (2009), a Emenda Constitucional 19/98 que alterou dispositivos da Constituição Federal de 1988, referentes à administração e ao servidor público, ficou conhecida como a Emenda da Reforma Administrativa e visava amortecer o enrijecimento da administração pública, tornando-a mais eficiente, livre da corrupção generalizada, ágil, dotada de economicidade, capaz de gerar resultados, gerenciando recursos públicos para atender materialmente o cidadão brasileiro em áreas essenciais e prioritárias como saúde, educação, segurança, justiça, entre outros.

Em paralelo a essas reformas, a crise no Sistema de Saúde Brasileiro é bastante conhecida e identificada pelos trabalhadores de saúde e pelos cidadãos que conhecem ou vivenciam o funcionamento desse sistema. É uma crise expressa por iniquidade, ineficiência, ineficácia e pela inadequação às necessidades de saúde que a população demanda (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993). Vários autores têm mostrado como é necessário enfrentar o desafio de saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de

outra maneira, anti-hegemônica, em relação ao projeto médico liberal (CAMPOS, 1992b; CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997; SCHRAIBER, 1993).

Na área da saúde, a reforma do Estado está direcionada para a descentralização que tem um caráter comum com as proposições do SUS (VIANA, 1996). Esse é um dos pontos de convergência com o movimento de reforma sanitária. A descentralização proporcionou como consequência das proposições reformistas para o Estado, o desenvolvimento e proliferação de experiências de novos modelos de gestão dos serviços de saúde. Pierantoni (2001) nos traz que essas experiências foram desenvolvidas inicialmente em hospitais, envolvendo aspectos de organização do trabalho a partir de iniciativas da gestão estadual e municipal ou até mesmo das próprias unidades de saúde.

Entende-se, portanto, que no atual contexto de reforma do Estado, os hospitais como instituições tão complexas, enfrentam desafios ainda mais significativos à sua gestão. Por isso, para Feuerwerker e Cecílio (2007) surge a necessidade de criar novas oportunidades para um debate qualificado e para a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que ampliem as possibilidades de oferta de atenção de qualidade à saúde no âmbito público e privado. Segundo os autores, esse debate também é fundamental para se pensar a formação em gestão hospitalar.

Os autores definem as personalidades jurídicas da administração pública brasileira. O tipo de regime jurídico em que atuam é um modo de entender as diversas organizações (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

a) Regime jurídico de direito público

a.1) Administração direta – são as organizações dos três níveis de governo e composta de órgãos de governo. Também é chamada de administração centralizada. Não possui personalidade jurídica própria, subordinada ao regime administrativo; funções de disciplina: formulação, regulamentação, regulação, coordenação e fiscalização; pouco apropriada para execução de serviços públicos; sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária.

a.2) Administração indireta – ou descentralizada é composta de pessoas administrativas (personalidade jurídica distinta e o que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação).

a.2.1) Autarquia – é um tipo de autonomia usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de tarefas típicas de Estado, como exercer o poder de polícia. Mas tem sido usada para ensino (universidades), saúde, indústria.

a.2.1.1) de regime especial – é uma autarquia na qual a lei de criação estipulou algumas condições especiais.

a.2.1.2) Agência executiva - é também uma autarquia especial, criada para o gerenciamento de entidades de ensino e de pesquisa. Existem poucos exemplos ainda desta modalidade.

a.2.1.3) Agência reguladora – autarquia de regime especial, nos termos de sua lei de criação, voltada para a realização de atividades no campo da regulação.

a.2.2) Fundação de direito público – hoje praticamente reduzidas a autarquias, são as fundações que existiam quando da promulgação da Constituição de 88. São, por exemplo, as utilizadas pelos hemocentros e parte das universidades federais.

a.2.3) Consórcio público – estas personalidades são entes de cooperação entre municípios e ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde, entre outros. A gestão do consórcio se realiza através da instituição de uma associação que pode estar tanto no regime de direito público, como no de direito privado (maior número de casos).

b) Regime jurídico de direito privado

b.1) Fundação pública de direito privado.

b.2) Empresa pública – instituída por lei pelo Estado para intervir no espaço econômico em igualdade de condições.

b.3) Sociedade anônima – também forma do Estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações.

b.4) Serviço social autônomo – esta personalidade jurídica foi muito utilizada no passado para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. Também é a forma de se expressarem os serviços sociais de apoio da indústria, comércio, etc., criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores.

b.5) Organização social regida lei 9637/98 - personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo contrato de gestão; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada; com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público com aumento de eficiência e qualidade; regime celetista sem concurso público; tem privilégios tributários.

b.6) Organização social civil de interesse público: regida pela lei 9790/99, " lei do terceiro setor"; entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificada pelo poder público, não estando submetida às normas do direito público: as obrigações estabelecidas pelo termo de parceria; objetivos: ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecimento do terceiro setor para o fomento de projetos relevantes; o termo de parceria substitui as formas de contratos regidos pela lei 8666 e os convênios; não é modelo próprio para desenvolver atividade pública; têm sido instituídas com freqüência na área cultural;

b.7) Outras situações

Fundações de apoio – este é um caso interessante. Estas fundações nasceram como instituições privadas e voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas são um patrimônio (como de resto todas as fundações), instituído por particulares, mas afetado pelo objetivo de apoiar o setor público. No setor da saúde, o exemplo mais conhecido é o da Fundação Zerbini, que apóia o Instituto do Coração e que foi vital para que o instituto existisse. Nas universidades públicas, existe um grande número de fundações de apoio, por isso mesmo já hoje chamadas de fundações de terceiro tipo. Deve-se assinalar que os órgãos de controle e do judiciário abominam

estas fundações que lhes tiram do lugar a positividade do direito, criando situações legítimas e ilegais.

Convênio – também como fruto da falta de opção para realizar transferências entre o setor público e entre este e particulares operando situações de parceria, os convênios tem sido usados quase abusivamente pelas diversas esferas de governo. A vantagem é que, como os convênios estabelecem relações entre entidades com objetivos comuns, eles não necessitam de licitações, o que torna esse mecanismo muito ágil. Porém, ele é muito frágil do ponto de vista dos controles e por isso também tem sido motivo de muita crítica por parte dos órgãos de controle do Estado.

(IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007, p. 1836-1837).

2.2 ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

Guedes e Cândido (2008) consideram que a máquina administrativa pública no Brasil é claramente ineficiente e de baixa capacidade para agregação de valor à sociedade. Explicam que a essência burocrática de seus processos é o que dificulta a identificação de problemas e, conseqüentemente, restringe a implantação de melhorias. Complementam ainda, dizendo que o ambiente político marcado por conflitos e lutas partidárias causa grande instabilidade às organizações públicas.

O Modelo Organizacional é a forma como a gestão vai administrar a organização. É um conceito que designa a tecnologia específica, estrutura, produtos, metas e pessoal, que podem ser selecionados ou rejeitados pelo ambiente. Neste sentido, mais recentemente o enfoque que Ruthes e Cunha, (2007) apontam dão conta de uma mudança na condução dessas organizações que para competir no atual mercado global podem passar das estruturas e sistemas que promovem a competição individual para as que estimulam a colaboração e o trabalho em equipe. Entretanto, Guimarães (2000) refere que transformar estruturas burocráticas, hierarquizadas, que tendem a um processo de isolamento, em organizações flexíveis e empreendedoras, é um desafio que surge a essa nova administração pública e tal mudança só se tornará realidade quando houver uma exclusão dos modelos tradicionais de administração dos recursos públicos e o estabelecimento de uma nova cultura de gestão.

As organizações públicas têm como objetivo prestar serviços para a sociedade. Podem ser compreendidas como um organismo adaptativo, estando inseridas dentro de um ambiente e interagindo com ele, ou seja, são sistemas dinâmicos, extremamente complexos, interrelacionados e interdependentes, envolvendo informações e seus fluxos, estruturas organizacionais, tecnologias e pessoas que atuam nas organizações cumprindo suas funções, buscando uma maior eficiência da máquina pública e um melhor atendimento para a sociedade. Para os autores é através da interação entre estes indivíduos que os objetivos organizacionais se definem (DIAS, 1998; PIRES; MACÊDO, 2006).

Para Quinn, Mintzberg e James (1988), uma organização é composta de diferentes partes: dentro da linha de autoridade têm-se três grandes grupos: a cúpula estratégica, a linha intermediária (formada pelos gerentes) e o núcleo operacional. Fora da linha de autoridade, ou seja, fora do fluxo de trabalho operacional, tem-se a tecnoestrutura constituída pelos analistas que planejam formalmente o trabalho a ser executado e a assessoria de apoio, formada pelo pessoal de suporte às tarefas administrativas.

Segundo Dussault (1992) as organizações de serviços públicos têm seu quadro de funcionamento regido de forma externa. Embora tais organizações públicas possam ter autonomia na direção dos seus negócios, a princípio seu mandato vem do governo e seus objetivos são fixados por uma autoridade externa. Portanto dependem mais do ambiente sociopolítico do que as demais organizações. Morgan (1996) aponta que a estrutura organizacional, objetivos, missões, políticas, regras, descrições de cargos e procedimentos operacionais padronizados funcionam como questões primárias de referência para a construção de uma cultura organizacional. Um dos aspectos mais importantes para a compreensão das relações que se estabelecem entre pessoas e cargos no ambiente interno de uma organização é a estrutura organizacional (ABDALA, 2006).

Segundo Mintzberg (2003), o somatório entre a divisão do trabalho mais a disposição das atividades realizadas por cada sujeito é o que determina a estrutura de uma organização. Para Gonçalves (1998) é nessa estrutura que se estabelece a comunicação e integração entre as

diferentes áreas e funções, é possível compreender a divisão de cargos, a delegação de responsabilidades e autoridade.

Um grande desafio para as organizações públicas de saúde hoje é a definição clara de objetivos organizacionais. No setor público esse desafio é ainda maior dado o caráter complexo da definição de objetivos que expressam interesses distintos e por vezes divergentes. De acordo com Barbosa (1995), estas organizações seguem tanto diretrizes centrais (expressão de políticas), quanto objetivos próprios. No caso brasileiro, estas diretrizes centrais se traduzem em uma indefinição generalizada de objetivos.

Assim, analisa Lima (1994a), “se não se sabe claramente o que se deve fazer, e se também, não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória”. Abordando ainda sobre os objetivos organizacionais, Lima (1994b), explica que essa falta de clareza sobre os objetivos da instituição é responsável por parte da crise de eficácia e eficiência nos serviços de saúde.

Cecílio (2000) identificou em seu estudo, que desde a concepção e operacionalização dos objetivos de uma organização, já existe uma ambigüidade. Tornam-se também tão genéricos que parecem que não são pra valer. Outra dificuldade identificada pelo autor foi que, pelo fato de as organizações terem inúmeros “projetos”, um objetivo formal fica alienado, distante dos problemas reais dos usuários que buscam o serviço. Neste sentido, a estrutura organizacional, o modelo de funcionamento das organizações e seus resultados parecem ter íntima relação. Portanto, essas questões merecem maior aprofundamento no campo da gestão da saúde, mais particularmente no tocante as organizações hospitalares como será feito na próxima sessão.

2.3 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A década de 90 foi rica em propostas e experiências de transformação do modelo de gestão e modelo organizacional dos hospitais brasileiros tanto públicos quanto privados. Entretanto, formalmente os processos de provimento de todo o tipo de insumos para o funcionamento rotineiro do hospital público, ainda são bastante complicados e “burocratizados”.

Vários autores acham que essas mudanças justificam-se, pela necessidade de se fazer frente às dificuldades gerenciais próprias da administração pública e pelo ideal de se construir serviços que oferecessem uma assistência de qualidade aos seus usuários, na perspectiva da consolidação do SUS (SCHIESARI, 2003; COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000; MALICK; TELES, 2001).

Ironicamente, ao se buscar as produções teóricas sobre gestão hospitalar, identificamos que a maior parte se referencia no paradigma funcionalista/sistêmico. Esta hegemonia teórica, chamada de “Administração Hospitalar”, é baseada na compreensão de que o hospital funciona como um subsistema dentro do sistema social mais amplo, composto por vários serviços ou setores bem articulados entre si e trabalhando dentro da lógica dos “objetivos organizacionais” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Tal funcionamento é entendido da mesma forma pelos autores que dizem que o hospital como organização prestadora de serviços e de grande utilidade e importância para a comunidade em geral, caracteriza-se como um sistema social aberto, onde estão atuando outros subsistemas técnicos e o trabalho é marcadamente complexo, compreendendo grupos profissionais com capacitação e formação diferentes e que estão organizados, predominantemente, em torno de uma base hierárquica. Refletem também que essa heterogeneidade, aliada à distribuição de poder típica das organizações de especialistas, torna mais complexos os esforços de coordenação (MARINHO, 2001; SENHORAS, 2007).

De acordo com Freire (2002), a gestão do hospital não tem sido muito focada pelos autores e investigadores do campo da saúde coletiva. O que existe são tendências que seguem uma mistura conceitual entre a orientação clássica da administração das escolas científicas e os conceitos originados do próprio campo da saúde coletiva. Para o autor, isso pode permitir a construção de conceitos próprios para a gestão hospitalar no contexto do SUS.

À luz da teoria das organizações, os hospitais são instituições marcadas por seu caráter autônomo e corporativo, onde projetos coletivos se inviabilizam diante dos contextos relacionais frágeis (MINTZBERG, 1995; RIVERA, 1995). Segundo Mintzberg (1982) os hospitais são organizações tocadas por **Burocracias Profissionais** e na maioria dos casos é o profissional da

área da saúde com pouco e às vezes até nenhum conhecimento administrativo, quem gerencia. Na prática vemos que este fato tem ocasionado dificuldades imensas à sobrevivência dessas instituições. Essa configuração traz a necessidade de compreensão de elementos estruturais que determinam o *modus operandi* dessas organizações.

É em busca da diminuição da influência de atitudes amadoras e da redução da complexidade dos processos, que a gestão profissionalizada tem sido cada vez mais discutida nas organizações hospitalares. O desenvolvimento de cursos especializados em administração hospitalar e de pesquisas nessa área reforça ainda mais esta idéia (LIMA-GONÇALVES, 2002; ABDALA, 2006).

Diversos estudos já foram desenvolvidos com a intenção de contribuir para a renovação das práticas gerenciais e a melhoria na atuação das organizações hospitalares (MORDELET; NETO; OLIVEIRA, 1995). As questões técnicas e práticas de gerência administrativa são um dos pontos mais criticados nas organizações hospitalares devido ao fato de serem consideradas organizações complexas que envolvem uma série de processos e atividades paralelas à atividade-fim do hospital, que é o cuidado ao paciente.

Senhoras (2007) sugere que uma organização hospitalar que queira exercer com efetividade seus objetivos organizacionais, realize um planejamento organizado e permanente, baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização se vincula, no conhecimento das expectativas dos funcionários e também levando em conta as condições e os meios de que dispõe para subsidiar suas ações.

De modo prescritivo, espera-se que um hospital público tenha um compromisso com os princípios da universalidade, equidade, integralidade e qualidade da assistência para atendimento a todos os cidadãos e não apenas a clientes. Diante desse contexto, o autor defende que para análise dessa organização hospitalar, a teoria da organização é insuficiente, pois é um modelo que “tem sido, em grande parte, uma ideologia orientada pelos princípios de mercado” (RAMOS, 1989 p.136).

Seguindo ainda no pensamento de que o hospital é uma organização complexa que ocupa lugar decisivo na prestação de serviços de saúde, lugar de constituição de identidades profissionais, com amplo reconhecimento social, entende-se que é atravessado por múltiplos interesses. Além disso, observa-se na literatura que esse equipamento de saúde está em processo de redefinição. Os autores apontam que na esfera pública e privada, a fim de alcançar qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos, estão em disputa o seu lugar e o seu papel na produção do cuidado dentro de sistemas de saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Quanto a essa questão, Campos (2003) analisa que com um modelo médico-hegemônico centrado em procedimentos, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde é subjugada a esta lógica dominante e a dimensão cuidadora se reduz. Segundo este autor, para assegurar a qualidade em saúde deveria haver um equilíbrio de autonomia profissional com acertado grau de definição de responsabilidades para os trabalhadores. Conclui então que haveria que se conceber estilos de gerenciamento que nem impedissem a iniciativa dos trabalhadores e nem deixassem as instituições inteiramente a serviço das várias corporações profissionais.

Merhy e Cecílio (2003), ao abordarem o singular processo de coordenação dos hospitais, criticam o paradigma funcionalista/sistêmico, referindo ser este claramente insuficiente para o pensamento crítico comprometido com a construção do SUS no Brasil. Sugerem a construção de complexas e fluidas redes de contratualidades a partir da perspectiva da ordem negociada, onde o hospital é sistema, mas também burocracia, lugar de reprodução e também lugar de forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa. Por tudo isto, os autores completam dizendo que o hospital é lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, lugar de conflitos e mudanças.

Silva (2005) traz que quando se olha a gestão hospitalar sob o ponto de vista da descentralização, há de se reconhecer o aspecto micropolítico que existe no cotidiano gerencial. Acerca da Micropolítica do Hospital, Cecílio (2008) considera ser esta:

O conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para

constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção (CECÍLIO, 2008, p. 10).

O apoio matricial, entendido como um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, pode muito contribuir para a inovação da micropolítica do hospital. Nesse sentido, esse apoio trará benefícios dentro hospital, de modo que um profissional, atuando em determinado setor, apoie outros profissionais, equipes e setores (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Rivera (1995) defende que existe maior complexidade nas instituições de saúde em virtude de características, tais como: hipertrofia e grande autonomia dos profissionais da área técnica assistencial; coordenação do trabalho a partir de saberes, normas e práticas adquiridas fora das organizações prestadoras de serviços; falta de precisão dos produtos e dos critérios de eficácia; padronização dos processos de trabalho específicos, o que, segundo o autor, é desaconselhável; problemas na coordenação das categorias profissionais que formariam a equipe de saúde e na falta de critérios claros de avaliação e de atribuição de responsabilidades.

A grande especificidade das organizações hospitalares está na predominância do poder e autonomia médicos, tanto na gestão quanto nas políticas hospitalares desenvolvidas. Sendo um hospital universitário, essa organização adquire maior complexidade ainda, uma vez que a instituição escola médica sobrepõe-se à instituição hospitalar trazendo sua lógica da disciplinarização e os vários poderes e saberes existentes em seu interior, os quais trabalham no sentido da formação do profissional médico (CARAPINHEIRO, 1998).

Rezende (1989, p.117), faz uma crítica importante, ao abordar o conceito de um HE. Para ele:

O hospital universitário é uma anomalia; com sua função prioritária de dar assistência médica à população, o hospital universitário não está atendendo a um ideal específico de universalidade e por estar fora de um sistema de regionalização de serviços de saúde, não segue suas normas e não chega a constituir uma unidade de referência pela falta de mecanismos de coordenação adequados.

Já segundo o conceito do Ministério da Educação do Brasil/MEC, os HE são centros de formação de profissionais de saúde de nível superior e de desenvolvimento de tecnologia para a

área de saúde, desempenhando papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do SUS (BRASIL, 2009).

2.4 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento em saúde no Brasil tem sido compreendido como uma necessidade social, tendo, portanto uma discussão articulada com o projeto da Reforma Sanitária. Os precursores do diálogo do planejamento em saúde e gestão hospitalar no campo da saúde coletiva tiveram grande influência na construção teórico-metodológica da área a partir do final da década de oitenta. Estes autores, segundo Jesus (2006) são: Rivera, Mendes, Schraiber, Paim, Teixeira, Merhy, Campos, Cecílio, Chorny e Artmann.

Artmann e Rivera (2003) revelam que foi com o intuito de reconhecer a complexidade que há quando se introduz a idéia de superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do ato de planejar, que surgiu o planejamento estratégico em saúde, numa visão muito mais ampla do que a aplicação de uma técnica de gestão estratégica. A partir daí a questão da viabilidade política passou a ocupar um papel central. No Brasil, esse novo campo da saúde coletiva, o do planejamento estratégico, recebeu forte influência teórica de Matus e Testa dois autores latino-americanos. Pode-se observar na literatura que estes teóricos, abordaram o planejamento por ângulos diferentes.

Matus (1993) apresentou-nos o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Ele conceitua o planejamento como um modo de viver do homem em direção à liberdade e não um método descartável. A alternativa ao plano é a improvisação ou a resignação, é a renúncia para conquistar mais liberdade. O PES foi o método de planejamento mais disseminado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Seja ele simplificado, reformulado ou em sua complexidade global, foi inserido nos programas de ensino de pós-graduação e nos múltiplos núcleos de planejamento e gestão que começaram a se difundir pelo país nos anos 80 (CAMPOS, 2001).

Para Testa o campo não é o do **Planejamento Estratégico**, mas o do **Pensamento Estratégico**. Campos (2001) nos explica que não é uma mera questão de nomes, mas quando Testa critica o PES de Matus e propõe o nome Pensamento Estratégico para sua própria produção teórica, ele define um novo rumo para seu pensamento e abre novos caminhos. Testa, portanto está mais interessado em questionar os próprios fins da sociedade capitalista dependente e desencadear processos de constituição de atores sociais.

Teixeira (2001) esclarece que mesmo com discussões a partir de caminhos diferentes, Matus e Testa conjugam elementos que se entrecruzam e se acrescentam. Dessa forma se constituiu o corpo teórico-metodológico do planejamento em saúde, o qual adquiriu diferentes concepções no Brasil.

Rivera é um autor que busca estudar o planejamento em saúde a partir das abordagens de Matus, Testa e Habermas. Artmann e Rivera (2003) agregaram ao planejamento o termo comunicativo, trazido a partir de uma crítica ao termo puramente estratégico. Entendem que o planejamento comunicativo traz a tona a necessidade do diálogo e a possibilidade de uma problematização coletiva, enfatizando a negociação política. Esses autores entendem também que o planejamento situa-se no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas, sendo entendido, portanto, como uma ferramenta organizacional e com possibilidades subordinadas à cultura das organizações. Para Artmann e Rivera (2003), o fio condutor de uma nova compreensão do planejamento que não consegue mais se separar da gestão é o desenvolvimento de uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos.

Matus (1996) argumentava que governar é bastante complexo, por exigir do governante a habilidade de dirigir um processo a partir da definição de objetivos a serem atingidos, os quais poderiam ser modificados conforme o caminhar do processo, ou seja, o **projeto de governo**, buscando ativamente vencer as dificuldades, o que significa ter a **governabilidade do sistema**, demonstrando assim **capacidade de governo**. Essas três variáveis ficaram conhecidas como o triângulo de governo ou triângulo de ferro do PES e podem ser melhor explicitadas como:

- 1- **Projeto de governo (P):** É o conteúdo propositivo do plano, que contém as indicações de ação a realizar para o alcance dos objetivos a serem alcançados. O projeto de governo corresponde ao que interessa ao governante e à capacidade que ele tem de explicar a realidade e suas propostas para modificá-la de forma eficaz e criativa;
- 2- **Governabilidade (G):** Refere-se à liberdade de ação de que dispõe o governante diante das variáveis sobre as quais ele tem controle e sobre as que não têm, correspondendo ao seu capital político. O projeto de governo e a capacidade de governo definem a governabilidade do sistema, ou seja, quanto mais ambiciosos forem os objetivos do projeto de governo, menor será a governabilidade e vice-versa, e para aumentar a governabilidade do sistema é necessário aumentar a capacidade de governo.
- 3- **Capacidade de governo (C):** É a capacidade que o governante tem de dirigir, gerenciar, administrar e controlar, configurando então seu sistema de direção e planejamento. Esta capacidade surge do conjunto constituído pela habilidade, experiência, métodos e técnicas que o governante e sua equipe possuem, correspondendo ao seu capital intelectual.

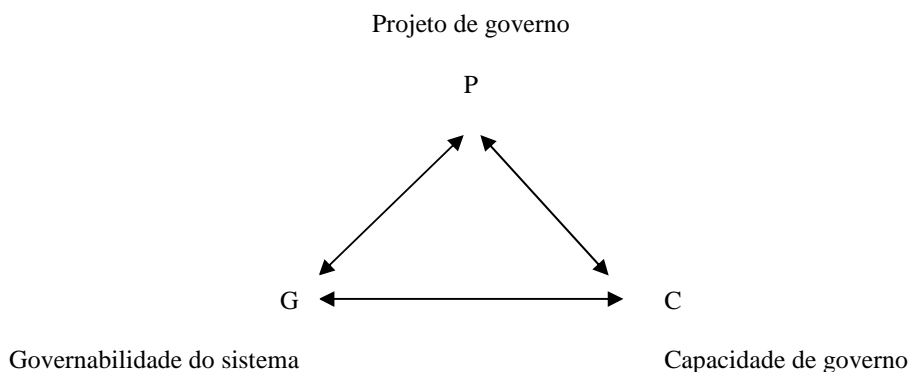


Figura 1: Triângulo de Governo. **Fonte:** Matus (1996)

O triângulo de ferro do PES de Matus contribuiu, segundo Artmann e Rivera (2003) para delimitar os contornos de uma organização dialógica. Matus acreditava que, com novas práticas gerenciais, seria possível viabilizar uma elevada qualidade da gestão. Definiu assim nos três

vértices variáveis representando os principais subsistemas do sistema de direção estratégica: agenda do dirigente; a gerência por operações; e o sistema de petição e prestação de contas.

De acordo com Artmann e Rivera (2003), a tese fundamental apoiada por Matus foi de que a baixa responsabilidade gerava centralização e ingovernabilidade. Idealmente, o objetivo defendido por ele foi a construção de uma organização onde a prestação de contas por resultados fosse uma norma interiorizada culturalmente pelos indivíduos, onde houvesse desconcentração de poder e delegação permanente e onde predominasse uma gestão criativa por operações ou por objetivos. Entretanto, esses autores também descreveram as deficiências do PES tais como: inexistência de uma relação mais aprofundada sobre cultura; superestruturas de gestão em detrimento do aperfeiçoamento de habilidades da liderança centradas na capacidade da mediação das relações interpessoais; a validade do método para delineamento de uma visão compartilhada sobre a missão institucional; a construção da visão prospectiva; a possibilidade de construção de um projeto coletivo a partir da multiplicidade de racionalidades presentes em organizações de saúde; e as dificuldades inerentes à própria complexidade do método.

Scarazatti e Amaral (2008) consideram duas questões relevantes ao uso do planejamento na gestão em saúde: 1 – Planejamento como elemento que contribui para organizar a ação de coletivos; 2 – Planejamento para instrumentalizar processos de formação de compromissos, ou contratações entre os gestores e as unidades de saúde, entre os coordenadores dessas unidades e também dentro de uma equipe de saúde, a fim de atribuir-se responsabilidades no processo de divisão de trabalho. Merhy (1995) considera que o planejamento é uma tecnologia a serviço da gestão, representada por um conjunto de instrumentos e ações eficazes para otimização dos serviços de saúde. Jesus (2006) por sua vez, relata que para Merhy e Campos, o elemento central do planejamento em saúde é o sujeito inserido no contexto histórico e envolvido com o processo de mudança da sociedade a partir do valor do seu trabalho.

Para Mehry (1997) a temática da tecnologia não deveria ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente às máquinas, mas compreendendo certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas. Este autor agrupou as tecnologias na área da saúde em três classes: 1) Tecnologia dura:

equipamentos, mobiliário do tipo permanente ou de consumo; 2) Tecnologia leve-dura: saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; 3) Tecnologia leve: processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. Silva (2005) complementa essa tipologia expondo que as tecnologias duras não são apenas as máquinas e equipamentos, mas também as normas e as grandes estruturas organizacionais.

Campos, Merhy e Nunes (1994) apresentam subsídios para repensar o planejamento e a administração sob várias dimensões. Sem normas ou soluções prontas, propõem formas de pensar e operar a saúde, que seja pautada na compreensão da história e da política, valorizando conflitos que surgem na relação entre os sujeitos sociais.

Campos (1994) ao abordar a administração e a gerência dos serviços de saúde, considera que o planejamento e a construção de planos constituem-se nos elementos gerenciais hábeis a permitir o diálogo entre o conhecimento técnico, os interesses sociais e a consciência sanitária dos cidadãos. Seguindo nesse raciocínio, entende-se que planejar em saúde é um processo construído a partir das necessidades socialmente apresentadas.

Cecílio (1997) também abordou o planejamento, desenvolvendo em 1994 um modelo operacional que combinava elementos do PES e do Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos - Ziel Orientiert Projekt Planung (ZOPP). Ele propõe que o papel institucional de uma organização hospitalar pública seja redefinido através do apoio do planejamento em saúde. Posteriormente ampliou esse modelo, apresentando uma proposta de tecnologia leve aplicável aos setores governamentais, o que trouxe a dimensão técnico-operativa para o debate do planejamento.

De acordo com Jesus (2006), Gastão Campos também contribuiu de forma muito importante na área do planejamento em saúde, quando propõe o “Método para Análise e Co-gestão de Coletivos” em 2000, pois trouxe uma densa discussão sustentada por outros autores, resignificando conceitos e teorias quanto à constituição dos sujeitos e dos coletivos numa

sociedade democrática. Esse método de apoio à Co-gestão ficou conhecido como método da roda ou método Paidéia. Segundo Scarazatti e Amaral (2008), na metodologia Paidéia utiliza-se o planejamento numa perspectiva de processo, onde o fundamental não é a sua finalização, mas a sua utilidade para a tomada de decisões na gestão cotidiana da clínica e de outras áreas, na elaboração de projetos coletivos e na composição de grupos.

Outro método, descrito por Oliveira *et al.* (2008) é o Espiral D'ascese, uma versão modificada do método Paidéia, que foi ampliado pelas contribuições de Balint e da psicologia grupal. O método pode ser definido como “espirais de exercício, empenho, exploração e esforço para desenvolver potenciais de equipes e grupos”. Permite que profissionais imersos em situações parecidas e até com problemáticas semelhantes possam compartilhar dificuldades e soluções. Os autores referem que as Espirais D'ascese são justamente a aplicação do método da roda, com espaço de troca permanente de idéias, conhecimentos e afetos, com intermediação de apoio especializado, ofertas teóricas e construção de um ambiente protegido, que possibilite o aumento da capacidade de análise e intervenção do grupo.

Artmann e Rivera (2003) referem que a maior parte das experiências em planejamento em saúde possui uma tendência a trabalhar na esfera dos problemas mais intermediários que preocupam uma organização. E, explicam que a seleção dos problemas pressupõe uma missão previamente definida, sendo muitas vezes a falta de clareza sobre a missão, considerada um problema. Retratam um pouco o enfoque de gestão hospitalar estratégica de Michel Crémadez, a *Démarche Stratégique*, destacando o seu potencial sucesso no delineamento da missão hospitalar. Além disso, estimulam uma investigação sobre as possibilidades de utilização do PES e da *Démarche* na definição da missão.

2.5 O ENFOQUE DE GESTÃO HOSPITALAR DE CRÉMADEZ & GRATEAU

2.5.1 A *Démarche Stratégique*

Essa sessão está fundamentada principalmente no resumo comentado de Rivera (2003) a respeito da análise estratégica hospitalar *Démarche Stratégique*, presente na obra principal, *Le Management Stratégique Hospitalier*, dos franceses Michel Crémadez e François Grateau (1992,

1997). Estes se apoiaram em autores como Mintzberg (1982), Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977), Porter (1982) e Thevenet (1986), *apud* Rivera (2003).

A definição da missão institucional é uma das finalidades da *Démarche Stratégique*, a qual se baseia num enfoque participativo e comunicativo em que os profissionais e serviços podem colocar seus interesses (ARTMANN, 2002; RIVERA, 1997). Esse enfoque propõe-se a redesenhar a missão institucional e a buscar a inserção do hospital de forma coordenada na rede de serviços de saúde, tendo como referência o contexto demográfico e epidemiológico da organização hospitalar. Comporta ainda a adaptação de um enfoque empresarial, a partir de Porter (1982), ao setor público de serviços de saúde. A *Démarche Stratégique* apóia-se em elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política e da área do desenvolvimento organizacional, além de envolver uma análise cultural da instituição (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Esse modelo de planejamento/gestão estratégica foi utilizado de forma pioneira no Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, norte da França. Posteriormente, Rivera e seu grupo adaptaram este instrumento de gerenciamento ao Brasil, o que possibilitou sua aplicação em hospitais do Rio de Janeiro. Na perspectiva da estratégia microeconômica, este enfoque propõe que se trabalhe a vocação de cada estabelecimento dentro do ponto de vista da complementariedade. A diferenciação é a melhor estratégia para que um estabelecimento possa obter vantagens comparativas. Seria então necessária a definição das áreas de excelência do hospital, para priorizá-las, expandi-las e negociar com a rede de serviços o atendimento das clientela não incluídas nestas áreas. O que se procura, portanto é transformar a concorrência frontal em colaboração, buscando as competências distintivas de cada hospital e negociando as missões entre os diferentes estabelecimentos (RIVERA, 2003).

Do ponto de vista político-organizacional, o enfoque é contrário a uma definição normativa e tecnocrática de diretrizes, confiando na via da responsabilização dos atores, que implica no desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, que redundem em acordos referentes aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede. Além de

intensificar as estruturas em rede interna estimula o diálogo multidisciplinar, promovendo a busca de transversalidades (RIVERA, 2003).

2.5.2 As premissas teóricas do método

Retratando a dinâmica organizacional, os autores Crémadez e Grateau apresentaram as características de uma organização profissional, a partir de Mintzberg (1995):

a) Primazia do centro operacional: cada centro operacional tem suas próprias normas, procedimentos, usuários diferenciados e está ligado a diferentes entidades de especialistas, como por exemplo, sociedade de cardiologia;

b) Relevância das relações: o trabalho é coordenado pelo ajustamento mútuo e pelo processo de padronização das profissões. Rivera (2003) explica que a socialização entre especialistas contribui para um patrimônio comum de saber;

c) Debilidade da tecnoestrutura: a tecnoestrutura não possui muito poder de intervenção sobre os processos operacionais da organização, exceto sobre a dimensão econômica;

d) A logística é importante: para o funcionamento dessas organizações, pois a lógica diferente dos universos médico e logístico pode gerar problemas de coordenação;

e) Ausência de linha hierárquica rígida: a direção atua de forma indireta através da tecnoestrutura e dos serviços funcionais e/ou de instâncias de negociação, ou seja, é impossível dirigir diretamente os chefes dos vários serviços.

Essas características apresentadas produzem um resultado dinâmico que é a forte diferenciação, com várias nuances:

a) Diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial: o primeiro volta-se mais para as instâncias de regulação, busca objetivos quantitativos e econômicos, inseridos num cenário político, articulando curto e longo prazos. Por outro lado, o segundo persegue objetivos

mais qualitativos, ligados a uma perspectiva de mais curto prazo, representada pelo que o paciente demanda;

b) Diferenciação entre logística e centro operacional: a logística é coordenada conforme critérios econômicos e de forma centralizada e mecanicista. Já o mundo médico é organizado segundo o saber especializado e é descentralizado;

c) Diferenciação no centro operacional: existe uma poderosa especialização dentro de cada serviço entre as diversas categorias de profissionais e entre corpo médico e paramédico. (RIVERA, 2003).

Crémadez defende que é indispensável respeitar algum grau de diferenciação e valorizar as diferenças, compensando seus efeitos negativos e desenvolvendo formas de integração de uma força equivalente. Para ele diferenciação é fonte de eficácia (RIVERA, 2003). Para esse autor, as organizações públicas de saúde tendem a um padrão que tem se distanciado do ideal. Tais organizações apresentam autonomização dos centros operacionais, extrema diferenciação das estruturas internas em função da especialização do trabalho e desconsideração relativa da ambiência externa em razão de uma sobrevalorização corporativa do interno. Essas características têm dificultado a possibilidade de um projeto gerencial que siga as premissas ideais da *Démarche Stratégique*, quais sejam:

- a) Aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão;
- b) Concepção do ambiente externo como recurso;
- c) Maior integração intra-institucional.

Rivera (2003) explica que a perspectiva da *Démarche Stratégique* é promover um movimento cultural que contrabalance essas tendências, abrindo caminho para o desenvolvimento de uma forma de organização que se aproxime dessas premissas ideais. Os principais objetivos da *Démarche Stratégique* são:

- a) Promover um elo entre a gerência estratégica e os centros assistenciais;

- b) Definir a missão do hospital de acordo com critério de oportunidade, ou seja, determinar um serviço que seja de qualidade e que ao mesmo tempo possibilite vantagens comparativas;
- c) Buscar um lugar de comunicação onde os atores-serviços possam chegar a definir um projeto coletivo;
- d) Possibilitar a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada prezando pela busca da eficácia e eficiência;
- e) Favorecer um processo de transformação cultural e progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais imediatos.

As características principais de uma organização profissional são levadas em conta pelas premissas teóricas da *Démarche Stratégique*. Tal organização é constituída como um aglomerado de unidades independentes altamente especializadas na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo e a tecnoestrutura tem baixo poder de interferência sobre os procedimentos operacionais. A coordenação é processual e por resultados e a direção tem gestão indireta sobre os vários chefes de serviço (MINTZBERG, 2003; ANDRADE; ARTMANN, 2009).

Por este motivo, observa-se que é freqüente não haver uma perspectiva de conjunto na prática decisória destas organizações. A gestão estratégica propõe-se justamente a desfazer esta dissociação entre a direção estratégica e os serviços da ponta, em busca de um conjunto coerente de projetos. A transparência, o compartilhamento de informação, a reconstrução dos diferentes domínios de atividades explorando as potenciais sinergias, a construção da pedagogia de avaliação, a introdução do raciocínio dos custos de oportunidades e a captação de recursos adicionais por meio de projetos são os instrumentos com os quais se pretende criar uma rede de solidariedade (ARTMANN; RIVERA, 2003; ANDRADE; ARTMANN, 2009).

Artmann e Rivera (2003) apontam que um modelo de gestão negociada deve explorar sinergias e parcerias e criar espaços para a reflexão coletiva e distribuição de responsabilidade. O enfoque da *Démarche Stratégique* busca articular a racionalidade no atendimento às necessidades da população com a ampla participação dos atores e privilegia a mudança e a aprendizagem como fenômenos intrínsecos e de caráter permanente na organização.

A *Démarche Stratégique* compreende a organização hospitalar interagindo com a ambiência externa, considerando-a como recurso e não como restrição. Neste sentido, busca uma política de coordenação da oferta de serviços em termos de rede. Ao mesmo tempo, aposta na aproximação do centro operacional ao processo gerencial, definindo a missão compatível com a necessidade da saúde da população por meio de um projeto institucional coletivo e dentro de uma rede de oferta de serviços eficaz e eficiente. (RIVERA, 2003).

A *Démarche Stratégique* é uma ferramenta de gestão que considera várias dimensões de análise organizacional e de produtividade, buscando a criação de canais de comunicação entre a direção estratégica e o nível operacional. A técnica permite partilhar o futuro da organização entre os diferentes atores envolvidos no processo de produção, incluindo-os na formulação de políticas, no processo de trabalho e na avaliação dos resultados da produção organizacional (ANDRADE; ARTMANN, 2009).

A identidade organizacional é um tipo de lógica coesa de uma organização, uma visão coletiva, compartilhada, conseqüente de influências internas e externas. Ela ao mesmo tempo é inspirada por paradigmas e gera paradigmas que condicionam a vida dos indivíduos no interior da organização. A partir da quebra de certos paradigmas tradicionais é que o contrato psicológico, o qual liga os indivíduos à organização, se enfraquece, ou seja, surge a crise de identidade organizacional (RIVERA, 2003).

A gestão estratégica pretende operar movimentos que permitam a renovação desse contrato psicológico, em nossos dias bastante enfraquecidos. Tal renovação depende da mobilização de três alavancas: o poder de motivação do líder, uma comunicação que integre discursos individuais em uma perspectiva global e a apropriação da organização pelos atores (RIVERA, 2003).

2.5.3 As principais fases do método

Este tópico consiste em um resumo do tópico “O Método”, do capítulo 2 de Rivera (2003).

- a) Análise do Existente
- b) Segmentação Estratégica
- c) Análise do Valor de cada segmento
- d) Portafólio de Atividades e Estratégia
- e) Plano de Ação
- f) Monitoramento do projeto

a) Análise do Existente:

Nessa fase é feito diagnóstico administrativo e médico. O diagnóstico administrativo é tradicional, incluindo os dados: tempo médio de permanência, número de ingressos, pessoal médico e paramédico, estrutura física, perfil da demanda, entre outros. Já o diagnóstico médico engloba as informações: relação de patologias atendidas por especialidade, classificadas de forma crescente do ponto de vista da complexidade; relação de tecnologias utilizadas por especialidades, classificadas de acordo com a complexidade; cruzamento entre patologias e tecnologias, identificando-se a incidência das tecnologias sobre as patologias; relação das modalidades de atenção, considerando-se quatro critérios:

- a. Se as atividades de assistência são programáveis ou eletivas;
- b. Se a intervenção sobre as patologias demanda consulta ambulatorial e/ou hospitalização;
- c. O tipo e o tempo de hospitalização requerida;
- d. Se as patologias listadas demandam um tipo especial de capacidade diagnóstica ou de exploração funcional existente no serviço ou fora dele.

A fase diagnóstica inclui também a relação dos concorrentes e dos parceiros, assim como o desenho da rede de cuidados. O quadro (Ver quadro 1) rede de cuidados é um instrumento criado para se levantar as atividades (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) por segmento (serviço, outro serviço do mesmo hospital e rede). Possibilita a identificação de superposições e complementaridades eventuais entre os três níveis de serviços referidos, possibilidades de concorrência e também carências de atividades.

	Diagnóstico	Tratamento	Acompanhamento
Serviço			
Outros serviços do hospital			
Rede (interfaces externas)			

Quadro 1: Rede de cuidados. **Fonte:** Rivera, 2003.

b) Segmentação Estratégica:

É uma técnica que permite apreender uma realidade complexa e decompô-la em subconjuntos mais simples de entender. Consiste, portanto em segmentar os serviços, por agrupamentos homogêneos de atividades em que predomina a problemática estratégica, tomando-se o cuidado de reduzir as discrepâncias. O principal objetivo da definição de segmentos homogêneos é criar categorias que possibilitem uma análise estratégica multicritérios representativa. São critérios específicos que podem ser reunidos em quatro grupos: as patologias, as tecnologias, os modos de atenção e a população.

Nota-se que o processo de segmentação nunca é definitivo ou fixo e não se prende ao pré-existente, sendo possível aparecer segmentos virtuais. Durante este procedimento, novas e interessantes formas de segmentar podem surgir. Deste modo, uma segmentação começando com o predomínio do critério patologia pode revelar-se muito extensa e pouco operacional e evoluir em seguida para uma segmentação prioritariamente por tipo de atendimento, com a inclusão subordinada dos critérios tecnologia e população. As áreas de diferenciação estratégica de um hospital podem mudar ao longo do tempo, condicionando novas formas de segmentação que devem ser tratadas como um processo de aproximações sucessivas. Este processo é interativo, progressivo e exploratório.

c) Análise do Valor de cada segmento:

Para determinar o valor de cada segmento, é preciso analisar cada um deles, segundo vários critérios/subcritérios, os quais são: estado atual e perspectivas do mercado, barreiras à entrada de novos concorrentes, sinergias, grau de motivação interna, oportunidades do ambiente, potencialidades do segmento. O principal objetivo dessa análise é hierarquizar os segmentos por meio de uma ponderação de critérios e de uma atribuição de nota relativa. Esta nota consensuada corresponderia a uma visão prospectiva de como cada segmento se comportara em relação a cada critério.

d) Portafólio de Atividades e Estratégia:

O portafólio de atividades é uma matriz de valor/posição concorrencial onde são arranjados os segmentos estratégicos de uma especialidade para se ter uma idéia de conjunto e de valor comparativo. É um gráfico constituído pelo valor como ordenada e pela posição competitiva como abscissa. Cada segmento é representado por um círculo cujo tamanho representa o volume relativo de produção das atividades que ele representa, e sua posição sobre o mapa depende do score obtido quando da avaliação do valor e do grau de controle dos fatores-

chave de sucesso, o que define sua posição competitiva. O gráfico é dividido em quatro quadrantes, onde os dois superiores correspondem a segmentos de alto valor, e os dois inferiores, a segmentos de baixo valor. Os quadrantes à direita referem-se a segmentos de alta posição competitiva, e os da esquerda, a segmentos de baixa competitividade (Figura 2).

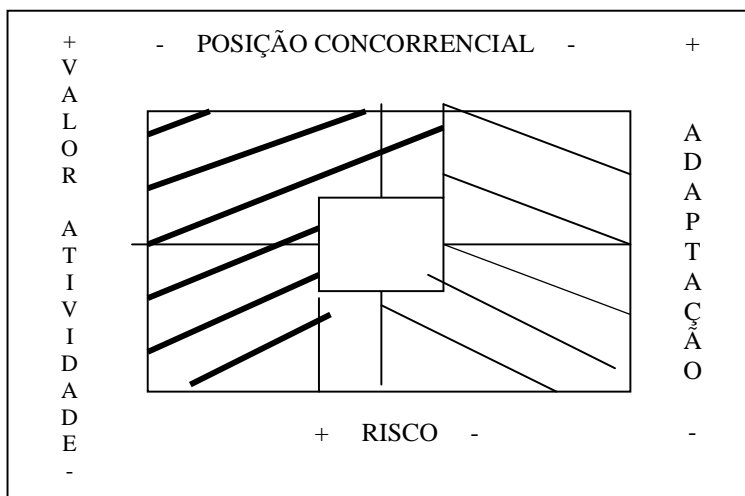


Figura 2: Portafólio de Atividades. **Fonte:** Rivera, 2003.

O portafólio serve para definir prioridades, para fixar a estratégia do hospital em com três possibilidades de objetivos: desenvolver um segmento, manter ou estabilizar um segmento, reduzir o recrutamento da clientela para um segmento.

e) Plano de Ação:

O plano de ação é o que fazer para programar a Estratégia. Consiste em um conjunto de atividades, tais como: formas de apropriação/desenvolvimento dos Fatores Chave de Sucesso (FCS) visando a enfrentar os pontos fracos identificados na análise de incorporação de tecnologias e de recursos humanos, treinamentos, desenvolvimento de fatores de qualidade, entre outros; ações de negociação e de comunicação internas ao hospital e com a rede, incluindo o

estabelecimento de sinergias e parcerias externas; ações visando a revalorizar um segmento, atuar sobre algum critério da análise do valor de baixo score, passível de intervenção (quando a decisão política é de buscar aumentar o valor); ações visando a modificar o modelo assistencial, as formas de atendimento que caracterizam um determinado segmento e o perfil de tecnologias utilizadas; ações de natureza social e intersetorial; ações que desenvolvam objetivos tipicamente médicos, como determinadas pesquisas.

A consolidação de um plano de ação é um continuado retomar da análise estratégica do valor e da posição competitiva, a fim de aumentar o controle dos FCS e assim melhorar a posição estratégica geral.

f) Monitoramento do projeto:

O plano termina com a definição dos indicadores de monitoramento das ações para que seja possível acompanhar as mudanças propostas. Observa-se que a *Démarche Stratégique* é um método que foi criado a partir da adaptação de um enfoque empresarial, porém delineado para a esfera pública. Portanto, há uma coerência com uma estratégia de desenvolvimento do SUS. Ressalta-se também a coerência com o movimento de descentralização desencadeado pela expansão e intensificação do projeto municipalista, que preconiza uma estratégia de desenvolvimento da política de saúde no Brasil, visando avançar na construção das bases de um sistema regionalizado e hierarquizado (ARTMANN, 2002; ARTMAN; RIVERA, 2003).

Vê-se, portanto, nesse marco teórico-conceitual o caráter prescritivo das técnicas de planejamento e seus fundamentos. Assim como uma síntese de vertentes teóricas que procuram entender e explicar aspectos importantes das organizações da saúde. É com o suporte desse conjunto teórico que foi conduzida a análise do PROCAPE, mais especificamente usando elementos da *Démarche Stratégique*.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE/UPE sob o enfoque da *Démarche Stratégique*.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Analisar como foi definido o modelo de gestão do PROCAPE/UPE;
- b) Analisar como o modelo organizacional está desenhado;
- c) Identificar as características organizacionais do PROCAPE/UPE;
- d) Analisar o processo de contratualização da instituição.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM:

Este trabalho utilizou como estratégia metodológica o estudo de caso. Segundo Becker (1993), no campo das ciências sociais, um estudo de caso costuma ser de uma organização, de uma prática social ou de uma comunidade. Para este autor, o estudo de caso tem duplo objetivo, tratando de questões no campo empírico e de questões situadas na discussão teórica.

O estudo de caso foi escolhido porque segundo Tobar e Yalour (2001), é um tipo de pesquisa bastante apropriada para os estudos de gestão, estando sua relevância na profundidade e em certo grau de detalhe, uma vez que se aplica a poucas unidades de análise. Ao analisarem o desenho de estudo de caso como modelo exemplar de aplicação da lógica metodológica da pesquisa qualitativa, Deslandes e Gomes (2004) defendem que este pode ser utilizado nos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva social, com diferentes recortes. Eles destacaram vários exemplos de caso, como uma unidade dentro de um serviço, um serviço como um todo ou um conjunto de serviços dentro de um sistema de saúde.

Neste estudo realizou-se uma abordagem qualitativa. Quando se discute sobre as abordagens qualitativas, existe uma associação direta com várias vertentes vindas da sociologia, antropologia, psicologia, história, dentre outras disciplinas afins. Nestas abordagens, não há métodos específicos, portanto se lançando mão de narrativas, de conteúdos, de discursos, da semiótica, de etnografias e, de forma recorrente, dialogando com os métodos quantitativos. Apesar dessas diversidades, o objetivo comum é o de analisar o significado que os sujeitos atribuem aos fatos, relações e práticas (DESLANDES; GOMES, 2004). Neste estudo de caso a proposta foi basear o estudo no modelo teórico de *Démarche Stratégique* para guiar a busca de material empírico e o plano de análise.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário institucional da pesquisa foi o PROCAPE, um HE da UPE. Esta é uma entidade pública mantida pelo tesouro estadual. Foi criada pela Lei nº 10.518 de 29/11/1990, que extinguiu a Fundação do Ensino Superior de Pernambuco (FESP). Tem sede e foro na cidade do Recife e atuação em todo o território pernambucano (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008a). O PROCAPE foi escolhido neste estudo por ser um hospital recém-inaugurado no ápice de todo um processo que vem se desenvolvendo no país que é a reforma do Estado e a construção do SUS. Além de ser um HE com ações na área da assistência, pesquisa e ensino e realizar interface de políticas públicas de ampla relevância na área de saúde, ciência e tecnologia.

O PROCAPE, fundado em junho de 2006, representa um dos maiores centros cardiológicos do Brasil e o primeiro do seu porte no Norte-Nordeste. Caracterizando-se mais do que um hospital de urgência especializado, mas de moderna unidade hospitalar, dotada de recursos humanos qualificados e de equipamentos de última geração (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008a).

Certificado como Hospital de Ensino no final de 2007, o PROCAPE está voltado para a educação e para a pesquisa científico-tecnológica no campo da Cardiologia. Além da assistência ao usuário, tem um papel na educação permanente dos seus 2000 funcionários, se propondo a atuar na formação e qualificação de profissionais de saúde (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008a).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A escolha dos entrevistados foi intencional e procurou abordar os principais atores institucionais da micropolítica sobre o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE. Os sujeitos selecionados, percebidos como informadores-chave foram os representantes da: Secretaria Estadual de Saúde, Coordenação de Serviços Técnicos do

PROCAPE, Assessoria de Planejamento do PROCAPE, Comissão de Saúde da Câmara (gestão 2005-2008) e do Conselho Gestor da unidade.

Houve outros atores que poderiam ser entrevistados: representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente (SECTMA), Sindicato dos Servidores da UPE (SINDUPE), Pró-Reitoria para assuntos dos hospitais da UPE e Diretoria do PROCAPE. Porém alguns se recusaram a participar da pesquisa e outros ou não foram encontrados ou não tiveram agenda.

De qualquer forma, não foi feita uma delimitação do número de pessoas entrevistadas, sendo as entrevistas realizadas até que o material obtido permitisse uma análise mais ou menos densa do objeto de estudo. O que importou neste estudo foi o aprofundamento.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos e técnica

Para a coleta dos dados foi utilizada a triangulação metodológica, na qual, segundo Duarte (2009), se utiliza múltiplas fontes para estudar um determinado problema de investigação. A intenção é produzir um retrato do fenômeno em estudo que seja mais completo do que o alcançado por uma única técnica. Ele distinguiu ainda dois subtipos: a triangulação intramétodo, que envolve a utilização do mesmo método em diferentes ocasiões e a triangulação intermétodos, que significa usar diferentes métodos em relação ao mesmo objeto de estudo. A coleta dos dados foi realizada através de duas fontes de dados:

1) Entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) acerca do modelo organizacional do PROCAPE. Foi escolhida a realização de entrevistas, por estas serem bastante apropriadas em abordagens qualitativas. Segundo Marconi e Lakatos (2006), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional, efetuada face a face, de maneira metódica, proporcionando verbalmente ao entrevistado, a informação necessária.

As variáveis utilizadas no roteiro de entrevista foram as seguintes:

- a) Estrutura organizacional;
- b) Regimento interno;
- c) Objetivos e metas;
- d) Missão;
- e) Comunicação com o ambiente externo;
- f) Comunicação interna;
- g) Tomada de decisão;
- h) Planejamento das ações;
- i) Monitoramento e avaliação;
- j) Ambiente organizacional;
- l) Modelo organizacional;
- m) Contratualização.

2) Análise documental: buscando evidências de pesquisa a partir das premissas teóricas gerais do enfoque gerencial *Démarche Stratégique*, em documentos oficiais do PROCAPE: Plano Operativo anual 2008 - 2009 (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008b) e Regimento Interno do Conselho Gestor (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008c). O Regimento Interno do PROCAPE ainda estava em fase de construção durante todo o período da pesquisa. É importante ressaltar que só recentemente foi aprovado o Regimento da UPE, o que explica a inexistência ainda de um regimento do PROCAPE.

4.4.2 Análise e interpretação dos dados

As entrevistas foram analisadas qualitativamente, utilizando análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), é um discurso-síntese e composto pelas Expressões-Chave que têm a mesma Ideia Central ou Ancoragem.

As Expressões-Chave são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que em geral correspondem às questões de pesquisa)... A Ideia Central é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de Expressões-Chave, que vai dar nascimento,

posteriormente ao DSC... A Ancoragem é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 17).

Todas as entrevistas foram presenciais e gravadas, com o consentimento prévio de cada entrevistado. Foram entrevistados os sujeitos a, b, c, d, e. A seguir o caminho percorrido para a análise das entrevistas:

Foi feita cópia integral do conteúdo de todas as respostas no Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1) na coluna Expressões-Chave, sendo **cada questão analisada isoladamente**. Exemplo: a questão 1 de todos os sujeitos, a questão 2 de todos os sujeitos e assim por diante. A seguir o modelo do IAD 1:

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL

Quadro 2: Instrumento de Análise do Discurso 1. **Fonte:** Lefèvre e Lefèvre (2005).

Posteriormente **destacou-se com outra cor as Idéias Centrais** contidas nas Expressões-Chave e identificou-se essas Idéias Centrais **colocando-as na sua respectiva coluna**. Depois fez-se um **agrupamento das Idéias Centrais de mesmo sentido** e **criou-se uma Idéia Central síntese** que expressaria todas as Idéias Centrais. O próximo passo foi construir o DSC, usando o IAD 2:

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
Expressões-Chave do agrupamento de Idéias Centrais.	

Quadro 3: Instrumento de Análise do Discurso 2. **Fonte:** Lefèvre e Lefèvre (2005).

Para produzir o discurso, houve um cuidado em “discursivar”, usando todo o material das Expressões-Chave, sequenciando-as e pensando em um texto com começo, meio e fim, redigido na primeira pessoa do singular, a fim de sugerir uma “pessoa coletiva” falando como se fosse um sujeito individual de discurso. Quando necessário, usou-se conectivos para uma maior

coesão e eliminou-se particularidades, além de repetições de idéias quando expressas da mesma forma.

Para análise documental, foi utilizada a técnica de Bardin (1977) a qual consiste em uma operação ou um conjunto de operações tendo em vista representar o conteúdo de um documento de uma forma diferente da original, para facilitar num estado seguinte a sua consulta e referência. O propósito da análise documental, segundo este autor, é buscar organizar os dados de uma forma que o pesquisador tenha o máximo de informações possíveis (aspecto quantitativo) e o máximo de relevância (aspecto qualitativo).

4.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

A fim de facilitar a compreensão de como serão analisados os dados, encontra-se a seguir um quadro, o qual relaciona os objetivos específicos da pesquisa com o roteiro de entrevista e as premissas teóricas da *Démarche Stratégique*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ROTEIRO DE ENTREVISTA	PREMISSAS TEÓRICAS DA <i>Démarche Stratégique</i>
<p>1) Analisar como foi definido o modelo organizacional do PROCAPE/UPE;</p> <p>2) Analisar o processo de contratualização do PROCAPE/UPE.</p>	<p>1) Qual é em sua opinião a missão do PROCAPE?</p> <p>2) Como se deu o processo de constituição da missão?</p> <p>3) Fale a respeito da construção dos objetivos e metas do PROCAPE.</p> <p>4) Como está sendo feita a contratualização do PROCAPE?</p>	<p>Aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão</p>
<p>3) Analisar como o modelo organizacional do PROCAPE/UPE está desenhado;</p> <p>4) Identificar as características organizacionais do PROCAPE/UPE.</p>	<p>1) Fale a respeito da comunicação com o ambiente externo.</p> <p>2) Quais são os principais espaços de comunicação entre o PROCAPE e outras instituições?</p>	<p>Concepção do ambiente externo como recurso</p>
<p>3) Analisar como o modelo organizacional do PROCAPE/UPE está desenhado;</p> <p>4) Identificar as características organizacionais do PROCAPE/UPE.</p>	<p>1) Como foi construído o regimento interno?</p> <p>2) Fale a respeito da comunicação dentro da instituição.</p> <p>3) Como são tomadas as decisões?</p> <p>4) Como se dá o processo de planejamento das ações no PROCAPE?</p> <p>5) Como é feito o monitoramento e avaliação das ações realizadas?</p> <p>6) Como você percebe o ambiente organizacional do PROCAPE?</p> <p>7) Fale a respeito da constituição da estrutura organizacional do PROCAPE.</p> <p>8) O que significou para você o processo de constituição do modelo organizacional do PROCAPE?</p>	<p>Maior integração intra-institucional</p>

Quadro 4: Plano de análise dos dados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Representou risco mínimo, pois não envolveu procedimentos invasivos que pudessem afetar os participantes. Ficou condicionado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) pelo pesquisado e contou com a submissão para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com toda a documentação necessária, incluindo a carta de anuência do Diretor do PROCAPE, sendo aprovado no dia: 19 de outubro de 2009, CAAE: 0040.0.000.095-09 (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E ANÁLISE

Este capítulo pretende narrar as informações resultantes das entrevistas com os DSC produzidos e os dados da análise documental, de forma mais trabalhada, fazendo uma análise a partir do modelo teórico da *Démarche Stratégique*.

5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Na primeira questão, acerca da constituição da **estrutura organizacional** do PROCAPE, identificou-se em duas ideias centrais a possibilidade de que o PROCAPE funcionasse inicialmente como uma Fundação Pública de direito Privado. Sendo consenso nos discursos, o fato dessa estrutura ter sido construída antes de o hospital entrar em funcionamento e consistir hoje no modelo público estatutário, vinculado diretamente à Universidade e à Reitoria. Foram produzidas três idéias centrais: Ideia Central A: Seria uma Fundação Pública de Direito Privado, porém foi mantido o mesmo modelo dos hospitais da UPE. Ideia Central B: Seria melhor se fosse uma Fundação. Ideia Central C: Estrutura organizacional muito verticalizada.

Trecho do DSC da Ideia Central A: Seria uma Fundação Pública de Direito Privado, porém foi mantido o mesmo modelo dos hospitais da UPE.

[...] a reunião para solicitar o apoio do Ministério da Saúde para que a gestão do PROCAPE fosse uma gestão de modelo fundacional, diferente do que se é hoje, do ponto de vista da ligação com a UPE. Que pudesse contratar servidores no regime CLT e que pudesse ter uma característica de funcionar como os hospitais Paulistas. O Ministério da Saúde na época tinha uma série de divergências porque poderíamos correr o risco de ter um hospital que tinha sido totalmente equipado pelo SUS, gastos mais de 30 milhões de reais, que tinha gastos de custeio que iam passar dos 4, 5 milhões de reais mensais, no mínimo, mas muito mais do que isso, de ele não ser 100% SUS, mesmo hospital, com portas de entrada diferentes, uma para o SUS e outro

para o plano de saúde [...] O Ministério da Saúde não ia apoiar qualquer iniciativa nesse sentido, entendia que o hospital tinha que ser vinculado à Universidade e ter a característica pública que ele tem hoje. Esse foi um primeiro movimento que já ajudou a definir e conformar o modelo de gestão e gerencial do PROCAPE. Ao mesmo tempo a UPE fez vários movimentos, a comunidade acadêmica, as entidades médicas, demonstrando que não aceitaria qualquer estruturação diferente do modelo público estatutário, vinculado diretamente à Universidade e à Reitoria. Isso ficou claro lá naquele momento e quando o PROCAPE foi inaugurado manteve o mesmo modelo do Oswaldo, do CISAM, aquele mantido pela UPE.

Outro ponto que merece destaque é a divergência de ideias, onde se identificou um discurso coletivo defendendo que seria melhor se o PROCAPE fosse uma Fundação, o que se observa no DSC da Ideia Central B: Seria melhor se fosse uma Fundação.

A ideia de funcionamento do PROCAPE foi de Fundação com um conselho administrativo dentro do hospital que decide como gastar as receitas. Dessa forma não ia faltar recurso para gerir e a autonomia seria maior, por que essa receita do sistema de convênio não está sujeita à fiscalização do Tribunal de Contas e fiscalização do Ministério da Saúde, são receitas geridas com menos burocracia, como licitação, entre outras. Para ser Fundação, um hospital só pode usar no máximo 25% de atendimentos particulares ou convênios. Os 75% obrigatoriamente têm que ser SUS. Considerando esse limite constata-se hoje que os 20% de leitos ocupados por pacientes particulares e convênios, dão uma receita de 60% ao hospital e os 80% de leitos SUS dão 40% de receita. Então se entende que o modelo de fundação poderia ser usado até mesmo para ajudar ao SUS, pois não ia faltar recurso para gerir.

Chamou atenção o discurso de que existem equívocos nessa estrutura, pois é muito verticalizada e que, além disso, os cargos são mais para compensar os baixos salários do que cargos estratégicos. Observe no trecho do DSC da ideia Central C: Estrutura organizacional muito verticalizada.

Trecho do DSC: [...] *Da forma como ela está hoje tem alguns equívocos que a gente identificou na medida em que o hospital começou a funcionar. Então ano passado toda a UPE*

fez um reestudo das estruturas organizacionais de todas as unidades e fez algumas proposições para adequações: De uma forma geral a UPE ela tem uma estrutura organizacional de todas as unidades muito verticalizada, o organograma é composto pelo Diretor, assessores e cinco departamentos: enfermagem, médico, administrativo e financeiro, Serviços Técnicos e Pesquisa. Essa estrutura verticalizada está fora do que hoje se imagina que seria o ideal. Então ela precisaria estar mais horizontalizada. Outra questão que prejudica o que é necessário para que existam cargos estratégicos dentro da instituição é o excesso desses cargos e que funcionam mais para compensar o baixo salário do servidor. A minha proposta era enxugar e colocar função gratificada que não precisasse necessariamente ter uma “caixinha”. (Informação verbal).¹

Essa estrutura verticalizada vai de encontro ao modelo gerencial *Démarche Stratégique*, o qual segundo Rivera (2003) recomenda a necessidade de intensificar as estruturas em redes de cooperação interna e externa e o diálogo multidisciplinar, promovendo a busca de transversalidades.

Sobre o **regimento interno**, alvo do segundo ponto, identificou-se que os entrevistados tiveram um pouco de dificuldade para falar sobre sua construção, com discursos breves, o que pode evidenciar pouco conhecimento. Observa-se isso no DSC da única Idéia Central:

Inaugurou-se o PROCAPE usando o modelo do Regimento interno do HUOC e se redigiu novo regimento, com especificações do PROCAPE. Isso foi elaborado, acho que pelas pessoas que assumiram as funções de coordenação na estrutura, junto com as demais unidades para não ficar uma coisa muito diferente e não contemplar só o PROCAPE. Ele tá na Reitoria para ser aprovado e, por enquanto, a gente tem lançado mão dele em alguns momentos. Mas primeiro é tentar oficializar.

Esse documento está ainda na reitoria aguardando para ser aprovado e, portanto não foi possível analisá-lo em mais detalhes. De todo modo, a ausência de um documento formal que elucide as questões institucionais é considerando no enfoque *Démarche Stratégique*, uma vez que

¹ A partir daqui iniciam-se os Discursos do Sujeito Coletivo, sempre em itálico.

este é contrário a uma definição normativa e tecnocrática de diretrizes (RIVERA, 2003), e definir normas é o objetivo principal de um regimento com caráter burocrático.

A partir dos dados encontrados na terceira questão, constatou-se que poucos entrevistados tinham conhecimento para falar sobre a construção dos **objetivos e metas** e que essas já seguem uma definição normativa de um HE, que é o ensino, a pesquisa e a assistência, o que se identifica no trecho do DSC da Idéia Central A:

[...] Na estrutura do hospital já tem a definição das metas que é o ensino, a pesquisa e a assistência médica [...].

Além disso, observou-se que não há uma preocupação que os objetivos e metas do PROCAPE sejam pactuadas entre hospitais, para estruturar a rede de serviços, como orienta o modelo da *Démarche Stratégique*. Pode-se observar isso claramente no trecho do DSC da Idéia Central B:

[...] Os objetivos e as metas foram definidos a partir do cálculo da capacidade instalada do PROCAPE, que prevê profissionais, estrutura física, equipamentos e a capacidade desses equipamentos [...].

O modelo da *Démarche Stratégique* propõe-se a organizar redes de colaboração que substituam a concorrência pela complementaridade, baseando-se numa análise estratégica microeconômica, que se revela pela definição de estratégias combinadas de custos e de diferenciação, relativas aos vários segmentos de produção de um hospital, e na busca e aprofundamento de uma rede de sinergias internas e parcerias externas que aprimorem a utilização de recursos não elásticos (RIVERA, 2003). A orientação estratégica do PROCAPE não leva em consideração a capacidade sistêmica de absorção desses serviços, uma vez que o que é levado em consideração é a capacidade instalada de produção de serviços.

Quanto à **missão hospitalar**, que é um dos principais objetivos da *Démarche Stratégique* e também foi alvo das questões 4 e 5, observou-se uma integração nos discursos da

questão 4, o que gerou uma única idéia central quando se perguntou, qual é em sua opinião a missão do PROCAPE. Observe o discurso coletivo abaixo:

Ideia Central A: Ser campo de ensino e prestar assistência para os portadores de doenças cardiovasculares referenciados e de alta complexidade.

DSC: A missão do PROCAPE... Eu acho que a missão, no dia em que nós conseguirmos trabalhar esse processo, ela é a âncora do sistema de saúde para atendimento e procedimento na área cardiovascular de um Estado e de uma região na alta complexidade. Então a missão do PROCAPE é ser campo de ensino, pesquisa e prestar assistência para os portadores de doenças cardiovasculares referenciados e de alta complexidade, sendo as duas principais missões a assistência e a formação.

É interessante notar que um dos principais objetivos da *Démarche Stratégique* é justamente definir a missão do hospital de acordo com o critério de oportunidade. Isso quer dizer que é dado ênfase a um padrão de atividades que lhe permita vantagens comparativas ao mesmo tempo em que se proporciona um serviço de qualidade aos usuários (ARTMAN e RIVERA, 2003).

Essa vantagem comparativa é a possibilidade de ter uma oferta mais eficiente, investindo mais na sua vocação e assim atraindo relativamente mais clientela. Sendo assim, o hospital iria contribuir naquilo que ele tivesse maior capacidade resolutiva e melhores resultados e o que não fosse perfil do hospital seria pactuado com a rede assistencial.

Identifica-se que a missão do PROCAPE está bem definida no papel, este sabe qual a sua vocação, porém não consegue ainda pactuar com a rede o que não é seu alvo estratégico. Isso ficou mais evidente quando se perguntou como se deu o processo de **constituição da missão**. Apesar de implícito na definição da sua vocação cardiológica, há uma dificuldade do hospital em funcionar na lógica das vantagens comparativas considerando o sistema e outros hospitais que provem os mesmos serviços. Ora por que a missão ainda não estava clara, inclusive para a

Diretoria, ora por que não existe ainda uma rede hierarquizada e regionalizada que sustente, onde o hospital possa pactuar o que não é perfil/vocação. Observam-se os seguintes discursos:

Trechos do DSC da Ideia Central A: A missão estava inadequada, foi refeita e não está claro para a maioria das pessoas:

A missão para a maioria das pessoas do PROCAPE não está clara, mas deveria estar. A gente refez agora por que o PROCAPE não vai atender qualquer pessoa com patologias cardiovasculares, mas os pacientes referenciados e de alta complexidade por que ele é um centro de referência em doenças cardiovasculares e a quantidade de média complexidade dele deve ser bem menor. Houve uma reformulação da Diretoria, a gente tem três novos coordenadores médicos, um toma conta do apoio diagnóstico e terapêutico, o outro é diretor clínico e o outro da parte hospitalar. Eles são muito voltados para a assistência, mas a gente tem outra parte, contas médicas, se não você incha o hospital e não tem resolutividade [...] então tem alguns desafios, pra inclusive estabelecer um novo processo da missão do PROCAPE, que são necessários: um bolsão de atendimento de urgência e emergência, com triagem em unidade de dor torácica, profissionalização, capacitação, qualidade, carreira, melhor remuneração, processo gerencial diferenciado, marco legal para a administração pública na área de saúde diferente, mais recurso, mais financiamento e fundamentalmente, descentralização, hierarquização e regionalização da assistência nas doenças cardiovasculares. Sem isso não tem saída! E aí é preciso ter clareza disso, acompanhamento, diagnóstico, e aí eu tô meio cético.

Trechos do DSC da Ideia Central B: Foi construído pelas pessoas que estavam à frente na implantação do PROCAPE, trabalhando na implantação, obra física e Rh.

[...] A gente vem acompanhando e discutindo o real funcionamento do hospital, se funcionasse dentro da alta complexidade, que é sua função específica, a gente admite até que os problemas financeiros do hospital, mesmo só com o SUS, seriam melhores resolvidos do que a gente atendendo demanda direta de média complexidade. A receita de um paciente que fica internado esperando para fazer um exame é negativa para o hospital. O paciente que seria ideal para o hospital, seria aquele só de alta complexidade. Esse perfil é traçado, definindo junto com

a SES. O problema é que a SES e a Secretaria Municipal de Saúde tem dificuldade também de recursos humanos, para que isso funcione lá fora na média complexidade e na Atenção Básica. Não tem o profissional e acaba encaminhando para nós. Nesse raciocínio de alta complexidade, o ambulatório do PROCAPE seria muito pequeno, como é, por exemplo, no Hospital do Coração de São Paulo.

Trechos do DSC da Ideia Central C: O hospital foi construído para atender a alta complexidade na área de cardiologia no norte/nordeste.

[...] Por mais que se trabalhe a prevenção, nós vamos ter um hiato epidemiológico muito grande de pessoas adoecendo e adoecidas de patologia cardiovascular e que não vai restar outra alternativa que não seja a terapêutica medicamentosa, a terapêutica cirúrgica e para isso nós precisamos ter uma estrutura capaz. Agora, eu não acredito que isso seja feito da forma como é feito hoje, uma estrutura estanque pra atender em tese 3 milhões de pessoas, mas na verdade é referência para quase 6 ou 7 mil pessoas, com uma única porta de entrada que é uma emergência gigantesca, dividindo com outro hospital, que é o Hospital Agamenon Magalhães, que fica a 3 km de distância com ausência de uma estrutura hierarquizada e regionalizada da assistência.

A *Démarche Stratégique* visa oferecer subsídios para o desenho da missão hospitalar e formulação de projetos a partir das especialidades médicas (por exemplo, cardiologia), considerando a inserção do hospital na rede de assistência mais ampla. Para isso, é fundamental que a gestão tenha a capacidade de servir de instrumento de diálogo, de pactuação das missões das diferentes instituições e das estratégias de desenvolvimento (RIVERA, 2003). Essa é uma orientação importante quanto a inserção na rede do SUS ainda com inúmeras indefinições como visto nos trechos dos depoimentos.

A respeito da **comunicação com o ambiente externo**, os discursos dos entrevistados produziram três ideias centrais: ideia A: O gestor Estadual não cumpre o seu papel de estabelecer a rede de referência e contra-referência; ideia B: Fragilidades na comunicação com a SECTMA; ideia C: O ideal é um Comitê integrado de gestão.

Trechos do DSC da ideia A: [...] Porém, a contra-referência não está estabelecida na rede, porque existe um papel fundamental que não é cumprido como deveria pelo gestor Estadual. O PROCAPE só se comunica com a Secretaria Estadual de Saúde para prestação de contas do atendimento. A Secretaria Estadual de Saúde tem que fazer a regulação. O complexo regulatório da rede de assistência só regula leitos e leitos disponíveis. (...) falta construção de rede de referência e contra-referência, que é uma coisa que perdura, passa de gestão em gestão, secretaria em secretaria, não é de hoje, né? Ela precisa ser construída. Não acredito que a rede seja eficiente hoje não, com certeza, não! Por que existe hoje a ausência total de um bolsão de assistência em urgência e emergência cardiovascular que dê conta, por exemplo, da média complexidade. É inadmissível você não ter na região metropolitana, um cinturão de algumas unidades sentinela, como por exemplo, unidade de dor torácica. É inadmissível fazer diagnóstico diferencial de dor torácica dentro do PROCAPE. [...] Não tem nenhuma unidade referenciada de média complexidade na região metropolitana como um todo. Hoje não tem como você mudar a realidade do PROCAPE. Ele vai conviver com procedimentos de média complexidade inadequados para o seu porte e que causam superlotação e inadequação da sua missão concreta que é fazer o atendimento de alta complexidade. A verdade é que a rede não está desestruturada. Nem se fosse um hospital de 20 andares, não ia dar conta. Tem que ter estruturas de média complexidade na rede para apoiar o PROCAPE.

Pode-se observar nesses trechos de DSC que a ausência de uma rede articulada de referência e contra-referência, provoca conseqüentemente uma inadequação da suposta missão do hospital. É interessante notar que o enfoque *Démarche Stratégique* propõe-se justamente a definir racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de serviços de saúde. Nesse sentido a organização hospitalar é compreendida como uma organização pró-ativa, centrada sobre o exterior, que assume o ambiente como recurso e não como restrição. Isso significa que a definição da missão terá que ser ajustada com o ambiente externo institucional incluindo os outros hospitais da área à qual pertence. Destaca-se, então, a capacidade dinâmica da organização e sua atuação pró-ativa sobre o ambiente (ARTMAN e RIVERA, 2003).

Trechos do DSC da ideia B: [...] O PROCAPE é ligado à SES através do aspecto assistencial por que é SUS. Mas isso cria uma grande crise de paternidade e de maternidade, por que quando um filho dá problema, a tendência é dizer: cuida que o filho é teu [...] A ligação do PROCAPE com a SECTMA é através da UPE. É uma comunicação mais administrativa na parte de prestação de contas. Ela faz a ponte para as outras secretarias, mas eu não sei lhe dizer quem é a pessoa que é a referência na SECTMA pra isso. Há fragilidade nessa comunicação e existe muito a ser construído. [...] Na época do Cláudio Marinho, tinha duas pessoas na assessoria que era uma assessoria com visão de saúde que cuidava dos HUs da UPE. Agora na gestão de Eduardo tinha uma pessoa lá que conhecia de saúde, o que eu conhecia de combustível de foguete. Algumas reuniões lá demonstraram claramente esse desconhecimento sobre a questão da saúde e isso teve algumas dificuldades iniciais.

Trechos do DSC da ideia C: [...] Acho que Conselho Gestor está muito dentro do hospital ainda. Acho que o grupo participa de muitas outras atividades no hospital, são muito solicitados e isso dificulta também o processo. [...] Eu acho que o ideal é um Comitê Gestor ou um Comitê integrado, em que você pudesse ter a vinculação hierárquica estrutural, mas que você pudesse ter a participação da SES e da própria Secretaria de Educação, mas fundamentalmente da SES. Tem que ter uma coisa compartilhada, responsabilizada e garantida. Esse esforço é feito, os Secretários de Saúde sabem da importância desses hospitais na rede, mas isso é feito de certa forma ainda amadorística, sem um nível de comprometimento de determinação legal. Isso depende muito do papel do gestor, da visão que ele tem da universidade, do compromisso que ele tem com o problema. Eu acho que não é uma coisa simples de resolver essa equação da SES, SECTMA, UPE, eu entendo que isso também é de certa forma um dificultador, mas não é impossível de se resolver, precisa ter um meio termo que possa talvez incluir as Secretarias de modo que quando for tratar dos HUs, você ter, como eu disse, um Comitê Gestor compartilhado. É fundamental também ter alguém da SECTMA com leitura de saúde.

Observa-se nos dois trechos de discursos a importância de que tanto o PROCAPE e a SECTMA quanto as Secretarias (SES, Educação e SECTMA), se articulem mais com uma comunicação mais fortalecida e efetiva. Essa idéia traz uma coerência com o instrumento

Démarche Stratégique, o qual é essencialmente comunicativo e exigente em estratégias de negociação.

Quanto à questão dos principais **espaços de comunicação entre o PROCAPE e outras instituições**, a análise do DSC produziu duas ideias centrais contraditórias: Ideia Central A: Não existe espaço para integração extra-hospitalar. Ideia Central B: O Conselho Universitário é um fórum permanente.

DSC da Ideia Central A: *Não existe espaço para integração extra-hospitalar como um fórum, etc. Isso ficaria mais claro se a gente tivesse um centro regulador estruturado. O que é preconizado e poderia discutir futuramente, por que é tudo muito novo, com o Ministério da Saúde, é a gente fazer encontros regionais com esses hospitais, os de ensino como já têm os encontros nacionais.*

DSC da Ideia Central B: *Eu acredito que os próprios gestores de cada instituição estabeleçam esses espaços. O Conselho Universitário (CONSUN) se reúne regularmente, é um fórum permanente e lá tem representantes de todas as unidades da UPE, representantes dos estudantes e dos servidores. A reitoria tem as portas abertas, tudo que a gente precisa, a gente vai lá. Mas tem uma dificuldade grande que é o seguinte: a UPE no organograma do Estado está ligada à Secretaria de Ciência Tecnologia e Meio Ambiente (SECTMA) e dentro dessas unidades os 3 hospitais não fazem parte da SES. O secretário anterior não tomava conhecimento de nada, a gente podia se dirigir diretamente à SES. A nova secretária, não. Ela diz: manda tudo pra cá, daqui é que eu mando pra lá. E fica a gente meio amarrado, porque a gente tem que se comunicar com a SECTMA, que na verdade não toma nenhuma providência em relação a gente, mas só faz a questão burocrática. Isso cria uma dicotomia na rede do Estado: hospital público, mas que não é da SES. Fizemos uma solicitação para entrar na rede sentinela, não tivemos resposta, mandamos novamente há dois meses e estamos aguardando.*

Identifica-se que parte dos entrevistados e atores ligados a instituições chave nesse processo desconhecem a existência desses espaços de comunicação externa.

No que diz respeito à **comunicação dentro da instituição**, novamente identifica-se discursos opostos: Ideia Central A: A comunicação é muito falha. Ideia Central B: A comunicação é muito integrada.

DSC da Ideia Central A: *A comunicação aqui dentro eu acho uma coisa muito complicada, porque qualquer problema que acontece a irmã faz uma ordem de serviço para aquele lugar, dizendo: “não é pra fazer assim, é pra fazer assim daqui por diante”. Eu acho que quando as pessoas não se sentem sujeito e objeto das ações, aquilo não adianta. Eu acho que o fato de você não reunir os atores, para que as pessoas entendam: porque eu existo no PROCAPE, pra que eu estou aqui, porque eu não posso agir dessa forma, para não prejudicar outras pessoas. Eu acho muito falha a comunicação. Não existem reuniões com horário marcado. Exemplo, o gerente de serviços técnicos tem um probleminha, ele vem, fala com o diretor, é uma coisa muito informal, as pessoas que precisam se envolver, não participam. A comunicação aqui dentro é falha, a gente vai muito a reboque. Se acontece um caso de projeção na mídia, começa-se a tomar providências para correr atrás do prejuízo, são ações de apagar o incêndio. Não existe neste hospital, e a meu ver, em nenhum outro da rede pública, essa comunicação efetiva porque isso teria que se dar a partir do gestor do SUS. O gestor do SUS não consegue atender a essa atribuição dele. Então poderia ser muito, muito melhor, mas ela é frágil ainda. Eu acho que o grande problema ainda nosso é a comunicação. Ela é base e precisa ser reforçada em todos os âmbitos e verticalmente e horizontalmente. Isso já foi pauta na reunião do Conselho Gestor, mas nós precisamos também buscar outras coordenações, que nós temos várias aqui, né? Humanização, ouvidoria, educação continuada, e por aí vai, que podem nos ajudar.*

DSC da Ideia Central B: *Os setores se comunicam informalmente e formalmente. Informalmente, direto com as pessoas que conversam e se tratam muito bem e, formalmente, através de um memorando, comunicando algumas coisas. A comunicação aqui é muito integrada. Esporadicamente é que se precisa fazer reunião com os setores para se discutir os problemas internos.*

A respeito da comunicação interna, o enfoque da *Démarche Stratégique* traz, dentre alguns de seus objetivos, os seguintes: promover um elo entre a gerência estratégica e os centros

assistenciais, através da comunicação e ensejar um lugar de comunicação, onde os atores-serviços possam chegar a definir um projeto coletivo (RIVERA, 2003). Vê-se então pelos depoimentos que essa é uma situação ainda muito distante do ponto de vista do PROCAPE mesmo tendo um Conselho Gestor. O dialogo externo e interno é muito incipiente para uma proposta de definição de estratégia considerando a complexa rede e objetivos envolvidos.

Na questão nove, sobre como são **tomadas as decisões**, o resultado das entrevistas produziu duas ideias centrais opostas: Ideia Central A: Tomada de decisão autoritária sem pactuação. Ideia Central B: Diretoria escuta antes de tomar decisão.

DSC da Ideia Central A: Não tem um envolvimento com todas as pessoas que deveriam fazer parte da decisão para entender. Não é pactuado, integrado, dialogado. Muito, muito do nosso processo acontece assim, em cima do problema que vai se resolver hoje. Dependendo da urgência do problema, você tem como sentar e discutir para decidir. Mas, na maioria das vezes, precisa-se decidir as coisas rápido e quem tá mais próximo vai resolver.

DSC da Ideia Central B: Sempre ouvindo o departamento da área, levando o problema para a diretoria e a diretoria resolvendo. A diretoria resolve escutando as partes e decidindo a melhor maneira de resolver.

Como visto na fundamentação teórica, as premissas teóricas da *Démarche Stratégique* consideram as principais características de uma organização profissional, constituída como um conglomerado de unidades independentes altamente especializadas na qual o trabalho é coordenado por ajustamento mútuo e a tecnoestrutura tem fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais. A coordenação é processual e por resultados e a direção tem gestão indireta sobre os vários chefes de serviço. Portanto, a prática decisória destas organizações freqüentemente não possui perspectiva de conjunto. Nos estabelecimentos públicos as decisões se estabelecem muitas vezes sobre uma situação de emergência. A dispersão das atividades e a diluição do poder entre as diferentes áreas de responsabilidade fazem da estratégia a resultante de uma seqüência de micro-decisões sem perspectivas comuns. Isso efetivamente ocorre no PROCAPE como já evidenciado anteriormente nos trechos das entrevistas.

Quando perguntados como se dá o processo de **planejamento das ações no PROCAPE**, os resultados das entrevistas mostram DSC diferenciados, distribuídos em três idéias centrais: Ideia Central A: Planejamento anual apenas para cumprir uma formalidade. Idéia Central B: Planejamento anual, com uma assessoria que reavalia e fiscaliza. Idéia Central C: Falta planejamento.

DSC Ideia Central A: *Quando tem o planejamento da UPE, sempre tem uma equipe aqui que escreve o que se pretende no ano seguinte. Mas é sempre pra cumprir aquela formalidade, pois depois que é entregue, não existe uma preocupação que aquilo vá acontecer, é uma questão mais burocrática.*

DSC Ideia Central B: *É feito anualmente e qualquer necessidade se faz uma reavaliação disso. Existe uma assessoria na diretoria, uma parte para fiscalizar os convênios e outra parte administrativa.*

DSC Ideia Central C: *Eu acho que falta planejamento. Tem que planejar, colocar as estratégias para alcançar aquilo e buscar mesmo. Um problema de administração atual é a falta de planejamento. Então, nós estamos muitas vezes resolvendo um problema que surgiu hoje, resolve hoje, resolve hoje e não buscamos sentar, planejar e prevenir o problema, ou então já planejar: Ele existe e o que é que a gente pode fazer pra resolver de uma maneira mais eficaz e não usando paliativos. O planejamento ainda é uma meta e fundamental.*

A gestão estratégica transforma o processo decisório porque o descentraliza, ou seja, o poder de decidir está amplamente difundido e não mais concentrado na cúpula. Embora a direção ainda assinale as orientações maiores e os valores centrais, a estratégia depende da articulação de todos os atores organizacionais, desfazendo esta dissociação entre a direção estratégica e os serviços da ponta em busca de um conjunto coeso de planos e projetos, os quais apresentam um desenvolvimento ativo, vivo, participativo e resultante da sinergia e integração dos segmentos da organização em suas dimensões técnicas, científicas e sócio-econômicas. A *Démarche Stratégique* é um modelo de planejamento estratégico organizacional contínuo, flexível e

ajustado, aplicado a hospitais públicos e suas características estão relacionadas a um modelo típico de planejamento baseado na oferta (RIVERA, 2003). Nesse sentido há muito o que percorrer para atingir esse patamar mínimo para o exercício estratégico no PROCAPE.

Quanto ao aspecto microeconômico o processo de definição de prioridades inerente a este enfoque segue a um raciocínio de custo-oportunidade. Esse modelo de gestão estratégica introduz o entendimento dos custos de oportunidade ao considerar as necessidades dos outros e o grau de satisfação global obtido pela organização. Sendo assim, se devem priorizar segmentos de maior valor relativo, incluindo uma menor concorrência potencial e um alto investimento necessário, realizado ou previsto. As diferenciações, representadas pelo aprofundamento de competências distintivas, que se confundem com esses segmentos, são estimuladas na medida em que se subordinam a uma perspectiva de maior eficiência e eficácia globais, considerando o sistema ou a rede (ARTMAN; RIVERA, 2003).

Destaca-se, portanto, o que os autores chamaram de instrumentos com os quais se pretende criar uma rede de solidariedade: A transparência, o compartilhamento de informação, a reconstrução dos diferentes domínios de atividades explorando as potenciais sinergias, a construção da pedagogia de avaliação, a introdução do raciocínio dos custos de oportunidades e a captação de recursos adicionais por meio de projetos (ANDRADE; ARTMANN, 2009).

Mesmo com um foco bem definido sobre a cardiologia as diversas atividades e linhas de cuidado, possíveis neste campo de prática clínica, requer uma articulação sistêmica, tendo em vista a alta incorporação tecnológica e o alto nível de capacitação/produção do conhecimento que caracteriza um hospital universitário como o PROCAPE. Neste sentido a articulação interinstitucional e intra-institucional carece ainda de um esforço muito maior na construção de diálogos possíveis.

Quanto ao **monitoramento e avaliação das ações** realizadas, observa-se a partir dos DSC produzidos, que o DSC da idéia central C é bastante distinto dos outros discursos, quando traz a informação de que o monitoramento e avaliação são feitos de forma contínua. De uma forma geral, todos os entrevistados discorreram muito pouco sobre essa questão, o que pode evidenciar falta de conhecimento sobre o assunto.

Trechos do DSC da Idéia Central A: O contrato de metas obriga o monitoramento e avaliação. *Com o contrato de metas é uma coisa que obriga, de certa forma. Porque eu preciso saber qual a meta que a gente atingiu. Existe uma comissão que acompanha o contrato [...] existe uma grande falta de conhecimento da gestão do hospital de como funciona o Sistema.*

Ideia Central B: Fica prejudicado por que o planejamento não é realizado de forma integrada. *DSC: Como o planejamento não é realizado de forma integrada, isso fica prejudicado. Então, do mesmo jeito que eu falei que o planejamento tá falho, com certeza é uma cadeia.*

Ideia Central C: É feito continuamente. *DSC: É feito continuamente. Todo mês é visto o que foi feito, acompanhando e indo atrás do que é que falta pra ser resolvido.*

Na questão doze, perguntou-se como os entrevistados percebiam o **ambiente organizacional** do PROCAPE. Aqui mais uma vez os comentários sobre essa questão foram pobres, o que pode evidenciar falta de discussão/conhecimento sobre o assunto. No DSC da idéia central A um dado que chama atenção é o fato de que se gasta muita energia por que não se sabe onde quer chegar, não tem foco.

Ideia Central A: Bom de trabalhar. Mas se gasta muita energia por que não se tem foco. *DSC: É normal. É um ambiente muito bom, as pessoas se tratam muito bem. É bom de se trabalhar, além disso existe um grupo muito comprometido que quer que o hospital dê certo, que é capaz de doar tudo, de passar mais horas de trabalho, de ir atrás de doação para manter o hospital, de fazer mil coisas pelo hospital. Mas o que eu acho é que gasta-se muita energia porque não se sabe onde quer chegar, não tem foco.*

É importante ter o entendimento de que o ambiente organizacional e a cultura são fatores condicionantes de uma mudança organizacional e que compreender esse ambiente e sua cultura é fundamental para um bom planejamento. O enfoque *Démarche Stratégique* traz como mais um dos seus objetivos, promover um processo de transformação cultural progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais, imediatos (RIVERA, 2003).

A questão treze indaga sobre **o que significou para os entrevistados o processo de constituição do modelo organizacional do PROCAPE**. Esse ponto resultou em quatro idéias centrais: Idéia Central A: Não era o que eu esperava. Idéia Central B: O governo Jarbas não se preparou minimamente para o processo de abertura do hospital. Idéia Central C: Precisa profissionalizar a gestão no SUS. Idéia Central D: Não necessariamente é preciso ser Estatal pra ser público.

DSC da Ideia Central A: *Esse modelo a gente vem acompanhando desde antes de o PROCAPE ser construído. Eu sempre vivenciei isso. Em minha opinião, o ideal é que o PROCAPE fosse num sistema de fundação, como Dr. Ênio queria. Como isso não foi possível, a gente vem acompanhando e discutindo, vendo o que é que pode ser feito.*

Trechos do DSC da Ideia Central B: *O governo Jarbas não se preparou minimamente para esse processo e gerou uma total desorganização. Abrir uma estrutura daquele porte já não é uma tarefa fácil e sem um cuidado necessário, do ponto de vista orçamentário, licitatório, do processo de compra e regulagem de estoque, de credenciamento e definição do teto financeiro, de repasse de recurso, torna uma tarefa quase impossível e o que aconteceu ali foi que isso tudo redundou em vários níveis de sofrimento [...] o PROCAPE foi muito esperado, tinha toda uma visão, a partir do próprio Ênio que é um visionário que acreditava que aquilo tinha que ser um serviço de excelência, mas foi aberto da maneira mais escandalosa e mais absurda que se possa imaginar. [...] o hospital tinha receita financeira prevista, ele tinha que gastar ele tinha que comprar, mas ele não podia soltar o processo licitatório porque não tinha previsão orçamentária e não tinha autorização do jurídico. Isso é anacrônico! Isso não precisa ter modelo de gestão, não precisa ter fundação, não precisa ter OS, não precisa ter nada! Precisa ter um mínimo de capacidade gerencial de observar um negócio desse. Esse hospital tava aberto há mais de um ano! Evidentemente que o atual governo do Estado pagou dívidas anteriores, equacionou essas dívidas, contribuiu para que a coisa se desse. O governo Eduardo tem essa característica de investir em saúde, mas o PROCAPE, no seu início... (reticências do entrevistado).*

Trechos do DSC da Ideia Central C: *Nós temos um problema na gestão das unidades hospitalares no Brasil dentro do SUS. Não é possível que você não tenha unidades gestoras especializadas e capazes, compostas de quadros estáveis da administração pública, extremamente bem remunerados e qualificados para essa missão. A gente tem que partir para a profissionalização da gestão no SUS. Eu não acredito que você possa ter pessoas com dedicação “full time” pra gerenciar orçamentos que beiram mais de 100 milhões de reais, no caso do PROCAPE. [...] Eu acho que as questões referentes ao processo democrático na universidade têm que ser respeitadas, por exemplo, ter eleição, participação de professores, alunos e funcionários, mas eu acho que alguns requisitos deveriam ser observados nesses cargos de gestão. Precisa, por exemplo, ter experiência em gestão administrativa, era preciso que antes de ser submetido ao processo democrático de eleição, fizesse um comitê de busca, que pudesse avaliar os currículos e aqueles currículos fossem aí sim, eleitos pela comunidade acadêmica, para poder qualificar a gestão, mas isso em si não resolve o problema [...].*

Trechos do DSC da Ideia Central D: *[...] eu não sei se o modelo fundacional é o mais adequado, mas o que tá também não é bom. Aí eu tenho uma discordância com as entidades dos servidores, inclusive com a entidade médica [...] eles acham que o SUS foi desfinanciado e como ele não foi investido na sua plenitude do financiamento, ele não pode ser questionado na sua gestão. Eu discordo disso, eu acho que o SUS foi desfinanciado, e boicotado ao longo do tempo, mas não é só colocar mais recurso, mais financiamento, que vai superar a crise de gestão. Que dê mais agilidade administrativa, que dê qualificação a essa gestão, que remunere melhor, que estabilize que crie uma carreira e que construa uma expertise em relação a isso, do ponto de vista do modelo administrativo. [...] eu acho que as experiências positivas de algumas entidades filantrópicas, de fundações, de OS têm que ser levadas em conta e temos exemplos na Europa que estão trabalhando com essa coisa mista. Não necessariamente é preciso ser Estatal pra ser público. Eu acho que o poder público tem que desenvolver algum mecanismo de controle de metas e indicadores do interesse público que vão dar conta de estabelecer uma condição pública muito maior do que muitas vezes o cara ser Estatal e ser vinculado diretamente ao Estado. Acho que é o caminho da gestão. Agora, garantindo alguns requisitos, por exemplo: atendimento 100% SUS, não ter dupla porta você fazer uma carreira que seja reconhecida, mas com condições de você poder trabalhar com indicadores e metas.*

Observa-se assim nesses trechos de DSC uma dura crítica ao despreparo do governo no início da abertura do hospital, o que nos remete a uma idéia de amadorismo e descompromisso. Nos discursos encontram-se também informações que foram além da pergunta em questão. É interessante notar que houve uma preocupação dos entrevistados em não apenas criticar, mas trazer possibilidades de melhora da situação criticada. Como exemplos, a necessidade de profissionalização da gestão no SUS, o estabelecimento de metas e indicadores do interesse público e a possibilidade de considerar experiências positivas de outros modelos de gestão, não perdendo o foco do interesse público.

Partindo para a última questão do roteiro de entrevista, perguntou-se aos entrevistados, como está sendo feita a **contratualização do PROCAPE** com a SES de acordo com as portarias que normatizam esse processo pelo SUS. Essa questão produziu três idéias centrais apresentadas a seguir: Ideia Central A: O processo tem sido tranquilo e motivador. Ideia Central B: Isso é feito com o gestor Estadual do SUS que estipula as metas. Ideia Central C: O governo do Estado agiu com pouco compromisso.

Trechos do DSC da Ideia Central A: *Para um hospital ser contratualizado, ele obrigatoriamente tem que ser certificado como HE. Ele sendo HE pode migrar para a contratualização, aí tem as metas. O PROCAPE já passou por esse processo e foi muito fácil, acho que ele já nasceu HE, por que partiu do Oswaldo Cruz. Essas metas são revistas anualmente o que foi cumprido, o que vai aumentar o que vai continuar. Esse ano já teve uma revisão e a SECTMA participa também. Eles vêem se atingiu a meta, por que deixou de atingir, etc. Então, por exemplo, o PROCAPE não atingiu o número de alta complexidade que se propunha atender. Atendeu com um excesso de média complexidade. Essa proposta de contratualização nos coloca numa posição boa de tá sempre se atualizando, buscando os modelos corretos. Nós lidamos, por exemplo, com POPs² a padronização dos procedimentos no serviço, se não, não passaria a ser contratualizado. Isso é muito bom, nos coloca numa posição bem pertinho do que é ideal e também pede mais... É um desafio, é um risco, você pode perder e aí perdermos todos. Mas é um desafio de estar buscando melhorar sempre e seguir essas metas que são necessárias para manter o nosso perfil.*

² Procedimento Operacional Padrão

Trechos do DSC da Ideia Central B: *A contratualização é feita para que melhore o recebimento de recursos para o hospital e é uma coisa que o hospital junto com o gestor tem que querer ser contratualizado. Dessa forma, a Secretaria de Saúde junto com o hospital vai ver qual seria a assistência que o PROCAPE teria que ofertar, dentro da sua vocação que é a cardiologia e aí estipula essas metas, dentro da capacidade operacional do PROCAPE. Já a SECTMA não participa. Isso é feito com o gestor Estadual do SUS. A questão da C&T no Estado de Pernambuco assumiu como é natural, as universidades, mas eu não sei dizer a você qual seria o modelo ideal, mas eu acho que, se ela é responsável, pelo menos do ponto de vista organizacional, ela tinha que participar de alguma forma e acompanhar. Mas C&T não se envolve.*

Trechos do DSC da Ideia Central C: *[...] Depois do credenciamento ao SUS viria o processo de reconhecimento do PROCAPE como Hospital Universitário, através de visitas da Comissão mista MEC e Ministério da Saúde, que fazia a contratualização de gestão e a definição de incentivos que um Hospital Universitário recebe, do ponto de vista de meta, de indicador, de cota fixa. Isso (o credenciamento ao SUS) foi em junho de 2006. Não havia previsão dos processos licitatórios nem orçamentários necessários para dar conta de gastar os 9 milhões de reais que tinha sido estabelecido. [...] O governador não mandou para a assembléia legislativa, um projeto de suplementação orçamentária que desse conta de garantir uma rubrica na UPE para o PROCAPE. O mais grave disso é que em dezembro de 2006, o hospital já aberto, as pessoas formularam a lei orçamentária do Estado de Pernambuco e não colocaram uma quantidade de previsão orçamentária suficiente para o hospital receber recurso do Ministério da Saúde e ter rubrica orçamentária para gastar. O PROCAPE começou a receber os tetos financeiros dos procedimentos realizados, tinha dinheiro em caixa, mas ele não tinha rubrica orçamentária para gastar o dinheiro, faltando tudo dentro daquele hospital. Isso é uma coisa gravíssima, total ausência da capacidade de gestão. A UPE tem uma parcela de culpa nisso e o governo do Estado fundamentalmente, porque ele sabia o que estava fazendo. No governo de Eduardo isso melhorou, houve uma preocupação maior com a suplementação orçamentária, liberação e inclusão de recursos, houve gestão do governador pessoalmente para que o Ministro Temporão agilizasse o processo de credenciamento do hospital (como HE), o que se deu em dezembro de 2007.*

Identifica-se que a ideia C traz bastantes informações, chegando a se diferenciar das outras e se distanciar um pouco da pergunta. O único ponto que se aproxima com o DSC da ideia A, é que primeiro o hospital se credencia ao SUS, depois se certifica como HE e depois é contratualizado pela comissão mista MEC e MS. Nestes trechos de entrevistas vários aspectos políticos e a demonstração de conflitos de interesses e divergências quanto a forma de conduzir o governo e, principalmente, uma organização hospitalar como o PROCAPE, evidenciam o grau de dificuldade para o cumprimento de qualquer missão institucional e a condução estratégica da instituição.

O PROCAPE está à mercê de indefinições e disputas políticos que o paralisa, diante de processos importantes do ponto de vista da sua estruturação e dinâmica estratégica. Essas contradições são expostas por depoimentos incoerentes e profundamente dispares. O DSC produzido na ideia C, fala muito mais do início do hospital e suas dificuldades no processo de credenciamento ao SUS. Mostra que nesse percurso, houve pouco compromisso de gestão, que não estabeleceu previsão orçamentária e licitatória, o que impedia o hospital de usar o dinheiro que vinha do MS, causando sérias dificuldades no hospital. Se considerarmos a ideia C e a ideia A observa-se DSC predominantemente contraditórios. Para esta o processo de contratualização tem sido muito tranquilo e fácil. Da mesma forma, no que diz respeito à SECTMA, a ideia B diverge da ideia A. Nesta, a SECTMA participa da contratualização, na outra, a informação é que essa Secretaria não participa.

Apenas o DSC da ideia B introduz o tema da pergunta, mostrando como é feita a contratualização. Informa, portanto que a Secretaria de Saúde e o hospital definem juntos qual assistência o PROCAPE teria que ofertar, quais as metas considerando sua vocação e capacidade operacional. Pode-se pensar, portanto que ao definir junto com o hospital essas metas, a SES se preocupe em organizar a rede. Porém não há um aprofundamento do assunto a ponto de esclarecer a real situação pela ótica dos entrevistados.

Essa ideia de uma constituição de rede nos remete ao enfoque em questão, o qual estimula uma organização de redes de co-participação e complementaridade em invés da concorrência. Para isso, Artman e Rivera (2003) se amparam numa análise estratégica

microeconômica, ou seja, determina estratégias combinadas de custos e de diferenciação dos vários setores de um hospital, além de encorajar uma rede de articulações internas e parcerias externas que aperfeiçoem a utilização de recursos

Ao se falar de rede estratégica, podemos identificar que os autores da *Démarche Stratégique*, Crémadez e Gâteau, recriaram para o contexto sanitário, os desenhos dessa aliança (rede) estratégica, a partir de quatro tipos de cooperação eventual:

Parceria vertical: corresponde a coordenar os papéis dos estabelecimentos no seio de um mesmo processo de prestação de cuidados. Por exemplo, integração entre os níveis primário, secundário e terciário de um determinado domínio de atividade (implantação de um sistema de referência e contra-referência materno-infantil); **Integração conjunta:** corresponde ao compartilhamento de uma tecnologia, especialmente de recursos raros (diagnóstico e terapia); **Adicionamento ou acréscimo:** neste caso, não há mais concorrência. Articulam-se estabelecimentos ou unidades em torno de serviços completos. Há a constituição de um potencial comum. Por exemplo, a organização de pesquisa multicêntrica. Aqui a concorrência virtual cede lugar à competição interna; **Complementaridade:** consiste na valorização das contribuições complementares, na geração de uma prática diferenciada útil para todos os cooperantes. Exemplo, cooperação entre redes de cuidados, entre a medicina e a geriatria, substituindo a concorrência pela cooperação (ARTMAN; RIVERA, 2003, p.484-485).

O enfoque em questão reconhece a possibilidade e necessidade de todas essas alianças estratégicas, dando ampla importância à complementaridade, percebida como a cooperação entre segmentos e especialidades de um mesmo hospital e entre o hospital e a rede. Nesta se verifica um apoio recíproco, tanto pela plena disposição para estruturar uma rede permanente e vasta de complementaridade, quanto pelo compartilhamento de saberes, recursos físicos, tecnológicos e humanos. Todos esses componentes estão ainda de forma incipiente incorporados no processo de institucionalização do PROCAPE e a formação da rede assistencial em Pernambuco.

5.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Análise realizada nos documentos oficiais do PROCAPE: Plano Operativo Anual (POA) 2008 – 2009 (Quadro 5) e Regimento Interno do Conselho Gestor (Quadro 6). Relacionaram-se nesses quadros: as premissas teóricas, seus objetivos e as respectivas evidências documentais.

Para a premissa: “aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão” identificaram-se quatro evidências no POA. Observa-se que a missão está desatualizada, diferente do que está estabelecido hoje, se considerarmos os DSC produzidos a partir das entrevistas. Isso se justifica pelo fato de este ser um documento construído há 2 anos e em vias de ser atualizado.

Na última evidência desse item: “Diagnóstico complementar através de equipe de última geração, não existentes em hospitais da rede pública do Estado”, percebe-se uma característica de vantagem comparativa, a qual, segundo Artmann e Rivera (2003), é a possibilidade de atrair relativamente mais clientela pela percepção que a mesma teria da superioridade de sua oferta.

Para a premissa: “concepção do ambiente externo como recurso”, chama atenção a terceira evidência, sobre sistema de referência e contra-referência, uma vez que nas entrevistas, quando se perguntou a respeito da comunicação com o ambiente externo, surgiu um DSC que refere ausência de uma rede articulada de referência e contra-referência, provocando conseqüentemente inadequação da missão do hospital.

Para a premissa: “Maior integração intra-institucional”, destaca-se a primeira evidência, que mostra uma integração entre cada coordenadoria e os gerentes das Divisões e Seções. Isso demonstra uma contradição com um DSC da questão oito, onde refere que a comunicação dentro da instituição é muito falha.

Quanto ao regimento interno do Conselho Gestor de saúde do PROCAPE, encontrou-se evidências apenas em duas premissas teóricas: “aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão” e “concepção do ambiente externo como recurso”. Não contemplando, portanto nenhuma evidência acerca da premissa: “Maior integração intra-institucional”.

Na primeira premissa teórica, o único destaque foi o de implementar as diretrizes do Plano Estadual de Saúde, considerando, entre outras coisas, a missão do PROCAPE. Na segunda, ressaltaram-se quatro itens. Considerando as entrevistas, observa-se que nenhum desses itens foi sequer comentado, pelo contrário, os discursos mostram que ainda falta muito a avançar apesar de tópicos importantes encontrados nos documentos oficiais analisados.

PREMISSAS TEÓRICAS	OBJETIVOS	EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS NO PLANO OPERATIVO ANUAL (2008-2009)
Aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão.	Definir a missão do hospital de acordo com critério de oportunidade, ou seja, determinar um serviço que seja de qualidade e ao mesmo tempo possibilite vantagens comparativas.	<p>1- O Plano Operativo Anual (2008-2009) reforça o papel do PROCAPE de referência na atenção aos portadores de patologias cardiovasculares de emergência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;</p> <p>2- Missão: Prestar assistência aos usuários do SUS na área das doenças cardiovasculares e promover ensino, pesquisa e extensão;</p> <p>3- Visão: Ser um Centro Universitário de excelência na assistência, ensino, pesquisa e extensão na área das doenças cardiovasculares;</p> <p>4- Diagnóstico complementar através de equipe de última geração, não existentes em hospitais da rede pública do Estado.</p>
Concepção do ambiente externo como recurso.	<p>Promover um elo entre a gerência estratégica e os centros assistenciais;</p> <p>Possibilitar a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada prezando pela busca da eficácia e eficiência.</p>	<p>1- O PROCAPE integra o pólo de Educação Permanente do Estado de Pernambuco;</p> <p>2- A ouvidoria é parte integrante da Rede de Ouvidores do Estado de PE e constitui um canal de comunicação social para colaborar na solução das questões a respeito ao cidadão, de forma ágil e sem burocracia;</p> <p>3- O hospital participa do Sistema de Referência e Contra-referência hierarquizada dentro da política de assistência à saúde preconizada pelo SUS e em sintonia com o gestor Estadual;</p> <p>4- O PROCAPE solicitou à ANVISA inserção na Rede Sentinela como hospital colaborador.</p>
Maior integração intra-institucional.	<p>Buscar um lugar de comunicação onde os atores-serviços possam chegar a definir um projeto coletivo;</p> <p>Favorecer um processo de transformação cultural e progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais, imediatos.</p>	<p>1- Cada coordenadoria se reúne uma vez por semana com os gerentes das Divisões e Seções respectivas a fim de analisar o andamento dos serviços sob sua responsabilidade e posteriormente submeter os resultados à apreciação da Diretoria;</p> <p>2- O organograma do PROCAPE, mesmo de estrutura vertical, não impede o intercâmbio entre serviços e entre os componentes de cada equipe de trabalho;</p> <p>3- O Núcleo de Epidemiologia (NEPI) e a Comissão de Vigilância Epidemiológica, a CCIH e a Gerência de risco trabalham de forma integrada;</p> <p>4- Existem reuniões mensais do Colegiado Gestor e reuniões mensais dos colegiados setoriais;</p> <p>5- Existem reuniões mensais da Diretoria com a Comissão de Acompanhamento do Convênio.</p>

Quadro 5: Evidências no POA (2008-2009).

PREMISSAS TEÓRICAS	OBJETIVOS	EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO GESTOR DE SAÚDE DO PROCAPE
Aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão.	Definir a missão do hospital de acordo com critério de oportunidade, ou seja, determinar um serviço que seja de qualidade e ao mesmo tempo possibilite vantagens comparativas.	1- Implementar no PROCAPE as diretrizes do Plano Estadual de Saúde, contribuindo com sua elaboração, devendo ser considerados o perfil epidemiológico e a necessidade de ações e serviços específicos, segundo a missão institucional.
Concepção do ambiente externo como recurso.	Promover um elo entre a gerência estratégica e os centros assistenciais; Possibilitar a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada prezando pela busca da eficácia e eficiência.	1- O Conselho Gestor acompanha a programação e orçamentação do setor saúde do Estado de PE, garantindo recursos para a alta complexidade, bem como fiscaliza a alocação de recursos para a saúde nos órgãos integrantes do SUS; 2- O Conselho Gestor acompanha a Política de Recursos Humanos (RH) para todos os trabalhadores integrantes do PROCAPE, em consonância com a Política de RH da UPE e a Política Nacional de RH do SUS; 3- O Conselho Gestor promove e estimula a articulação do PROCAPE com outros CGS; 4- O Conselho Gestor fomenta a cooperação entre entidades, organismos e instituições na área de saúde;

Quadro 6: Evidências no Regimento Interno do Conselho Gestor de Saúde do PROCAPE.

6 DISCUSSÃO

Ao longo deste trabalho, procurou-se entender como vem sendo conduzidos o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE, considerando a atual situação da Reforma do Estado e a construção do SUS. O enfoque em questão, *Démarche Stratégique*, foi um instrumento que forneceu um norte para a análise dos resultados.

Apresentam-se a partir deste capítulo, as percepções da autora acerca dos resultados encontrados, agregando outros autores do marco teórico, tanto para enriquecer a discussão, quanto para sustentar uma análise crítica do modelo *Démarche Stratégique*.

A primeira questão (Fale a respeito da constituição da estrutura organizacional do PROCAPE), considerada como questão chave, já situa como vem sendo conduzido o modelo organizacional. É interessante notar as divergências de opiniões sobre o regime jurídico, e o Regimento Interno da organização, porém, embora este influencie o gerenciamento interno de uma unidade, não é abordado de forma positiva no enfoque *Démarche Stratégique*.

Nota-se no DSC da ideia central B, uma preocupação com gastos mais racionais, maior autonomia gerencial, com menos burocracia e geração de maior eficiência. É neste contexto que Vasconcelos (2002) aponta exatamente que tem se buscado com essa flexibilização na gestão dos recursos, utilizando para isso as Fundações de Apoio que tem facilitado a captação de recursos e tornado viável uma contratação de pessoal.

Para este autor, na relação com a Universidade, o HE apresenta uma vinculação e dependência normativa, o que acaba subtraindo a autonomia decisória e capacidade de governo. Essa situação motiva a luta contra o modelo hierárquico burocrático do hospital e a partir daí, as fundações de apoio e os institutos surgem como mecanismos de fuga desse modelo tradicional. O autor acima citado discorda dessa forma de lidar com a crise organizativa e acredita que isso apenas adia a busca de uma saída mais efetiva. De todo modo o referencial teórico que aponta que as instituições hospitalares brasileiras são ortodoxas do ponto de vista burocrático não encontra lastro em evidências empíricas no caso do PROCAPE.

Pelo contrário há um descompasso entre diretrizes de uma burocracia consolidada, do ponto de vista Weberiano, com o comportamento político dos atores institucionais. Esse sim é um traço marcante da administração pública no Brasil, que não se consolidou como um modelo burocrático, tendo se caracterizado mais pelo amadorismo, patrimonialismo e clientelismo de varias ordens. A necessidade de flexibilizar pode nesse caso esconder desejos que não estejam em consonância com o interesse público, nem com as necessidades dos usuários do SUS.

Silva (2005) traz uma discussão importante, quando aponta que existe um desafio cotidiano em busca da recriação de serviços e práticas, sendo crucial o reconhecimento de que além da questão jurídica, existe outra de ordem política. Para ele é preciso considerar na política uma dimensão subjetiva presente nos atos de operar serviços e prática. Ou seja, o que o SUS precisa ir além de adaptar este ou aquele modelo o que significa que precisaríamos caminhar pela micropolítica.

Campos e Amaral (2007) estimulam o debate sobre dois movimentos paradoxais na forma de funcionar o hospital: funcionamento em rede versus funcionamento com autonomia. A integração com a rede (lógica do pensamento sistêmico) poderia ser um modo de diminuir a liberdade dos componentes de um sistema. Já o estímulo à autonomia, surge atrelado à doutrina neoliberal, que indicava, de uma forma geral, maior respeito à dinâmica de mercado, privatização de serviços públicos, constituição de organizações autônomas, submetidas a mecanismos de concorrência. Esse parece ser ainda o debate central no caso do PROCAPE.

As recomendações da doutrina neoliberal poderiam, em tese, resolver o problema de ineficácia e ineficiência dos modelos de gestão tradicionais dos sistemas públicos. Porém, já se observa que esse não seria o caminho e que o Brasil deveria realizar uma reforma sistêmica do sistema hospitalar, dada as suas características histórico-estruturais. Nesse caso o país precisaria optar por desencadear medidas mais globais e não medidas complementares e isoladas (BRASIL, 2004d; CAMPOS; AMARAL, 2007).

No discurso que versou sobre uma estrutura organizacional no PROCAPE ainda muito verticalizada, é possível fazer uma discussão com a *Démarche Stratégique*, pois esta estimula

justamente uma estrutura horizontal, com diálogo multidisciplinar, além de instigar transversalidades. Observa-se então que o PROCAPE está fora do que se imagina que seria o ideal, ou seja, não há uma articulação horizontal interna e uma rede de serviços externa que permita que as premissas básicas do modelo sejam aplicadas sem ajustes. O próprio modelo tem origem em processos de reforma que levam em conta parâmetros empresariais e aí há inúmeros obstáculos a transpor.

Outro autor que também traz essa discussão sobre organizações mais integradas internamente, é Guimarães (2000). Para ele é um desafio transformar estruturas burocráticas, hierarquizadas, em organizações flexíveis e empreendedoras. Acredita que tal mudança só se tornará realidade quando houver uma nova cultura de gestão, substituindo os modelos tradicionais.

O PROCAPE, até o momento das entrevistas, ainda não tinha um Regimento Interno oficial, pois este se encontrava na Reitoria da UPE, aguardando para ser aprovado. O que se observou nos discursos, foi uma forma centralizada de construção deste instrumento, uma vez que foi realizada, supõe os entrevistados, pelos gestores que ocupavam cargo nas divisões de gerência, sem envolver outros atores do hospital que não fossem gerentes. Seguindo esse raciocínio, observa-se que a *Démarche Stratégique* não pratica uma abordagem de normatização de uma unidade hospitalar, pelo contrário, aposta na via da responsabilização dos atores e intensifica as estruturas em rede interna estimulando o diálogo multidisciplinar e promovendo transversalidades (RIVERA, 2003).

Entretanto, entende-se como finalidade de um Regimento Interno, o estabelecimento de normas gerais de funcionamento pedagógico, científico, técnico e administrativo, além de servir para disciplinar essas atividades dentro do hospital, é balizador das ações e ao contrario do que afirma os proponentes do modelo, o Regimento Interno é fundamental para institucionalização do PROCAPE com forte influencia no comportamento dos atores institucionais espelhando suas divergências e dificuldades de pactos internos.

A ausência de um regimento interno pactuado deixa a instituição a deriva e, a mercê de interesses não-explicítos para seu funcionamento e existência. A vinculação ao SUS e a possibilidade de atender os planos de saúde está no fulcro dessa discussão em caráter nacional e local colocado em alguns trechos das entrevistas. Vários estudos tratam desse tipo de problema no Brasil e, em Pernambuco isso não foi ainda seriamente e devidamente equacionado no caso do PROCAPE. Por outro lado, essa situação deixa a instituição mergulhada em indefinições que só beneficiam o setor privado suplementar da área de cardiologia. Esse é um grande oponente a institucionalização e funcionamento pleno deste hospital público que o modelo de démarche aponta com certa facilidade na análise do ambiente organizacional externo.

Quanto à definição de objetivos e metas, percebe-se que o hospital ainda precisa avançar muito, sendo o estabelecimento claro de objetivos organizacionais, um grande desafio para o hospital. Lima (1994b), explica que essa falta de clareza sobre os objetivos da instituição é responsável por parte da crise de eficácia e eficiência nos serviços de saúde no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde o contrato de metas entre hospital e gestores, é uma proposta que pode contribuir para que o hospital avance na definição dos seus objetivos e metas os quais são fixados em um plano. Este contrato tem por objeto a ampliação do acesso e qualificação da atenção, valorização dos trabalhadores e implementação de gestão participativa, além da sustentabilidade do projeto institucional (BRASIL, 2004b).

Entende-se que um planejamento que sirva como instrumento de gestão, onde são contempladas as metas e objetivos do hospital. Entretanto, para Merhy (1995) o planejamento é mais do que isso, é uma **tecnologia** a serviço da gestão, representada por um conjunto de mais amplo de instrumentos e ações eficazes para otimização dos serviços de saúde.

Os entrevistados, ao responderem à pergunta (Qual é em sua opinião a missão do PROCAPE?), traziam discursos genéricos, porém estes se completavam. O que se compreende é que eles tinham conhecimento da missão de uma forma distante, sem muita propriedade do que falavam. A missão das organizações de saúde tem sido construída com a preocupação de que possam explicitar, sem ambigüidade, quatro conceitos que deixem claro sua singularidade e seu

compromisso com a sociedade: *esta organização existe para oferecer tais produtos, com tais características, para tais clientes visando alcançar tais resultados*. Esta seria a proposição da missão. No Brasil, os “programas de qualidade total” difundiram o conceito de missão e, no setor governamental, a definição da missão hospitalar pode ser vista como uma intercessão entre as diretrizes muito amplas das políticas de saúde vigentes e o fluxo dos processos de trabalho (CECÍLIO, 2000a).

Na questão (Como se deu o processo de constituição da missão?), que enfoca esse problema, fica mais evidente que a missão não está clara para a maioria das pessoas. Foi reformulada, está bem delimitada no papel, entretanto não na prática.

Identificou-se uma preocupação de que o PROCAPE funcionasse apenas dentro da alta complexidade, porém cabe salientar os DSC que abordam a existência, ainda de um grande hiato epidemiológico de pessoas adoecendo e adoecidas, de patologia cardiovascular e junto a isso, há uma ausência de um bolsão de atendimento de urgência e emergência nessa área. Certamente essas dificuldades trazem como consequência, fragilidades e distorções na pretensa missão do hospital.

A partir da experiência de Cecílio (2000) no setor público, mesmo diante da complexidade do hospital, identifica-se ser possível definir as missões dos vários departamentos e desta organização como um todo, encontrando uma formulação-síntese que caracterize sua singularidade (por exemplo, pronto-socorro). Para o autor tem sido surpreendente o potencial comunicativo que existe nesse momento de formulação da missão.

Dessa forma, ele defende que trabalhar a missão de uma organização pode ser um disparador de mudanças na mesma em função especialmente, de poder constituir um campo de conversações e estabelecimento de compromissos para a equipe, que são muito ocasionados quando a gestão hospitalar é descentralizada, e o hospital é dirigido de forma mais colegiada, com um modelo mais democrático e participativo.

Em se tratando da comunicação do PROCAPE com o ambiente externo, notou-se que os entrevistados entendem a importância de uma rede articulada de referência e contra-referência. Fazem críticas quanto à ineficácia do complexo regulatório e que o gestor estadual do SUS não cumpriu o seu papel de estabelecer essa rede, o que provocaria conseqüentemente uma inadequação e um grande desafio para o cumprimento de uma missão do hospital.

Para Rivera (1998), o papel da regulação seria o de incitar, ativar e coordenar o processo de aproximação e de relacionamento dos atores que compõem um sistema, respeitando a diversidade. Nesse sentido, a via da responsabilização dos atores nada tem a ver com um tipo pesado de planejamento tecnocrático facilmente induzido pelo enfoque normativo. Campos e Amaral (2007) trazem que, desde a criação do sistema público, o hospital foi situado como organização que compõe uma rede de atenção à saúde, devendo funcionar em uma ligação ajustada com outras organizações, como as policlínicas, equipes de saúde da família, entre outras. Essas outras organizações são exatamente aquelas que fazem a assistência social e tratam de benefícios previdenciários que deveriam ser direcionados para pacientes cardiopatas crônicos que inexistem no SUS. Esse é um desafio às ações do sistema no campo da cardiologia que impacta no trabalho de qualquer hospital nessa especialidade face aos depoimentos colhidos sobre a rede.

Muitos autores tratam esse assunto abordando o marco jurídico importante, que foi a lei orgânica (8.080 de 19 de setembro de 1990), a qual regulamenta o SUS e também preconiza que os hospitais devem funcionar articulados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços. A montagem dessa rede regionalizada em Pernambuco anda a passos muito lentos desde a publicação dos marcos normativos que orienta essa montagem há quase dez anos. Dessa forma nenhum hospital pode ajustar seus procedimentos voltados para dentro, quando fatores externos e sistêmicos dessa magnitude comprometem sua funcionalidade.

Ainda sobre essa questão, houve também críticas pelo fato de existir uma pobreza de comunicação entre o PROCAPE e a SECTMA, não existindo nesta, um representante para assuntos dos hospitais da UPE. Além disso, os entrevistados trouxeram que existe uma crise de

identidade no hospital, uma vez que ele é ligado à SECTMA, por ser um HE da UPE, mas também é ligado à SES pelo aspecto assistencial, por que é SUS. Houve depoimentos colocando como importante haver uma articulação também com a Secretaria de Educação e que todos esses órgãos pudessem se interagir mais e assim estabelecer uma comunicação mais efetiva.

Cecílio (2000b), autor que tem se dedicado a estudar os processos de mudanças em hospitais, com ênfase nos modelos alternativos de gestão, destaca que:

A gerência do hospital deve, necessariamente, ter a capacidade de se articular “para fora”, pensar a dobra dentro/fora do hospital não como uma fatalidade contra a qual não se pode contrapor alternativas, mas como algo que pode ser construído e negociado com outras instâncias do sistema de saúde (CECÍLIO, 2000b, p. 2).

A questão seguinte acerca dos principais espaços de comunicação entre o PROCAPE e outras instituições, só vem reforçar a pouca articulação que o PROCAPE tem com a rede. O único espaço citado foi o CONSUN, que é um conselho da UPE. Ora, se não se articulam bem, não conhecem, portanto os espaços. Ou até mais do que isso, os espaços teriam que ser também recriados/inventados e ampliados, como, por exemplo, um encontro regional de HE e/ou um comitê gestor integrado como apontam alguns entrevistados.

Quando abordados acerca da comunicação dentro da instituição, os entrevistados produziram discursos opostos, que se verifica em duas ideias centrais: primeira: A comunicação é muito falha. Segunda: A comunicação é muito integrada.

Observam-se em vários trabalhos de Rivera, que a comunicação e a gerência são campos que o autor vem perseguindo como objeto de estudo. Para ele, uma gestão comunicativa que considere variáveis estratégicas de poder é uma alternativa necessária a modelos tradicionais de planejamento/programação de serviços e de gestão rotineira (RIVERA, 1996).

Em relação à tomada de decisão, chama atenção os discursos também antagônicos como na questão anterior. Mesmo no discurso de que a diretoria escuta antes de tomar decisão, não se identifica um aprofundamento ou uma qualidade da informação, se restringindo apenas a tomada de decisão diante de um problema.

Rivera (1996) defende que inventar formas de coordenação menos corporativas, de articulação horizontal e que possam desenvolver uma lógica comunicacional, são objetivos para o enfrentamento da problemática das organizações burocráticas. Essa comunicação, pautada na problematização, implicaria uma racionalização do processo de tomada de decisão, ou seja, haveria uma ampla participação e negociação de interesses.

Sobre o processo de planejamento das ações no PROCAPE, vimos nos resultados, DSC diferentes, dentre os quais, dois relataram a existência de um planejamento anual e um referiu a ausência de planejamento. Um dos documentos analisados neste trabalho e que não foi citado nas entrevistas foi o POA, um plano que situa o hospital na rede, definindo seu papel. Esse conjunto de evidências demonstram por um lado, o grau de dificuldades do ponto de vista da gestão do hospital no contexto da gestão da coisa pública no Estado de Pernambuco. E, por outro lado um problema teórico de fundo quanto ao enquadramento das organizações hospitalares ao modelo burocrático se referindo pejorativamente ao do tipo ideal. Essa discussão está para além do escopo desse trabalho, mas evidencia dificuldades teóricas até mesmo no meio acadêmico tanto no caso de Bresser-Pereira (1997) como em Rivera (1995). Mintzberg (1995) tanto esclarece esse dilema como supera essa limitação teórica, colocando no seu enfoque estrutural as organizações hospitalares como burocracias profissionais.

Tão importante quanto o planejamento, é o monitoramento e avaliação das ações. Como já observado no capítulo 4, há um desconhecimento geral sobre o tema, fato identificado nos discursos pobres. Ou seja, estão mais para: é feito ou não é feito. O discurso que mais se aproxima de algo mais operacional e prático é o DSC que fala do contrato de metas que só é monitorado e avaliado, por que existe certa cobrança.

Com a formalização do contrato metas, concebeu-se também uma forma de acompanhamento, controle e avaliação em relação às metas concordadas, para que houvesse revisão e ajuste das cláusulas do contrato ou mesmo sua interrupção temporária ou definitiva (CECÍLIO; REIS, 2009). No processo de contratualização do PROCAPE, ao que parece existem elementos que impactam diretamente no que foi pactuado em flagrante contraste com a suposta

missão como já referido anteriormente. Isso fica explícito na carência referida para atenção de “média complexidade” que superlotam o hospital e o desvia das metas contratadas.

A maior parte das experiências em planejamento em saúde possui uma tendência a trabalhar na esfera dos problemas mais intermediários que preocupam uma organização. A seleção dos problemas pressupõe uma missão previamente definida, sendo muitas vezes a falta de clareza sobre a missão, considerada um problema (ARTMANN; RIVERA, 2003). Teoricamente, quando a missão não está antecipadamente definida, o planejamento não se processa de forma desejável. Já depois que se especifica a missão, surgiram ganhos como: a missão alimenta o planejamento facilitando a percepção dos problemas finais; desloca a atenção dos problemas intermediários; as dificuldades encontradas no cumprimento da missão orientam a formulação do planejamento estratégico; a missão serve como expressão mais concreta dos objetivos da organização (CECÍLIO, 2000a).

Porém, a análise dos dados demonstra que mesmo que a missão estivesse bem definida e escrita em letras garrafais no Regimento Interno, a situação da rede de assistência a cardiologia no SUS no Estado tem o potencial de desorganizar a perspectiva estratégica e o funcionamento cotidiano do hospital.

Costa (2008), ao comentar o livro de La Forgia & Couttolenc, apresenta o conceito do autor para ambiente organizacional. Este seria, portanto um conjunto de estruturas e arranjos organizacionais que permitem ao hospital responder às demandas do ambiente externo. Como se observou no capítulo de resultados, acerca da percepção do ambiente organizacional, as entrevistas representaram uma única ideia central, com um DSC onde não se observou a riqueza e a ampliação do tema. Na questão em que se perguntou aos entrevistados, “o que significou para você o processo de constituição do modelo organizacional do PROCAPE?”, houve um cuidado de deixá-los livres para narrar as suas percepções. Considera-se uma questão bastante subjetiva, onde também acabaram surgindo subtemas. Nessa questão, houve o maior número de ideias centrais, onde surgiu de alguma forma em quase todos os DSC, a preocupação com a falta de qualificação gerencial.

Observou-se que o enfoque *Démarche Stratégique* não contempla o tema da qualificação da gestão. Esses depoimentos poderiam ter discorrido, por exemplo, sobre crenças e percepções do trabalho e do cotidiano no hospital, mas o modelo neste caso apresenta uma flagrante limitação que poderia ser imputado a sua importação teórica tendo vindo de uma realidade europeia onde certamente a gestão é profissionalizada e qualificada.

Já vem sendo discutida há alguns anos a profissionalização da gestão do SUS, porém ainda não se adotaram medidas concretas para a criação da carreira de gestor do SUS. Essa carreira passaria a provocar a valorização dos profissionais que se dedicam cotidianamente às atividades de caráter gerencial nas diversas esferas de gestão e nos vários níveis organizacionais do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Especificamente no campo da formação de dirigentes e técnicos qualificados a exercer funções de liderança na formulação e implementação de propostas político-gerenciais nos diversos níveis de organização e gestão do SUS, é importante destacar os compromissos com a qualidade e o reconhecimento da subjetividade, com a inovação e efetividade das ações, com a necessidade de valorização do esforço de humanização das relações interpessoais e com o incremento de práticas baseadas em valores como o respeito à diferença e a preservação e defesa da vida (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Além das características apontadas nessa questão, destaca-se um DSC onde se observa que não necessariamente é preciso ser Estatal para ser público, mas que é importante considerar experiências positivas de outros modelos de gestão, tomando o cuidado de não perder o foco do interesse público. Vasconcelos (2002), apoiado em autores como Cecílio e Campos, ao abordar a crise dos HE no Brasil, argumenta que, no aspecto de modelo jurídico e organizativo, existe um desafio de experimentar com criatividade, novos desenhos organizacionais. O autor sugere que tais modelos sejam orientados pelas ideias da descentralização, da horizontalidade nos níveis decisórios, com uma dinâmica de funcionamento baseada em contratos e compromissos entre as várias unidades do hospital. Tais características iriam estabelecer uma etapa importante para conquistar a autonomia funcional do hospital e romper com o suposto engessamento burocrático ainda vigente

Teoricamente, com o contrato de metas, a unidade hospitalar passa a cumprir metas qualitativas e quantitativas e estas são fixadas no POA, e nos contratos de gestão tendo por objetivo, equacionar os custos e garantir eficiência e efetividade dos serviços prestados (CECÍLIO; REIS, 2009). Verificaram-se várias contradições nos DSC sobre a contratualização do PROCAPE, destacam-se aqui outros pontos de consenso que chamaram atenção, como: o hospital se credencia ao SUS, depois se certifica como HE e depois é contratualizado pela comissão mista MEC e MS; a Secretaria de Saúde e o hospital definem juntos, qual assistência o PROCAPE teria que ofertar, quais as metas, considerando sua vocação e capacidade operacional.

Os países que geraram amplas reformas no setor hospitalar se apropriaram do contrato de gestão. No Brasil, a utilização dos contratos de gestão na área hospitalar tem focado mais em indicadores de produção, em mecanismos de certificação de qualidade e estimado menos a forma de produzir saúde e a integração do hospital ao sistema de saúde. Comprova-se isso ao se identificar a incipiente participação do gestor local nesses processos (LIMA, 1996).

Como já observado no capítulo anterior, na terceira questão sobre a construção dos objetivos e metas, existe exatamente essa preocupação do gestor com o “pacote” que o contrato pede e que se precisa cumprir, se esquecendo dos modos de produção de saúde e da integração do hospital na rede de atenção à saúde. Considera-se bastante importante os indicadores e metas que o hospital passa a perseguir com a contratualização, porém é preciso caminhar, como já citado, pela micropolítica, evitando que o processo de contratualização sirva apenas para reforçar a característica burocrática e conservadora da organização hospitalar.

Campos e Amaral (2007) acreditam que para uma mudança concreta, é necessário que o contrato de gestão estimule a descentralização do poder, à medida que amplia a co-responsabilidade pelos resultados e pelo uso dos recursos, assim como a expressão e criatividade dos sujeitos acerca de sua prática profissional. A sua articulação com uma política de pessoal que remunere desempenho é fundamental, de modo a agregar mais valor perante o corpo de trabalhadores. Outras finalidades dessa forma de compartilhamento da gestão são orientar a agenda do gerente/gestor e aprimorar a comunicação institucional. Essa situação ideal está longe de se verificar dado a situação geral encontrada no PROCAPE.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho percorrido nessa investigação científica, caracterizado por um olhar especial sobre o nosso objeto de estudo (o modelo organizacional e de gestão do PROCAPE), nos permitiu alcançar os objetivos propostos no início da pesquisa e trazer resultados relevantes. Esse estudo apresentou a realidade específica de um HE, porém produziu resultados que poderiam ser facilmente observados em outras organizações hospitalares.

Analisamos o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE, percebendo que tal modelo, por suas características ora burocráticas, ora de racionalidade gerencial, reforça a alienação do trabalho e a pouca responsabilização dos atores organizacionais, entendendo ainda que acaba por não proporcionar o exercício da horizontalidade dos níveis decisórios na micropolítica do hospital.

Vale ressaltar que a missão hospitalar não está clara para a maioria das pessoas, o que prejudica o direcionamento das ações, uma vez que não se tem uma compreensão consensuada. Essa dificuldade, aliada à ausência de uma rede bem estruturada, distorce a suposta missão, pois como vimos, o PROCAPE passa a atender casos considerados inadequados para o seu porte.

O PROCAPE divide teoricamente com outro HE, o Hospital Agamenon Magalhães, a atenção especializada em cardiologia na alta complexidade, porém não há uma articulação entre os dois hospitais. Entendemos que o diálogo e a pactuação das missões, na lógica das vantagens comparativas é estratégico e seria importante que a gestão tanto do hospital como do SUS no Estado disparasse esse processo.

Vimos que um dos objetivos da *Démarche Stratégique* é o de possibilitar a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada prezando pela busca da eficácia e eficiência, e que o modelo gerencial do PROCAPE, aliado às dificuldades estruturais da rede, não permite ainda essa integração.

A Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, também preconiza que os hospitais devam funcionar articulados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços.

A partir da constatação de que o PROCAPE também tem passado desde a sua criação por crises que acometem o setor público no Brasil, consideramos que é importante conhecer e experienciar com criatividade, novas configurações organizacionais, que possam seguir os princípios e diretrizes do SUS, especialmente as novas formas de gestão. Porém isso precisa sair do debate superficial onde se encontra, com posições radicalmente contrárias e/ou apaixonadamente a favor da flexibilização das relações de trabalho e dos controles sobre os agentes públicos da saúde.

No entanto, acreditamos que não basta apenas oferecer uma rede coordenada de serviços de saúde, com o exercício impessoal da referência e contra-referência, o qual produz encaminhamentos sucessivos e que se traduzem, freqüentemente em des-responsabilização e alienação dos profissionais. É preciso ir além dessa lógica, utilizando a proposta do apoio matricial, o qual propõe reorganizar os serviços no SUS. Este apoio matricial funciona em forma de rede com uma construção compartilhada entre a referência e o apoio, sendo complementar, personalizando a referência e a contra-referência. Mantém justamente a responsabilidade do profissional pela condução do caso, com a equipe de referência.

É interessante notar que os pontos contemplados no roteiro de entrevista, como: objetivos, metas, comunicação com o ambiente interno e externo, tomada de decisão, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, possibilitaram naturalmente o surgimento do tema da missão hospitalar. Na perspectiva do enfoque *Démarche Stratégique*, esses aspectos estão integrados, contribuindo para um modelo de gestão estratégica.

Esse estudo trouxe uma relevante contribuição ao identificar elementos do modelo organizacional do PROCAPE e seu funcionamento. Isso poderá abrir perspectivas de novos

caminhos para a gestão no SUS, como a quebra dos obstáculos e a produção de saúde, além de oferecer subsídios para a inovação organizacional, com possibilidades de aplicação e experimentação de novas experiências de atenção.

8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Acredito que o tema e os resultados obtidos com este estudo trouxeram um estímulo para pensar em novas possibilidades de caminhos a trilhar no campo da gestão. Apresento aqui, portanto algumas recomendações pontuais, inclusive para estudos futuros:

- a) A realização de futuras pesquisas científicas, utilizando o estudo de aplicabilidade do enfoque gerencial *Démarche Stratégique* nos HE, compreendendo que as mudanças teriam que acontecer para além do modelo jurídico, investindo na micropolítica do hospital;
- b) Maior integração do PROCAPE com as Secretarias: SECTMA, SES, Educação;
- c) Promover uma articulação entre o PROCAPE e os serviços de saúde, estimulando uma integração com a rede;
- d) Criação de Fóruns de discussão para HE da UPE para discutir questões centrais dos hospitais universitários incluindo uma mesa de negociação com os servidores e a discussão das carreiras públicas;
- e) Criação de Fóruns regionais de HE;
- f) Efetivação da co-gestão, com a revitalização do conselho gestor de unidade;
- g) Maior integração entre as comissões internas do hospital;
- h) Proporcionar a capacitação em gestão hospitalar, com um suporte de educação permanente, para aqueles que assumem os cargos de gerência no hospital;
- i) Proporcionar meios para: iniciar um processo progressivo de transformação cultural, exercitar a responsabilidade coletiva e a integração intra-institucional;

- a. Estabelecimento de um espaço dialógico freqüente (para a quebra da racionalidade gerencial e do engessamento burocrático), trabalhando a missão, visão, metas, objetivos e valores do hospital;
- b. Que o setor de Educação Permanente seja um parceiro com a oferta de minicursos para a educação e formação de multiplicadores de temas: princípios e diretrizes do SUS, redes de saúde, gestão compartilhada, apoio matricial, clínica ampliada, acolhimento, projeto terapêutico singular, como experiências nacionais consideradas exitosas no SUS.

Com essas recomendações julgo ter cumprido os objetivos do presente estudo e contribuir para consolidação do projeto de formação do mestrado profissional proposto pelo CPqAM.

REFERÊNCIAS

- ABDALA E. C. **A gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira.** 2º congresso brasileiro de sistemas ribeirão preto – SP. Área temática: visão sistêmica nas áreas da saúde. 2006.
- ANDRADE, M. A. C; ARTMANN, E. *Démarche estratégica* e gestão hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 105-114, 2009.
- ARTMANN, E. Enfoque da Démarche Stratégique na Gestão Hospitalar. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. Org. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002, p. 277-323.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.479-99, 2003.
- BARBOSA, P. R. **O processo de desenvolvimento de sistemas 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. 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECKER, H. S. **Método de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Hucitec, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 1.006 de 27 de maio de 2004.** Dispõe sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. **Brasília, DF, 2004a.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 21 de outubro de 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar: **Hospitais Universitários e de Ensino:** hora de ação. Brasília, DF, 2004a. (Nota Técnica).
- _____.Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira.** Brasília, DF, 2004b.
- _____.Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica 43: **Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino:** processo de certificação e contratualização. Brasília, DF, 2006.
- _____.Ministério da Saúde. **Indicadores Hospital de Ensino.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Ensino.asp>. Acesso em: 27 de abril de 2007.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública à gerencial. **Revista do Serviço Público**. Brasília, jan./abr. 1996.

_____. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, mimeo, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: Repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

CAPELLA, A. C. N. **A Reforma do Estado no Brasil e o Modelo Pós-Burocrático de Administração**. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências sociais). Universidade Federal de São Carlos, 2000.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Éditions École Nationale de La Santé Publique, 1993.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 89-117.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 151-167.

_____. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 973-983, out/dez, 2000a.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 4-26, jun. 2000b.

_____. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2008.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./abr. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**: Resolução nº 196/96. Brasília, DF, 1996.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: Um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

COSTA, N. R. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2985-2986, 2008.

CREMADEZ, M. ; GRATEAU, F. **Le Management Stratégique Hospitalier**. 2 ed. Paris: Inter Éditions, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

DIAS, T. L. **Modelo de sistemas viáveis em organizações públicas**: um estudo de caso da função de planejamento de informações estratégicas para informatização da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 1998.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

DUARTE, T. **A possibilidade da investigação a 3**: reflexões sobre triangulação (metodológica). Centro de Investigação de Estudos de Sociologia. e-WORKING PAPER N. ° 60/2009. Disponível em: <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES_WP60_Duarte_003.pdf> Acesso em: 14.07.09.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova**: Revista de cultura e política, São Paulo, n. 28/29, p. 107-156, 1993.

FAVACHO, J. C. P. **Gestão Estratégica da Maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará: A Démarche Stratégique em questão**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - FIOCRUZ/ENSP. Universidade Federal do Pará. 2001.

FEUERWERKER L. C. M; CECÍLIO C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 12, n. 4, p. 965-971, jul.-ago. 2007.

FREIRE, J. B. **A Saúde Coletiva acerca-se do Hospital**: O caso do hospital público regional de Betim, 2002, 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Campinas: DMPS/FCM/Unicamp. 2002.

GUEDES, I. A.; CÂNDIDO, G.A. Modernização Administrativa no Setor Público: utilização de tecnologias de gestão e de informação para o gerenciamento do conhecimento. **Revista Gestão.Org**, v. 6, n. 2, p. 158-173, 2008.

GUIMARÃES, T. A. A nova administração pública e a abordagem da competência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 125-140, maio/jun. 2000.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 375-387, abr./jun., 2004.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar.1998.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de Gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 (Sup), p.1831-1840, 2007.

JESUS, W. L. A. **Re-significação do planejamento no campo da Saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 2006, 236 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana. 2006.

KAUFMAN, R. A política da Reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 49 n. 1, p. 43-69, 1998.

LEFÈVRE; LEFÈVRE. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)** 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LIMA, S. M. L. **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor de saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza**. 1993. Dissertação (Mestrado) - EBAP/FGV. 1994a.

_____. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 28, n. 4, p. 38-64, 1994b.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração de Empresas RAE eletrônica**, São Paulo, v.1, n.2, p. 1-10, 2002. Disponível em: < <http://www16.fgv.br/rae/artigos/980.pdf>> Acesso em: 21 de março de 2009.

LOPES, C. M. B. **'Démarche' estratégica: uma metodologia a ser proposta para a gestão hospitalar brasileira**. Dissertação (Mestrado); Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

MACHADO, S. P; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 871-877, jul./ago. 2007.

MALICK, A. M; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, p. 51-59, 2001.

MARINHO, A. **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. (Textos para Discussão; n. 794).

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília, DF: IPEIA, 1993.

_____. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed., Brasília, DF: IPEA, 1996. 2 tomos.

MEDICI A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.149-156, 2001.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R., (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113 -150.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 64, p. 110-122, 2003.

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

MINTZBERG, H., **Criando Organizações Eficazes: Estruturas em Cinco Configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003. 334 p.

MORDELET, P.; NETO, F. B.; OLIVEIRA, S. G. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. ENSP éditions, 1995, p. 87-100.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

OLIVEIRA, A. M. F. et al. Espirais D´ascese: As contribuições de Balint e da psicologia grupal para a potencialização do método da roda. Cap. 3. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008, 411 p.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIRES, J. C. S.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-105, Jan./Fev. 2006.

PORTER, M. E. **Choix Stratégiques et Concurrence**. Paris: Economique; 1982.

QUINN, J. B.; MINTZBERG, H.; JAMES, R. M. (1988) - **The strategy process: concepts, contexts and cases**. Englewood Cliffs. New Jersey.

RAMOS, A. **A Nova Ciência das Organizações, Uma Reconstituição da Riqueza das Nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1989.

RIVERA, F. J. U., **Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma crítica ao Enfoque Estratégico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

_____. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 357-372, jul./set., 1996.

_____. *A Demárche Stratégique: A metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, France*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 73-80, jan-mar, 1997.

_____. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 429-435, mar./abr. 2007.

SCARAZATTI, G. L.; AMARAL, M. A. Planejamento e contrato de gestão na atenção básica. Cap. 8. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.), **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec. 2008, p. 206-220.

SCHIESARI, L. M. C. **Resultado de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros**. 2003. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: Limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 45-55, jan.-jun. 2007. Disponível em: <

<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/45/55>>. Acesso em: 04 de abril de 2009.

SILVA, A. L. A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2005, p.75-98.

SILVA, M. M. **A Reforma Administrativa e a Emenda Constitucional 19/1998**. Disponível em: <<http://www.direitopositivo.com.br/modules.php?name=Artigos&file=display&jid=168>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2009.

SOUZA, R. M. P. **A démarche estratégica**: uma abordagem teórico-metodológica. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.

TEIXEIRA, C. F. Organizador. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, Reitoria. Estatuto da Fundação Universidade de Pernambuco. Aprovado pelo CONSUN em 19.12.2007. **Boletim Oficial Extra da UPE**, Recife, n. 03/2008, ano XVIII, 29, jul., 2008a.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, PROCAPE. **Plano Operativo Anual (POA) 2008 – 2009**. Recife, 2008b.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, PROCAPE. **Regimento Interno do Conselho Gestor**. Recife, 2008c.

VAITSMAN, J. Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objeto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 847-850, jul./set., 2000.

VASCONCELOS, C. M. **Notas sobre a crise dos Hospitais de Ensino no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2002.

VIANA, A.L. Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B (Orgs.). Descentralização e política social. São Paulo: Fundap, 1996, **Coletânea Federalismo no Brasil**.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Fale a respeito da constituição da estrutura organizacional do PROCAPE.
2. Como foi construído o regimento interno?
3. Fale a respeito da construção dos objetivos e metas do PROCAPE.
4. Qual é em sua opinião a missão do PROCAPE?
5. Como se deu o processo de constituição da missão?
6. Fale a respeito da comunicação com o ambiente externo.
7. Quais são os principais espaços de comunicação entre e o PROCAPE e outras instituições?
8. Fale a respeito da comunicação dentro da instituição.
9. Como são tomadas as decisões?
10. Como se dá o processo de planejamento das ações no PROCAPE?
11. Como é feito o monitoramento e avaliação das ações realizadas?
12. Como você percebe o ambiente organizacional do PROCAPE?
13. O que significou para você o processo de constituição do modelo organizacional do PROCAPE?
14. Como está sendo feita a contratualização do PROCAPE?



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “O Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco no atual cenário da reforma do Estado – uma análise sob a ótica do enfoque gerencial *Démarche Stratégique*”. Você foi selecionado de forma intencional, por ser considerado como informador-chave sobre o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são: Geral: Analisar o modelo organizacional e o processo de contratualização do PROCAPE/UPE. Específicos: Analisar como foi definido o modelo de gestão do PROCAPE/UPE; Analisar como o modelo organizacional do PROCAPE/UPE está desenhado; Identificar as características organizacionais do PROCAPE/UPE; Analisar o processo de contratualização do PROCAPE/UPE.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado. Essa entrevista será gravada e transcrita. O possível risco relacionado a esse estudo é de constrangimento diante de algum questionamento. Os benefícios relacionados com a sua participação são que você terá um importante subsídio para inovação organizacional e para análise de propostas para sua administração dentro desse complexo contexto de mudanças.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Rua Edéia, 65, apto. 502, madalena, Recife, PE. Telefones: 32273406 e 88068049
Endereço e telefone do Pesquisador responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do sujeito de pesquisa

Assinatura do sujeito de pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPQAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: O Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco no atual cenário da reforma do estado – uma análise sob a ótica do enfoque gerencial *Démarche Strategique*.

Pesquisador responsável: Casiana Tertuliano Chalegre de Paula

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 17/08/09

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 42/09

Registro no CAAE: 0040.0.000.095-09

PARECER Nº 56/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 19 de outubro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 19 de outubro de 2009.

Giselle Camposana Couvea



Giselle Camposana Couvea
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0483376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 19/10/2010.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde