

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Subárea de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas  
e Serviços de Saúde

## **Gestão do Hospital São João Batista - Contribuições para o Desenvolvimento de uma Gestão Participativa e Descentralizada**

Aluna: Marta Gama de Magalhães

Orientadora: Dra. Virginia Alonso Hortale

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Rio de Janeiro  
Abril de 2006

*"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dois passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar."*

**(Eduardo Galeano)**

Ao meu pai Trindade e meus irmãos Alfredo, Luciana e Cláudia, pelo incentivo, amor e compreensão. E especialmente à minha mãe Liége que, mesmo doente, sempre me transmitiu sua força, sua presença afetuosa e sua energia boa.

Ao Rinaldo, por estar por perto.

Aos meus filhos queridos Lorena e José Francisco, pelo imenso amor que representam em minha vida, um grande beijo nos seus lindos olhos azuis e verdes.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

---

### **Ao Professor Doutor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio,**

Pelos ensinamentos, pela amizade e admiração construída ao longo de uma caminhada em busca de um sistema de saúde mais justo, bonito e feliz.

### **À Doutora Suely Pinto,**

Pela amizade, apoio, incentivo e carinho. Pelo compartilhamento de momentos de muita felicidade e crescimento e também de impasses e tristezas. Por acreditar no meu potencial e me possibilitar oportunidades de vida. Por ser exemplo de luta e coragem por um mundo mais digno e igualitário. Por me ensinar a zelar pela vida, pela paz e pela tranquilidade.

## AGRADECIMENTOS

---

As minhas companheiras e amigas queridas de Hospital São João Batista, ***Maria de Fátima, Juliana, Mônica, Cristina***, com quem aprendi a ser cada vez mais forte diante das belezas e dificuldades da vida. Por acreditarem que os sonhos são possíveis e que o fortalecimento do coletivo só nos engrandece.

A minha orientadora ***Virginia Hortale***, pela paciência e apoio nos muitos momentos de aprendizagem e dúvidas durante o curso.

As minhas amigas queridas ***Eliane*** e ***Sandra*** que, mesmo de longe com suas vidas corridas, me mandavam mensagens de incentivo e alegria.

À professora ***Sheyla Lemos***, pela sua contribuição ao meu trabalho, pela sua capacidade de ouvir e orientar. Por ser uma importante referência na minha vida profissional.

A todos os meus familiares, ***Dona Elza, Tia Lota, Ivana***, que sempre estavam por perto quando eu precisava de ajuda, com ações concretas ou orações de cuidado.

Aos ***profissionais de saúde do Hospital São João Batista***, que contribuíram com as entrevistas para a pesquisa, com disponibilidade e acolhida.

Ao professor ***Pedro Barbosa***, pela participação na minha banca de qualificação e importante contribuição nas minhas reflexões.

# SUMÁRIO

---

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

## RESUMO

## ABSTRACT

APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
OBJETIVOS.....	17
CAPÍTULO I - A	18
TEORIA.....	
A Escola Clássica - Teoria da Administração Científica.....	21
A Escola de Relações Humanas e a Comportamentalista.....	22
Teoria Geral dos Sistemas.....	23
O Pensamento Contingencial.....	24
Teoria Política.....	25
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	72
CAPÍTULO III - ANÁLISE DA	77
EXPERIÊNCIA.....	
Objeto de Estudo.....	77
Construção e Desenvolvimento do Projeto Institucional do Hospital.....	80
Direcionalidade e Gestão Colegiada.....	86
Descentralização e Autonomia.....	96
Responsabilidade e Prestação de Contas.....	104
Análise Documental .....	115
CONSIDERAÇÕES	125
FINAIS.....	
REFERÊNCIAS	132
BIBLIOGRÁFICAS.....	
BIBLIOGRAFIA.....	136

ANEXOS.....	138
-------------	-----

.

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

---

Figura 1 - Triângulo de Ferro.....	63
Figura 2 - Sistema de Direção Estratégica.....	64
Tabela 1 - Macro Problemas X Objetivos.....	83
Tabela 2 - Impacto financeiro para os funcionários no ano de 2001.....	113

## RESUMO

---

O presente estudo analisou as transformações ocorridas no cotidiano de trabalho do Hospital São João Batista, hospital público do município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro, decorrentes da implantação do modelo de gestão inovador. Em particular, identificou-se o processo de construção da missão institucional, das discussões sobre a estrutura organizacional, dos processos de coordenação e de avaliação do trabalho, dos espaços de tomada de decisão e poder. O referencial teórico adotado para análise baseou-se nas reflexões de Matus sobre a Teoria das Macroorganizações e as discussões de Cecílio sobre os desafios de implantar estratégias de gestão colegiada e participativa.

Realizou-se um estudo de caso, utilizando como técnicas de coleta de dados a análise documental e a entrevista semi-estruturada. Os resultados apontam intensas transformações ocorridas ao longo da experiência de gestão em questão. Claramente verificou-se a importante tentativa de implementar discussões coletivas, com o objetivo de buscar adesão dos profissionais da instituição ao projeto institucional de gestão participativa e descentralizada, com maior foco no desenvolvimento de ações para adesão do nível gerencial em detrimento da adesão dos profissionais mais envolvidos com as micro-políticas da instituição. A vivência do Colegiado de Gerência mostrou-se como uma estratégia de formação gerencial e de tomada de decisão no nível das macro-políticas, com momentos de intensos conflitos acerca do papel e das responsabilidades dos atores envolvidos neste contexto. A descentralização da estrutura organizacional possibilitou maior autonomia e melhoria da comunicação para os gerentes das unidades de produção, mas a comunicação lateral mostrou-se uma ferramenta limitada para a tomada de decisões em um cenário de baixa governabilidade ou de níveis muito diferenciados de capacidade operacional por parte dos gerentes. A garantia da direcionalidade/missão se apresenta como uma preocupação permanente e se confirma na repercussão positiva acerca das melhorias conquistadas pela instituição como aumento da área física e do número de leitos, incorporação tecnológica e abertura de serviços com melhoria da qualidade da assistência e garantia de acesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão Colegiada; Macroorganizações; Descentralização; Autonomia; Tomada de decisão

## ABSTRACT

---

This study analyzed changes occurred in the day-by-day work of São João Batista Hospital, a public hospital of the city of Volta Redonda, in Rio de Janeiro State, arising from implantation of innovator management model. Particularly, institutional mission building process, discussions about organizational structure, work coordination and evaluation processes, decision-making and power spaces were identified. The theoretical reference adopted for analysis was based on reflections from Matus about Macro-organization Theory and discussions from Cecílio about challenges of implementing strategies of collegiate and participative management.

It was developed a case study, using document analysis and a semi-structured interview as data collection techniques. Results show intensive changes occurred along the management experience. It was clearly seen the important try to implement collective discussions, with the purpose of getting adhesion of professionals to participative and non-centralized management institutional project. With wider focus on the development of actions for adhesion of managerial level in detriment of adhesion of professionals more involved with institutions policy. The experience of the Management Collegiate proved to be a strategy of managerial formation and decision-making at the level of macro-policies, with moments of intense conflicts about the role and the responsibilities of actors involved in this context. The non-centralization of organizational structure made possible a larger autonomy and improvement of communication for the production unit managers, but the side communication showed to be a limited tool for decision-making in a scenario of low governability or with much differentiated levels of operational capacity by managers. The guarantee of the directionality/mission is presented as a permanent worry and it is confirmed in a positive repercussion about the improvements achieved by the institution as increase of physical area and of number of beds, technological incorporation and opening of services with quality care improvement and access guarantee.

**KEY-WORDS:** Collegiate Management, Macro-organizations, Non-centralization; Autonomy, Decision-Making

## APRESENTAÇÃO

---

Meu envolvimento com a área hospitalar remete ao período da minha graduação em psicologia, quando tive a oportunidade de cursar uma disciplina opcional sobre hospitais. Nessa fase, participei de diversos estágios na área da psicologia hospitalar, que me levaram a conviver com o cotidiano dessas instituições. Como atuava na área clínica, minha participação restringia-se à vivência das micro-políticas do hospital, dos espaços de discussão e atendimento interdisciplinar do paciente. Mas já nessa época, as reflexões sempre nos levavam a tratar de assuntos que falavam sobre a gestão da instituição e o quanto isso influenciava na assistência prestada ao paciente. Com o tempo, foi ficando cada vez mais claro para mim, que construir uma boa assistência para o paciente passava, necessariamente, por atuar na gestão macro da instituição, na busca por entender e resolver problemas que envolviam vários atores, para a garantia da atividade fim da instituição. Ficava claro também, a importância dos processos de fortalecimento do coletivo das instituições como estratégia facilitadora da gestão.

Posteriormente, participei da experiência de implantação de um projeto inovador na área do atendimento ao adolescente infrator no Estado do Rio de Janeiro, que me possibilitou atuar como psicóloga organizacional, realizando atividades tanto junto ao usuário final, quanto com os funcionários da instituição e com a comunidade. A coordenação deste projeto tinha uma grande experiência em gestão de organizações e desenvolveu com a equipe um processo de gestão colegiada e descentralizada, com o qual estive envolvida durante oito anos. Ao longo dos anos,

como membro da equipe técnica, aprendi a discutir e construir coletivamente a instituição e, nesse caso, com a participação do usuário final. Nessa experiência, participei de formas horizontalizadas de coordenação, descentralização do poder de decisão, busca de estratégias de melhoria da comunicação e das relações e uso da comunicação lateral para resolução de problemas. Essa vivência me motivou, de forma definitiva, a trilhar o caminho da reflexão sobre a gestão das organizações, acreditando ser este o caminho mais eficaz para a reflexão e transformação dos processos de trabalho e da dinâmica organizacional.

Em 1996, fui contratada pelo Hospital São João Batista, onde passei a atuar na gestão da instituição, vivendo todos os desafios inerentes a esta prática. O interesse pela pesquisa foi se produzindo ao longo dos anos de atuação dentro do hospital e, principalmente, após cursar a Pós-Graduação em Gestão Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, em 1999, onde pude ter acesso a importantes estudos sobre o tema, o que estimulou a minha busca por conhecimentos nesta área.

Minha inserção, dentro do hospital, a princípio como psicóloga organizacional e depois na área de planejamento e desenvolvimento institucional, possibilitou-me participar do processo de implantação dos vários instrumentos de gestão. Possibilitou o surgimento das primeiras inquietações acerca dos desafios, assertivas e limitações inerentes ao processo de gestão hospitalar. Inquietações essas, que me levaram a desenvolver a presente pesquisa como oportunidade de analisar o processo histórico construído no Hospital São João Batista, à luz de estudos sobre a organização hospitalar, modos de gestão e de planejamento, com foco em alguns autores como Henry Mintzberg, Carlos Matus e Luís Carlos de Oliveira Cecílio.

## INTRODUÇÃO

---

Apesar de diferenças ideológicas ou acadêmicas a respeito da natureza das atividades que o estado deve desempenhar, ainda vigora o ideal de um governo representativo, em que os cidadãos elegem seus representantes, sob o regime de um mandato imperativo. No entanto, é possível identificar diversas disfunções dos arranjos institucionais do estado, que o tornam muito mais identificado com os interesses das elites. Não obstante, ao longo do século XX, o desenvolvimento de um estado social democrático de direito resultou num processo de consolidação de estruturas voltadas também à prestação de serviços e implementação de políticas sociais.

Em decorrência dessa evolução, ao Estado Democrático se agrega, igualmente, o ideal de Estado Capaz. Para garantir um funcionamento eficiente, o estado deve ter capacidade de formar consensos ou acordos sobre as prioridades da sociedade, formular projetos políticos representativos e legítimos e implementá-los com base em critérios, sobre a natureza do Estado Moderno. Weber (2000) afirmava que, para que o estado exista, devem os homens obedecer a uma autoridade delegada. O ideal da dominação racional-legal, aparentemente, seria a que melhor garantiria o arranjo institucional desejado, requerendo simultaneamente a legitimidade do sistema jurídico, a aplicabilidade das leis gerais aos casos concretos, a hierarquização e responsabilização do governante, bem como a impessoalidade nas relações entre governantes, burocratas e a sociedade.

O sistema de saúde brasileiro vive hoje o impasse de conviver com a coexistência de dois subsistemas - o público e o privado - tendo contraditoriamente toda uma história de luta social, uma legislação e um desenho institucional que aponta e enfatiza a escolha pela universalização do direito à saúde como dever do estado, enquanto projeto de seguridade social estatal.

Diferentemente de outros países, a escolha ideológica de garantir o estado de bem-estar brasileiro tem convivido com dificuldades na sua implementação. A tensão está colocada quando o sistema de proteção social brasileiro se propõe a romper com os interesses corporativos na busca pela universalização. Mas como conviver com a universalização diante de um cenário de imensas desigualdades sociais, que apontam para a necessidade de ações seletivas para alguns segmentos sociais? E no outro lado, como conviver com um setor privado que tem se primado pela solidez e pelo crescimento efetivo, colocando em discussão o caráter suplementar da sua ação, diante da fragilidade do sistema público?

Faveret & Oliveira (1990), citando Draibe & Aureliano, falam de um modelo “institucional-redistributivo” que pensa o estado de bem-estar como um elemento essencial para a existência das sociedades contemporâneas, onde os princípios da universalidade e da proteção são as linhas mestras. Já no modelo residual, a ação estatal se propõe a atuar na satisfação de algumas necessidades de indivíduos específicos, diante da impossibilidade de intervenção de outros atores neste contexto social.

Diante deste cenário, parece claro que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um ideal “universalizante-igualitário”, mas que, a todo o momento, se vê balizado pelas determinações da realidade social, política e econômica, que faz “trocar o pneu

com o carro andando”. As desigualdades sociais, a crise fiscal do estado, os interesses da macroeconomia e da globalização e os interesses corporativos levam à reflexão sobre os caminhos do estado de bem-estar brasileiro e a real possibilidade de construção de uma política de proteção social que responda às demandas da população, através do estado brasileiro.

Costa & Ribeiro (1999) relatam que o mundo sofreu transformações, passando do conceito keynesiano do estado de bem-estar para um estado menos interferente e mais preocupado com o mercado, realidade que se fortaleceu ao longo da década de 80 com a dissolução dos estados socialistas da Europa. Assim, foram favorecidas as políticas de mercado e que flexibilizavam as funções do estado.

No Brasil, um estado autoritário mantinha o aparelho estatal como centralizador das funções. Porém, com a desaceleração do desempenho da economia, chegou-se à conclusão geral que quanto menor fosse a intervenção do estado, melhor seria para a população em geral. Assim, seria melhor deixar para o estado depauperado em todas as suas esferas, apenas as funções não-transferíveis, enquanto as demais ficariam para o mercado, legitimando assim as privatizações de setores de infra-estrutura. Ao estado coube se ocupar de funções mais estratégicas, havendo inclusive a terceirização para diminuir os custos de mão de obra do setor público.

Costa & Ribeiro (1999) expressam, ainda, que a necessidade de reforma da administração pública no Brasil esteve ligada ao modelo ineficiente predominante no modelo de clientelismo, relações pessoais, que se opõe ao padrão de trocas impessoais proposto pelo capitalismo, conforme expressam. O Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) na década de 90, propôs um Plano Diretor que dividia o Aparelho do Estado em quatro setores diferentes:

- 1) *Núcleo Estratégico*, representando o governo em si, que elabora as leis e formula políticas públicas;
- 2) *Atividades Exclusivas*, representando as atividades de atribuição do governo, as quais não podem ser delegadas;
- 3) *Serviços não Exclusivos*, atividades essenciais, mas que podem ser compartilhadas com outros tipos de organizações, a saber: universidades, hospitais e outros;
- 4) *Produções de Bens e Serviços para o Mercado*, empresas que obtêm lucros como as do setor de infra-estrutura.

As agências executivas seriam agências autônomas envolvendo a administração direta, com a introdução de recursos que provêm uma flexibilidade orçamentária, ainda preservando normas da administração pública. Propõe-se, também, a criação das Organizações Sociais de propriedade pública e não-estatal que se dedicam aos serviços essenciais e têm grande flexibilidade gerencial. O orçamento é repassado pelo estado, após ser aprovado pelo Congresso Nacional, e sua aplicação deve ser discutida por um Comitê de Gestão. Os primeiros contratos de gestão firmados dentro da proposta estabelecida pelas organizações sociais, foram os da Associação de Comunicação Educativa Roquete Pinto (ACERP) e da Associação Brasileira de Tecnologia de Luz Síncrotron - ABTLuS, sendo que, posteriormente, os hospitais públicos fizeram incursões de implantação desta experiência. A adesão a essas modalidades é espontânea, devendo ser observado o pequeno número de instituições que assinaram contratos, devido às incertezas ainda reinantes e à insegurança referente a essas transformações em longo prazo.

A saúde no Brasil vem passando por muitas mudanças a partir da década de 90. O SUS materializou-se com a constituição de 1988 e, além disso, houve a expansão do setor privado, em forma de seguros e planos de saúde. A grande inovação do SUS é cobrir toda a população, e não apenas a clientela que realizava contribuição previdenciária, como o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). O SUS pretende, também, uma distribuição mais equitativa dos recursos públicos, e sua implantação trouxe a ampliação do papel dos Conselhos de Saúde, entre outras inovações e atualizações.

A mudança no sistema de saúde, decorrente do desenvolvimento do SUS, também evidenciou as vantagens da Gestão Municipal e enfatizou a prevenção como modo de diminuir as internações hospitalares, implantando serviços, como o Programa de Saúde da Família, que levam à população orientação e controle às condições de saúde. Esse estímulo à prevenção, ao invés de um modelo baseado apenas na atenção curativa individualizada e a implantação de programas multidisciplinares, vem inovando o conceito organizacional e buscando também a flexibilização na utilização das verbas.

Os padrões mais flexíveis dos modelos de gestão têm dado ocasião a experiências como as Cooperativas de Gestão de Serviços, Grupos Profissionais e Fundações, onde as dotações de recursos estatais podem até ser aplicada em um sistema misto público-privado (Costa & Ribeiro, 1999).

A descentralização dos serviços levou a um cenário diversificado de modelos estruturados a partir das necessidades da população. Segundo Costa & Ribeiro (1999), duas diretrizes vêm se destacando nessa busca por inovação. A primeira, com a maximização de flexibilização e aumento de desempenho, que esbarra nos

obstáculos associados ao modelo autárquico de administração; não obstante, buscou-se a mobilização ideológica sem ferir as fronteiras organizacionais do serviço público. Em segundo lugar, observa-se o estado exercendo um poder eminentemente regulatório, tem criado alternativas como a parceria com a iniciativa privada. Uma consequência importante desse segundo aspecto é a contratação de pessoal, que pode ser de estatutários, celetistas, comissionados, terceirizados, cooperativados, entre outros.

A gestão enquanto tema de investigação pareceu-me pertinente e atual diante do reconhecimento de que a mesma se apresenta como um dos nós críticos no processo de construção da saúde pública no nosso país e também na América Latina. A necessidade de analisar a pertinência de algumas experiências de gestão hospitalar visando a formulação de estratégias públicas de intervenção institucional tem se apresentado como uma ação estratégica para a viabilização do SUS. Para a sua consolidação impõe-se a criação de novos dispositivos organizacionais e novos modelos de gestão que garantam e efetivem os seus princípios constitucionais. Descentralização, flexibilização e responsabilização são apostas para uma dinâmica institucional que possa construir produtos e serviços com eficiência no campo da saúde pública.

Ao longo da construção do setor saúde no Brasil e no mundo, os hospitais têm se apresentado como organizações complexas, onde vários saberes coexistem e se inter-relacionam, onde as relações de poder devem ser alvo permanente de análise por parte do corpo de direção, visando monitorar a governabilidade interna e externa da instituição. O cenário nos descreve realidades de gestão na sua maioria marcadas pela improvisação, ações voltadas para emergências, grande centralização e baixa

autonomia dos dirigentes locais, ausência quase completa de compromissos com os resultados finais, irracionalidade e desperdício de recursos, etc. Nesse contexto, também são poucos os dirigentes das organizações hospitalares públicas que se encontram habilitados profissionalmente para funções de gestão.

Os hospitais têm desempenhado um papel importante nos sistemas de saúde, como um dos níveis de garantia da equidade e integralidade da assistência. Contudo, a insatisfação dos usuários tem estado presente no cotidiano dessas organizações porque a herança burocrática e centralizadora das mesmas tem subordinado as necessidades dos usuários a outros interesses. A construção histórica de um modelo de saúde hospitalocêntrico no país reforça a valorização do hospital enquanto local de concentração de conhecimento e de considerável consumo de recursos financeiros e, do ponto de vista organizacional, de um isolamento dentro da rede do sistema de saúde. Nas últimas décadas notam-se importantes iniciativas de mudança na dinâmica de funcionamento dessas instituições, fruto da reflexão acerca da necessidade de transformação na condução e no papel do hospital no sistema de saúde, com foco nos aspectos financeiros, políticos organizacionais, assistenciais e sociais.

Os processos de modernização das organizações hospitalares introduzem na gerência hospitalar a dimensão da eficiência da gestão como complemento da eficácia e da efetividade<sup>1</sup>. Segundo Lima (1994), o objetivo é maximizar a efetividade da atenção e da satisfação dos usuários com os menores custos sociais e

---

<sup>1</sup> Utilizaremos os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade empregados por Lima (1996:102), citando Maristela (1993): “O conceito de eficiência está relacionado à capacidade de produção (garantida uma qualidade constante) de bens e serviços, com o uso, o mais racional possível, de um conjunto de insumos necessários a essa produção. Eficácia é o grau em que as metas, entendidas como atributos mensuráveis de objetivos, para um dado período de tempo, foram efetivamente atingidas. Devem ser considerados tanto a extensão do cumprimento das metas programadas quanto ao eventual desvio indesejável da execução de metas não programadas. Está também associada a idéia de qualidade dos processos produtivos. Efetividade é o grau de satisfação das necessidades e dos desejos da sociedade pelos serviços prestados.”

financeiros possíveis, buscando a qualidade técnica e a humanização do cuidado. O que se espera são mudanças profundas, especialmente porque os serviços públicos são rígidos e burocráticos, suas estruturas são rígidas e verticais, com limitações legais e centralizadoras na gestão dos recursos financeiros e humanos e sua cultura institucional é muito pouco sensível às necessidades das pessoas e às mudanças do ambiente.

A evolução das demandas sobre os gerentes hospitalares aponta para uma tendência contemporânea que exige que a gestão se desloque da prática de simples técnicas administrativas, para a incorporação de novas habilidades e atitudes, tais como estratégia, capacidade criativa, flexibilidade, habilidades de comunicação, relacionamento e negociação. Certamente, neste campo ainda há muito a explorar, muitas respostas a serem encontradas, muitas questões a serem formuladas, principalmente na gestão do serviço público, repleta de entraves e com arraigada cultura da inoperância. O modelo de gestão dicotomizado entre assistência e administração logística apresenta crescente limitação para dar conta das novas interações do trabalho hospitalar.

A reflexão sobre modelos de gestão que possam otimizar e flexibilizar a dinâmica de funcionamento dos hospitais públicos é premente diante das demandas do mercado e de saúde da população e, para tanto, se faz necessário analisar a pertinência de experiências inovadoras de gestão hospitalar, visando a formulação de estratégias públicas de intervenção institucional.

Em função da demanda histórica para repensar a gestão dos hospitais é possível elencar alguns pressupostos para o desenvolvimento dessa reflexão. Tais pressupostos estão baseados em diversos estudos, como os que abordam o tema da

participação e da democracia, tratados por Campos (2000), quando afirma que o exercício de descentralização do poder passa por construir a democracia através da garantia de acesso a informações, da possibilidade de tomar parte em discussões e na tomada de decisão. Da abordagem matusiana podemos citar as discussões sobre a gestão descentralizada por operações, a abordagem por problemas, a necessidade de um sistema de petição e prestação de contas, as idéias de criatividade e descentralização e a necessidade de racionalização da agenda do dirigente. Rivera & Artmann (2003) enfatizam a relevância da análise da cultura e da subjetividade dos atores para a efetiva transformação institucional. As reflexões nos levam a alguns pressupostos:

- ↪ os modelos participativos de gestão são instrumentos facilitadores para os processos de inovação organizacional;
- ↪ as lideranças da organização têm papel fundamental na capacidade coletiva para construir os processos de inovação organizacional;
- ↪ a descentralização e a participação nos processos de decisão são fatores motivacionais para os profissionais envolvidos na dinâmica institucional;
- ↪ os processos de responsabilização e de monitoramento do desempenho institucional são fatores determinantes da eficiência da instituição;
- ↪ a complexidade da organização hospitalar demanda a construção de modelos de gestão participativos e descentralizados, com ênfase para a autonomia do trabalho;
- ↪ a direcionalidade é uma das variáveis relacionadas à capacidade resolutiva da instituição.

- ↪ em função da dinâmica e da complexidade das ações de uma organização hospitalar, a informação e a comunicação devem ser veiculadas através de canais descentralizados e de estruturas horizontalizadas, possibilitando agilidade no processo de decisão;
- ↪ as pessoas, suas relações e a cultura institucional são variáveis importantes a serem consideradas na construção de uma gestão participativa e descentralizada;
- ↪ o planejamento participativo é uma ferramenta importante na gestão do cotidiano hospitalar;
- ↪ os processos de mudança organizacional devem ser promovidos a partir de uma ação global;
- ↪ a profissionalização de atores envolvidos com a viabilização de modelos de gestão e processos de mudança organizacional é fator estratégico para qualquer organização.

Para o efetivo desenvolvimento de uma nova gestão nos hospitais é preciso investir, entre outros, nos mecanismos de controle, avaliação e regulação dos serviços de saúde, além de dotar os dirigentes de instrumentos estratégicos de reformulação do cotidiano do hospital.

O presente trabalho apresenta os resultados da pesquisa realizada no Hospital São João Batista, no município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro, com recorte na experiência de gestão desenvolvida no período de 1993 a 2001.

O município de Volta Redonda está localizado na Região Sul Fluminense e, de acordo com dados do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano

2000, possui uma população de 242.000 habitantes. Desde 1991, com a reestruturação econômica e administrativa da CSN - Companhia Siderúrgica Nacional, maior fonte de recursos financeiros do município, a cidade vem sofrendo um crescente processo de mudanças sociais, que acabaram alterando o seu perfil sócio-econômico. Houve visível aumento do desemprego, crescente perda do poder aquisitivo e aumento da violência. Estes dados apontam a dimensão da mudança no cotidiano da cidade que, ainda hoje, permanece na busca por uma melhor definição do seu perfil sócio-econômico, com o surgimento de novas perspectivas no campo da prestação de serviços e a manutenção da sua vocação maior, de pólo industrial. Neste contexto, o poder público assumiu um papel fundamental na reconstrução da identidade da cidade, fortalecendo os serviços públicos e respondendo às novas demandas sociais.

População mais empobrecida, maior demanda por serviços de saúde, privatização do antigo Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional - HCSN, com limitação do acesso, foram fatores que apontavam para a necessidade de construir um efetivo sistema público de saúde para garantir o atendimento de qualidade à população, sistema este quase inexistente, disforme e fragmentado, face à presença marcante da ação estatal no setor da saúde até a privatização da CSN. Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda de 1997, entre os anos de 1995 e 1997 houve uma redução significativa dos leitos contratados pelo SUS no município, visto que os maiores hospitais municipais fizeram a opção, dentro do contexto de investir na privatização do setor saúde, de apostar na política nacional de fortalecimento da saúde suplementar no país, presente no desenho da Reforma do Estado brasileiro.

Este cenário foi pano de fundo para o projeto de transformação institucional implantado no HSJB - Hospital São João Batista, visto que o município precisava tornar efetivo e totalmente do SUS o único hospital público em funcionamento. O desafio lançado foi uma das várias estratégias para implantar um grande Projeto de Garantia da Saúde Pública - Em Defesa da Vida, no município. Um projeto que pudesse consolidar os princípios do SUS, impactando nos indicadores de saúde municipais. Este projeto mostrou-se de alta governabilidade face à instalação na Prefeitura Municipal de uma “Frente de Esquerda” que adotou a área da saúde pública como uma opção estratégica de governo.

O Projeto em Defesa da Vida da Secretaria Municipal de Saúde apontava para a prática da gestão colegiada como alternativa de construção de um sistema municipal de saúde integrado e horizontalizado. Cabe dizer que a busca de um modelo de gestão democrática era uma meta da Secretaria, já que na época havia um intenso movimento em prol da saúde pública decorrente da demanda excessiva e do sucateamento da atenção primária. Havia no município muitos estabelecimentos de saúde, porém poucos com capacidade para atender a demanda da população. Havia total ausência de uma política de qualidade em saúde e um descompromisso dos governantes com o SUS.

Em julho de 1993, a nova Direção do hospital já sentia a necessidade de descentralizar decisões e refazer o projeto institucional procurando ser coerente com a então política da Secretaria Municipal de Saúde, de defesa da saúde pública e dos princípios do SUS. Desde então, o Hospital São João Batista tem sido palco de uma gestão chamada participativa e descentralizada, que buscou a adesão dos profissionais da instituição para a construção coletiva do projeto de viabilização do

SUS - Sistema Único de Saúde, apostando no desmonte da estrutura organizacional verticalizada, na participação como premissa para os processos de decisão da instituição, na avaliação e monitoramento da qualidade como instrumento estratégico visando a eficiência e eficácia e na explicitação da missão como garantia de direcionalidade.

O Hospital São João Batista é atualmente uma autarquia pública que integra a Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda, e sua gestão no período de 1993 a 2001 teve como ponto de partida a potencialização de sujeitos na construção institucional. Esse modelo pretendeu, em última análise, democratizar a gestão através da otimização dos recursos disponíveis, tendo como foco o acesso, a qualidade do atendimento e o usuário como centro do processo.

Em 2002, sabedores de que o processo de gestão é dinâmico e deve estar em articulação permanente com as demandas do ambiente interno e externo, optou-se por implantar uma nova estrutura de funcionamento da gestão cotidiana da assistência e da administração do hospital, criando as Gerências de Linha de Cuidado. Desta maneira foram criadas 4 (quatro) gerências, a saber:

*Gerência de Linha de Cuidado de Adulto*

*Gerência de Linha de Cuidado da Mulher, da Criança e do Adolescente*

*Gerência de Linha de Apoio Logístico e Administrativo*

*Gerência de Desenvolvimento Político Institucional*

Cabe registrar que a implantação das Linhas de Cuidado, considerado mais um instrumento de inovação da gestão, não será incluído no objeto de estudo do presente

trabalho, visto que passaria pela discussão sobre as micro-políticas, especialmente no campo da assistência, que não é o foco do estudo.

# **OBJETIVOS**

---

## **Objetivo Geral**

- Analisar os diferentes mecanismos de gestão implantados na dinâmica de funcionamento do Hospital São João Batista e suas contribuições para o desenvolvimento e inovações nos processos de trabalho da instituição.

## **Objetivos Específicos**

- Discutir e descrever as estratégias de coordenação do trabalho (estrutura organizacional) e de construção coletiva institucional;
- Discutir a congruência entre os objetivos iniciais da implantação da gestão e a implementação da sua missão e perfil assistencial;
- Discutir as regras de responsabilização institucional expressas no sistema de avaliação da organização;
- Identificar outras condicionantes externas ao desenvolvimento da gestão do hospital, considerando o cenário de construção da governabilidade.

## CAPÍTULO I - A TEORIA

---

As organizações têm sido um importante campo de estudos diante do seu papel no desenvolvimento de políticas públicas ou privadas de interesse social e sua efetiva contribuição na construção das sociedades. Neste contexto, reflexões sobre como se organizam interna e externamente; com qual estrutura organizacional; como viabilizam seus produtos, serviços e saberes; são atuais e relevantes diante da complexidade e dinâmica de mudanças dos campos sociais. Segundo Morgan (1996) a palavra organização deriva do grego “*orgamon*”, que significa uma ferramenta ou instrumento e de acordo com Bergamini (1982:41 e 49), “*administrar é antes de tudo uma arte e, como arte, permite uma gama de soluções bem diferentes e igualmente válidas (princípio da equifinalidade). Desde o começo da civilização o homem se preocupa com as técnicas organizacionais, sendo que no início do século XX, dentro do contexto da Revolução Industrial, surge a maioria dos comentários acerca da arte de organizar. Podemos citar alguns exemplos: a construção das Pirâmides do Egito, os ensinamentos de Confúcio e os documentos da Dinastia Han na China e a República de Veneza, que já em 1436 utilizava normas de contabilidade de custos, controle de estoques, partes intercambiáveis, técnicas de montagem em cadeia, administração de pessoal e padronização de peças*”.

O advento da Revolução Industrial levou as organizações a se adaptarem às novas exigências para o seu funcionamento diante das necessidades de eficiência da produção. Diversas transformações tiveram curso, estabelecendo um paralelo entre a mecanização da indústria e a proliferação de formas burocráticas de organização. E

surgiram as conseqüências sociais deste efeito no lado humano da sociedade, como o grande risco de rotinização e mecanização das relações humanas, com perda da ação espontânea e das formas democráticas de organização. Neste contexto surgem as primeiras teorias organizacionais que se refletem até hoje no pensamento e no desenvolvimento das organizações e constituem-se em explicações sobre o funcionamento das mesmas, a partir de olhares, focos diferenciados e lógicas distintas.

Weber (2000) manifestou sua preocupação diante da força “burocratizante” advinda das organizações e sua influência junto ao comportamento e às relações entre os cidadãos, criando uma rede social pouco flexível e incapaz de viver e estimular práticas participativas e libertadoras. Esse “incômodo”, apontado por Weber, lançou no campo da ciência a necessidade de refletir e aprofundar sobre a dinâmica das organizações e suas formas de intervenção social.

Na evolução da teoria organizacional, de acordo com Bergamini (1982), passamos por Taylor e Fayol no período da escola clássica, depois pela teoria das relações humanas e comportamentalista, além da teoria geral dos sistemas e contingencial. Cada uma destas teorias abordou a organização a partir de um olhar particular, possibilitando diversas explicações sobre sua dinâmica de funcionamento, sua estrutura, suas relações de poder, suas formas de comunicação.

Para Lima (1996:104), as teorias organizacionais “*são lógicas distintas que se apresentam como parcialmente conflitivas, complementares e sobrepostas. Há entre elas permanente tensão e diálogo e neste sentido não devem ser compreendidas como outra e nem a excluir. São ênfases diferentes sobre as diversas facetas organizacionais e aí reside sua potencialidade explicativa.*”

No contexto de pensar o hospital enquanto uma organização complexa, verificam-se características marcantes das várias escolas que estudaram a dinâmica de funcionamento das organizações e que se apresentam no cotidiano institucional hospitalar. Com base nos estudos de Lima (1996) e Bergamini (1982), apresentamos uma síntese das principais teorias sobre as organizações, visando a possibilidade de análise do funcionamento do hospital à luz destes estudos.

## **A Escola Clássica - Teoria da Administração Científica**

Tem como ponto de referência às tarefas, os objetivos e a estrutura formal das organizações. Nos EUA, por volta de 1856, surge a visão de que a administração poderia ser estudada à luz de métodos racionais ou científicos, tendo Taylor como o grande expoente deste pensamento, entre um grupo de engenheiros. Este grupo foi chamado de mecanicista, cuja concepção se resumia em estudar a organização de baixo para cima, no nível operacional dos trabalhadores manuais. Taylor entendia a administração científica com ciência em lugar de empirismo; harmonia em lugar de conflito; rendimento máximo em lugar de produção reduzida; desenvolvimento de cada trabalhador visando maior eficiência e prosperidade.

Seus princípios são: observação e análise do trabalho operário de forma a pensar a melhor maneira de executá-lo; seleção de operário (homem de primeira classe) mais qualificado para realização de treinamento para a padronização das técnicas; pagamento diferenciado por unidade de produção; divisão de tarefas entre chefes e trabalhadores.

Nesta mesma época surge um novo pensamento, que tem como referência o estudo do papel do dirigente e da estrutura organizacional da empresa, capitaneado pelo também engenheiro Fayol e outros estudiosos. Esse grupo tinha dois objetivos básicos: a identificação de normas ou princípios da organização, capazes de garantir, de maneira eficiente, o seu funcionamento e também a identificação da melhor forma de organizar a estrutura da empresa.

## **A Escola de Relações Humanas e a Comportamentalista**

Essa escola tem como ponto de referência à estrutura informal da organização, as pessoas. Algumas experiências sobre a satisfação e o ajustamento do trabalho dos operários, levaram a conclusão de que outras variáveis, além do ambiente físico, afetavam o comportamento e a produtividade dos mesmos. O desempenho dos funcionários passa a ser foco de estudo. Surge a preocupação com as pessoas que integram a empresa. O pensamento das duas escolas defende a integração do trabalhador à sua empresa, possibilitando-lhe algum nível de participação no processo decisório, comunicação entre os membros da equipe, variedade do trabalho (quebra do trabalho em série), alteração no ritmo e na velocidade na execução de tarefas, ênfase no trabalho em equipe. Reconhece-se a necessidade de humanização do trabalho e da sua democratização, a partir do nível operacional.

De acordo com Lima (1996), foram desenvolvidas diversas pesquisas acerca das necessidades humanas no campo do trabalho, que passam pelas mais imediatas até as mais complexas (fisiológicas, de segurança, associação, estima e auto-realização). Esses estudos constituíram-se na base da teoria da motivação. Surge a preocupação com os chamados fatores higiênicos (condições físicas, salários, regulamentos, benefícios sociais) e os fatores motivacionais (referentes ao conteúdo do cargo), que tem efeitos duradouros com aumento da produtividade.

## **Teoria Geral dos Sistemas**

Esta teoria baseia-se no estudo integrado de vários ramos do saber humano (física, biologia e ciências sociais). As organizações são pensadas enquanto sistemas integrados e interdependentes, que se constituem de vários subsistemas internos em interação permanente. O estudo das organizações humanas possibilitou concluir que as mesmas são sistemas abertos, que mantêm constante interação com o meio ambiente, dele recebendo insumos (matérias primas, pessoas, energia e informações), que são transformados em produtos e ou serviços para este mesmo meio ambiente. Trabalha com uma valorização do subsistema de retroação e retro-alimentação, para correção em relação a desvios de metas de planejamento e orientação em relação ao ambiente externo e suas demandas em permanente mudança. Enfatiza na capacidade de adaptação, morfogênese, o enfoque multidisciplinar para pensar as organizações, com contribuições da cibernética e da matemática.

## **O Pensamento Contingencial**

A reflexão acerca de que diferenças na tecnologia de produção acarretavam diferentes estruturas organizacionais, em função da necessidade de responder ao mercado, passou a ser a tônica das discussões junto ao pensamento contingencial. O modelo organizacional tem direta ligação com as condições do meio ambiente (pressão econômica, perda de mercado), devendo ora ser centralizado, ora ser descentralizado. A organização é dependente do meio ambiente. O modelo orgânico de organização se adapta melhor a um contexto instável de ambiente e funciona com uma estrutura mais flexível, processo decisório descentralizado, constantes mudanças nos processos de trabalho, visando à interação entre os trabalhos individuais com as necessidades da organização como um todo. O modelo mecanístico se adapta melhor a um contexto estável, com baixo grau de incerteza, funcionando com uma hierarquia rígida, regras e normas claras e por escrito, centralização de decisões, comunicação vertical. A convivência dentro de uma mesma organização dos modelos orgânico e mecanicista, considerando a natureza da tarefa a ser realizada e do maior ou menor grau de incerteza do ambiente, aponta que a Burocracia (Weber) e a Adocracia (Toffler) não são modelos excludentes, reconhecendo que ambos são válidos e podem coexistir em uma mesma organização.

## **Teoria Política**

De acordo com Lima (1996) e Bergamini (1982), essa teoria reconhece que a organização é um lugar onde convivem diferentes interesses e racionalidades (modos de agir) e reconhece a contínua mudança das relações e configuração do poder - peso das corporações. Aponta também para as relações de poder e o papel do dirigente, como a autoridade que manda, controla, mas investe na cooperação/consenso que gera cooperação. É a chamada “ordem negociada”, que busca alinhamentos/pactos parciais e provisórios, identificando os diferentes interesses e poderes. Trabalha com a ênfase na permanente negociação e pactuação de conflitos e contradições, aglutinando o poder para garantir a direcionalidade da organização. Utiliza-se de estratégias de gestão que possibilitam maior participação, como aposta para o estabelecimento de compromissos e de responsabilidades entre os diversos participantes do contexto institucional.

Após esta breve descrição é possível pensar sobre o momento atual das organizações de saúde, em especial as organizações hospitalares, na tentativa de explicar seu funcionamento e suas limitações frente às demandas da população. Para tanto, utilizaremos algumas categorias de análise facilitadoras do processo de reflexão, tais como: centralização X autonomia, direcionalidade, responsabilidade, estrutura organizacional, processos de decisão, resultados.

A definição clara da missão, isto é, dos objetivos da organização é um aspecto relevante para o seu desempenho, princípio básico trabalhado pela Escola Clássica, segundo Lima (1994). Ainda hoje, as organizações demonstram importantes desajustes na formulação e desenvolvimento de sua missão diante do seu papel

dentro do sistema de saúde. O princípio da complementariedade de objetivos, expressa o compromisso de uma organização em somente justificar sua atuação quando articulada às ações das demais organizações do sistema. Muitas vezes, a missão da organização fica subordinada a interesses corporativos, que estabelecem fluxos de trabalho totalmente inadequados às necessidades epidemiológicas apresentadas pela população. Também aqui a Teoria Geral dos Sistemas (Lima, 1994) se faz presente, quando a organização passa a preocupar-se com a ambiência, entendendo que ela é determinante para o seu desenvolvimento.

Outra característica marcante da atuação das organizações de saúde nos aponta a inexistência de ações que garantam a eficiência e a eficácia dos seus processos de trabalho. Os seus resultados não são mensurados e não correspondem a metas previamente estabelecidas que possam balizar a avaliação do seu desempenho. Algumas condições ambientais, no entanto, tem determinado processos competitivos dentro das organizações públicas, visando vincular disponibilidade de recursos à produção e à sua qualidade.

É possível verificar que as organizações continuam trabalhando com processos de trabalho burocratizados, o que se configura em uma grande distorção, quando lembramos que a atividade-fim de assistir ao usuário deve prezar pela autonomia e informalidade, face à urgência e característica da sua intervenção. Cabe ressaltar que a padronização não está descartada como uma estratégia de ação, tendo seu valor nas atividades-meio da organização, onde a formalização e o controle assumem papel relevante. Podemos citar como exemplo o processo de padronização de medicamentos e material médico hospitalar. Mesmo na assistência, os protocolos

clínicos têm se apresentado como uma estratégia de trabalho que visa à qualificação da atuação assistencial.

A centralização dos processos de decisão tem se configurado como um problema recorrente no funcionamento das organizações de saúde (Lima, 1994). É sem dúvida um grande obstáculo ao desempenho organizacional, onde a baixa autonomia condiciona negativamente as regras de direcionalidade e responsabilidade. A busca tem sido por processos de coordenação mais autônomos e descentralizados, desenhados a partir do produto e não a partir das especialidades médicas e de enfermagem. Algumas experiências de gestão têm apontado os canais de participação como uma forte estratégia de motivação profissional, possibilitando que as pessoas se apresentem com seus potenciais de transformação do cotidiano institucional. Aliás, as pessoas não têm sido foco de intervenção da maioria das organizações de saúde, o que se demonstra, entre outras, nas dificuldades de atuação interdisciplinar, de trabalho em equipe e de fortalecimento do coletivo institucional, reflexões presentes nos estudos da Escola das Relações Humanas e Comportamentalista e da Teoria Política (Lima, 1994).

Pensando o hospital como uma organização, a reflexão sobre os processos de mudança organizacional é considerada estratégica quando se pretende construir um novo modelo de gestão, especialmente aqueles baseados nas intervenções colegiadas e participativas. Qualquer mudança é vista como ameaçadora e introduz um alto nível de instabilidade na organização. Segundo determinadas abordagens, mudar um modelo de gestão é mexer em esquemas de poder. Cabe refletir que há diversas explicações para o poder. Pode-se destacar algumas delas que nos ajudam a compreender os caminhos percorridos pelos atores envolvidos no cenário de

viabilizar o funcionamento de uma organização. Na lógica weberiana de poder (Weber, 2000), o ser humano não perde a oportunidade de estabelecer sua vontade, mesmo que haja discordância de outros atores. Uma outra reflexão é apontada por Foucault (1995), que descreve que só existe poder exercido por uns sobre os outros, sendo estes sujeitos livres que, ao final, podem resistir e esquivar-se da dominação. A sociedade está submetida às relações de poder, que se manifestam na rede social estabelecendo padrões de controle e disciplina sobre a mesma. Foucault fala do poder centrado no corpo, não o corpo que reproduz, mas o corpo enquanto objeto de manipulação, que se traduz em um “corpo dócil” e, conseqüentemente, um corpo produtivo.

Segundo Lukes (1980), o poder está ligado à dissociação da relação “comando-obediência” e do “negócio de dominação”. Nesta reflexão o poder é consensual, brotando onde quer que as pessoas se reúnam e ajam em conjunto. Esta explicação baseia-se nos princípios da cooperação e no consenso entre as pessoas, deixando de lado o “poder sobre” e valorizando o “poder de”. Neste sentido, quando membros de uma organização agem em conjunto estão vivenciando o poder. Nesta perspectiva, é possível descrever uma aproximação com o cenário de busca de democracia e flexibilização das relações de poder, que se apresentaram em algumas experiências de gestão hospitalar e de conquista da sociedade, no final da década de 80 e início da década de 90. Contudo, ainda assim, houve a manutenção do sistema administrativo com concentração dos poderes, com repercussão na capacidade criativa dos micro-espacos existentes no hospital, onde acontece a produção dos serviços.

Autores como Cecílio (1997), Rivera & Artmann (2003) refletem sobre a necessidade de superação da estagnação de modelos de gestão que não conseguiram

requalificar o significado do cuidar e da vida no trabalho em saúde. O desafio está em pensar modelos pautados em estratégias de gestão que possam dinamizar os processos de trabalho, especialmente na condição de igualdade da tomada de decisão, facilitada pela lateralização da comunicação e pela horizontalização do organograma.

Refletindo sobre as organizações e sua inserção na sociedade, chegamos aos estudos de Carlos Matus, na década de 70, quando as discussões sobre a reforma do estado tornaram-se fundamentais na construção da trajetória dos governos e das organizações na América Latina. Matus (1996) estudou e ponderou profundamente, que a qualidade da gestão de um governo e de uma organização está diretamente relacionada a diversos atributos que atuam conjuntamente para a construção de um cenário de governabilidade que possibilite a transformação institucional. Analisa que a falta de ênfase e consideração com o contexto geral externo à administração é fator decisivo para situações de fragilidade nas ações de governo. Aponta que, neste caso, resta depender da capacidade pessoal e institucional e da perícia do governante para utilizar com maior eficiência os recursos ao seu dispor, tornando-os adequados à tarefa a realizar e se completa quando há uma combinação de capital intelectual e capital experiência. A falta desses requisitos é a razão do fracasso de tantos governos, sendo os momentos de crise aqueles em que mais se percebe a falta de tais atributos.

Matus (1996) refletiu sobre as crises na busca por construir ações mais qualificadas para a resolução das mesmas. Nas crises, os temas importantes são atropelados pelos urgentes que estão em foco, e tendem a aparecer os resultados de erros e incompetências prévias.

As crises têm um efeito multiplicador sobre os erros que as geraram, porque ficamos mais propensos à confusão. Algumas características se apresentam neste cenário:

- 1) os fatos ocorrem numa velocidade maior do que o fluxo de informações a que estamos acostumados;
- 2) a efetividade da gestão é reduzida;
- 3) há uma perda de força de vontade e de coragem;
- 4) a comunicação com os atores do meio pode ser perdida;
- 5) a preparação para operar em situações normais pode ser perdida durante a crise;
- 6) a capacidade de julgamento é prejudicada pela falta de ambiente adequado e, por fim, pode ser revelada uma fraqueza que aumente os efeitos da crise.

Segundo Matus (1996), existem três grandes fontes de erro na condução dos governos e das organizações:

- ➔ erro da imprevisão - um pequeno desvio afasta a ação das metas;
- ➔ erro de reação - derivado da baixa força de vontade e baixa capacidade de enfrentar e resolver os problemas acumulados;
- ➔ erro de descontrole - a condução do processo não consegue escolher as melhores soluções frente à ocorrência dos problemas e pressões.

O primeiro erro mostra que os governos e as organizações nem sempre reconhecem as encruzilhadas cruciais e lhes dão a atenção devida, tendo que enfrentar, mais tarde, uma grande crise devido ao caminho escolhido ou à falta de atenção dada ao problema. O segundo erro é negligenciar problemas importantes para a população até que eles cheguem a um nível insuportável. O terceiro erro ocorre quando da explosão das crises e decorre de não saber lidar com a conjuntura desfavorável e com o conceito de o que é bom na normalidade nem sempre é favorável em épocas de crise.

Para Matus (1996), a limitação desses três tipos de erros fica a cargo da gestão estratégica. O sistema de processamento tecnopolítico deve ter ramificações em todos os níveis da organização pública, a fim de realizar um adequado processamento dos problemas antes da fase de tomada de decisão. Sem esta capacidade de processamento, corre-se o risco de cairmos na barbárie política ou na barbárie tecnocrática, ambas ligadas à improvisação, recurso dominante da gestão comum, que gera desperdício de tempo, falta de seleção sistemática dos problemas a tratar, deficiência no processamento dos problemas e descuido do cálculo preventivo. Apesar dos riscos, é difícil combater a improvisação, uma vez que ela é compreensível e fácil, não exigindo método nem preparação. É mais oportuna do que os planejamentos, por serem mais demorados e sem retorno imediato e também é situacional, não tecnocrática.

Um governo não pode ser melhor que sua organização. Quando são detectados centralismo extremo e irresponsabilidade na organização do Estado, uma revolução organizacional é necessária. Segundo Matus, a resistência às mudanças só pode ser vencida sob duas condições: relação precisa entre a intenção da modernização

organizacional e o projeto do governo e uma estratégia organizacional capaz de vencer a inércia. Há três opções para revolucionar esse tipo de jogo organizacional:

- 1) a reforma simultânea em todos os departamentos;
- 2) um sistema de cada vez, mudando departamento por departamento;
- 3) reformar tudo de uma vez. A terceira opção está além das capacidades. Por isso, é preciso escolher entre as duas primeiras.

Um sistema organizacional se caracteriza pelas seguintes regras: missão ou regras de direcionalidade; estrutura organizacional; competências reconhecidas; responsabilidade. Essas regras cumprem as seguintes funções:

- Direcionalidade ⇔ Refere-se à missão que deve ser cumprida, e pode ser reativa, quando responde a uma necessidade já existente ou pró-ativa, para evitar o surgimento de um problema.
- Departmentalização ⇔ Estabelece correspondência entre missão e estrutura organizacional (centralização e descentralização).
- Governabilidade ⇔ Refere-se ao controle das capacidades de decisão relevantes para a gestão (departamental). Deve ser descentralizada para permitir rapidez e criatividade para enfrentar os problemas.
- Responsabilidade ⇔ Define a exigibilidade dos compromissos e define a qualidade do sistema de cobrança e avaliação de desempenho.

Essas quatro regras são essenciais para a eficácia da gestão institucional. Elas definem o predomínio dos departamentos em estágio de inovação ou de declínio; o predomínio de ações reativas ou pró-ativas; o grau de resistência à centralização; a existência ou não de sistemas-chave de direção; a qualidade de gestão dos sistemas; a divisão de papéis entre sistemas; a estabilidade do sistema a um nível de mediocridade ou de qualidade e o modo de resistência à reforma.

Em cada departamento do sistema é estabelecida uma relação entre estruturas mentais, práticas de trabalho e formas organizacionais. Os resultados das práticas de trabalho justificam a organização, sendo relevantes sua propriedade, eficiência e eficácia.

Uma organização pode mudar suas práticas de trabalho sem alterar suas formas organizacionais e mudar suas formas organizacionais sem alterar as práticas de trabalho. Podemos ver este último exemplo em vários fracassos organizacionais da América Latina. As estruturas mentais definem as práticas de trabalho. Deduz-se, daí, que para compreender uma organização é preciso compreender a cultura institucional e sua relação com a prática de trabalho.

Matus (1996) propõe o uso do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como uma ferramenta para trabalhar a improvisação e a transformação institucional, suas práticas de trabalho. Segundo sua avaliação, ele tem contribuído para a qualificação da organização na sua capacidade de atingir mudanças situacionais, que atendendo às necessidades do cidadão, são mutáveis no tempo e no espaço, assim como a realidade. Matus afirma que toda estratégia é situacional. Isso significa que a leitura situacional é própria de um ator, que explica e decodifica a realidade por meio de uma lente particular, carregada por interesses e valores acumulados pela história.

Um importante conceito trabalhado por Matus é o de ator. Ele descreve o ator como o responsável por declarar e definir o problema e também a capacidade para abordá-lo, com o objetivo de construir uma resolução para o mesmo. Para isso, o ator deve ter uma base organizativa, possuir um projeto e controlar variáveis dentro do cenário onde está inserido o problema.

Nesse enfoque, o ator está inserido em um contexto concreto, onde existem outros atores, inclusive que disputam e defendem idéias diferentes. Assim, o planejamento é realizado por atores que têm interesses específicos, explicações diferentes do contexto e cada perspectiva em construção estará delimitada pela inserção particular de cada ator. Dessa forma, o planejamento tem que incorporar a perspectiva política como forma de lidar com as resistências de outras forças presentes na realidade.

Para Matus, o ator pode ser uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação. O ator pode estar inserido interna ou externamente ao contexto que está sendo abordado. Por outro lado, o ator social (ator-protagonista) que planeja, é considerado como parte do sistema com o qual se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes. Não se trata de um observador externo, mas sim de alguém que ocupa um lugar determinado no processo e no sistema, de tal modo que suas percepções, teorias, saberes, são fortemente influenciados por sua inserção e por sua história. Aceitar essa singularidade é admitir a existência de uma variedade de explicações e diagnósticos, pelo menos de ordem igual ao do número de atores que exercitam o planejamento. A consequência trivial desta observação é a de que não existe um único diagnóstico para o contexto que está sendo problematizado.

O homem de ação, implícito no conceito de ator social, é criativo e inserido em uma realidade, em interação com os outros, o que lhe possibilita ser estratégico na construção de projetos e na intervenção. Nesse enfoque, a ação é entendida como

sendo situacional, portanto passível de várias interpretações, as quais dependem da auto-referência dos atores envolvidos.

O ator ao ser nomeado passa a ser responsável pelo plano de abordagem ao problema. Ele está sempre descrito como o representante da direção de uma entidade ou órgão, assim como pode ser nomeado como o responsável pelo plano em função da sua autoridade formal dentro do contexto, por ser um prefeito ou um secretário de saúde.

O ator busca construir uma explicação situacional que está balizada entre uma relação interativa e subjetiva e a realidade como dado objetivo.

O PES configura-se como um importante instrumento de intervenção institucional, que busca a problematização dos conflitos e a transformação social como ponto de partida para sua reflexão e desenvolvimento. A utilização do PES cotidianamente pressupõe o envolvimento de vários atores e várias correlações de poder em torno de um processo que é basicamente democrático e participativo. O PES nos obriga a pensar o contexto, a situação em que estamos inseridos, como fator determinante para qualquer trajetória institucional. Todo ator social está condicionado pelas forças do cenário que o envolve e sua ação terá sentido e eficácia quando se constituir a partir desse referencial, a partir da realidade explicada, sempre na tentativa de transformar a realidade problemática. E explicar a realidade no PES, refere-se a um conceito extremamente complexo, onde interagem conflitos dos atores envolvidos, além da dimensão subjetiva de cada um para apreciar uma situação. Por isso, existem várias “verdades” quando se explica uma realidade através do PES. O desafio está em considerá-las como diferenças existentes que necessitam ser analisadas e explicitadas como produto da constante luta entre manter, reproduzir e

transformar uma instituição, produto que alimenta a dinâmica institucional. O planejamento na lógica do PES se constrói em quatro momentos que se relacionam e se realinham permanentemente. Inicia-se com a explicação da realidade, da situação, considerando as histórias, os desejos futuros, as correlações de forças e sua problematização. Em seguida, programa-se a ação transformadora dentro deste contexto explicado e priorizado, depois analisa-se o que estrategicamente e efetivamente pode-se mudar e, finalmente, desenvolvem-se as ações. O conceito de momento é a base da lógica interna do processo de planejamento. Expressa ocasião, circunstância de um processo contínuo, onde não existe uma delimitação clara entre o começo e o fim. Nesse sentido, cada momento da metodologia corresponde ao domínio transitório de determinados conteúdos, passos e procedimentos específicos. Estes, no entanto, não são de uso exclusivo de cada momento, o que possibilita um encadeamento flexível e dinâmico entre eles.

O PES, segundo Matus, destaca sete princípios na concepção de um sistema:

- *Princípio de responsabilidade e criatividade* - apóia-se principalmente no sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho. A responsabilidade obriga à criatividade, que obriga à descentralização. Sem responsabilidade não há planejamento, sem planejamento não há disciplina criativa;
- *Princípio da descentralização* - os problemas devem ser descentralizados mediante normatização, até atingirem seu verdadeiro valor;
- *Princípio da centralização* - alguns problemas atingem alto valor mesmo na centralização, por dizerem respeito à totalidade da organização.

- *Princípio de normatização* - problemas bem estruturados devem ter seu processamento normatizado através de um procedimento conhecido em cada nível pertinente;
- *Princípio da modularização* - transforma a tecnologia de planejamento, mais flexível, e a substitui pela montagem rápida de um plano com base na combinação e adaptação de módulos semi-processados;
- *Princípio de planejamento* - dirigir uma instituição exige planejamento para processar os problemas e programação de atividades pertinentes;
- *Princípio de subordinação da forma organizacional às práticas de trabalho* - as organizações têm o seguinte processo causal: estruturas mentais - práticas de trabalho - estruturas organizacionais. Portanto, qualquer modificação não deveria começar pelas conseqüências.

Dando foco ao conceito de situação, o mesmo remete à idéia central de alguém envolvido em uma realidade, e que analisa e compreende esta realidade a partir de uma perspectiva interna à mesma, isto é, “desde dentro”. Outro sentido fundamental do conceito de situação desenvolvido por Matus (1996) define situação como um espaço delimitado de produção social, que supõe atores em conflito e, por fim, é abordado também pelo mesmo autor, como um recorte explicativo da realidade, realizado por um ator social que está inserido nesta realidade em função de sua ação e de sua relação com os demais atores sociais.

A Teoria da Produção Social compreende a sociedade como um sistema produtivo ampliado, que envolve múltiplas dimensões da realidade, e que é dinâmico, onde são gerados continuamente, fatos (fenômenos) de natureza política,

econômica e social. Esse sistema é criativo e conflitivo, sendo que os fatos resultam da ação dos atores sociais, segundo suas capacidades e possibilidades de ação e suas estratégias. O primeiro passo para a explicação situacional é a formulação clara e a descrição do problema. A descrição consiste na transformação do problema em indicadores quantitativos e/ou qualitativos, isto é, em elementos que possam expressá-los com maior precisão. Esse procedimento é muito importante, pois é com base nos descritores que se faz parte do monitoramento e avaliação do plano e que analisa-se o impacto das propostas de intervenção, ou seja, o grau de modificação positiva do problema. O momento explicativo inclui ainda a identificação dos principais atores relacionados com a geração, permanência e enfrentamento do problema em pauta.

A seguir apresenta-se um resumo sobre os passos do método:

### **1º PASSO    DEFINIR CLARAMENTE O ATOR QUE PLANEJA**

É importante ter claro quem está “assinando” o plano. O ator é a autoridade que instituiu o grupo.

### **2º PASSO    TER CLARA A MISSÃO DA ORGANIZAÇÃO À QUAL ESTÁ VINCULADO O ATOR QUE FORMULA O PLANO**

A missão deve conter, em seu enunciado, três idéias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer.

### **3º PASSO IDENTIFICAR OS PROBLEMAS QUE SERÃO ENFRENTADOS**

A escolha dos problemas deve ser orientada pela missão da organização. Descrever o problema é caracterizá-lo, mostrar objetivamente, mediante indicadores qualitativos e/ou quantitativos como ele se expressa e indicar as fontes de verificação de onde esses dados procedem. Os problemas a serem trabalhados devem apresentar características de “problemas finais ou finalísticos”. Como alguns problemas são mais graves que outros, temos que colocá-los em uma ordem de prioridades.

### **4º PASSO DESCREVER BEM O PROBLEMA QUE SE QUER ENFRENTAR**

A descrição dos problemas é fundamental por duas razões principais: a) afasta qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar; b) quando bem feita, tem como produto os indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano. Descrever o problema é caracterizá-lo da forma mais precisa possível, na maioria das vezes, inclusive, fazendo sua quantificação. Os descritores não explicam o problema, apenas o caracterizam, descrevem, medem, mostram a sua dimensão. Os descritores de um problema modificam-se quando o plano é bem sucedido.

### **5º PASSO ENTENDER A GÊNESE DO PROBLEMA, PROCURANDO IDENTIFICAR AS CAUSAS**

É o momento de identificar que outros problemas estão antes dele, fazendo com que ele exista. São identificadas, junto ao grupo, as causas do problema. O plano será

uma forma de enfrentar problemas que estão causando o problema principal. Nesta etapa são identificados os nós críticos. Os nós críticos são causas do problema, que se forem “atacadas” ou modificadas, terão um grande impacto sobre o problema. O nó crítico traz também a idéia de ser algo sobre o qual é possível intervir, que está dentro do espaço de governabilidade.

### **6º PASSO    DESENHAR OPERAÇÕES PARA ENFRENTAR OS NÓS CRÍTICOS**

As operações são conjunto de ações que serão desenvolvidas no decorrer do plano. A efetivação de uma operação sempre consome algum tipo de recurso, seja ele econômico, de organização, de conhecimento ou de poder. Toda operação implementada deve resultar em produtos e resultados. Importante listar os recursos a serem consumidos em cada operação. Cada responsável pelas operações deverá fazer seu próprio plano operativo, detalhando as ações.

### **7º PASSO    ANALISAR A VIABILIDADE DO PLANO E/OU ORGANIZAR-SE PARA CRIAR A SUA VIABILIDADE**

Nesta etapa deve ser pensado que o ator não controla todos os recursos necessários para execução do plano. A análise de viabilidade do plano significa um reconhecimento preliminar a respeito de que outros atores controlam recursos críticos para o plano, quais são estes recursos e quais são as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano. As motivações dos outros atores são classificadas em: favorável, indiferente ou contrária. A avaliação que se faz das

motivações dos outros atores é totalmente situacional, instável e sujeita a mudanças. O ator do plano pode utilizar-se de recursos do seu controle para tornar uma operação viável.

### **8º PASSO    ELABORAR O PLANO OPERATIVO**

É o momento de preparar-se para pôr o plano em ação. Tem a finalidade principal de designar o responsável pelas operações desenhadas no plano, bem como de estabelecer um prazo inicial para o seu cumprimento.

### **9º PASSO    GERIR O PLANO**

A gestão de um plano significa a criação de um “sistema de alta responsabilidade” no sentido desenvolvido por Matus (1987). Em tal sistema de gestão, entre outras coisas, as pessoas assumem, diante de um superior hierárquico ou diante de um coletivo, **COMPROMISSOS** de executar, dentro de um determinado tempo, tarefas bem específicas.

Deve-se criar um sistema regular de prestação de contas do andamento das operações, com análise do “porquê” não foi possível fazer. Prestar contas é também conseguir avaliar, de forma sistemática, o impacto das operações sobre os problemas que estão sendo enfrentados.

Dos quatro momentos, o que mostra a singularidade do PES é o momento estratégico, quando o centro da preocupação esta na análise da viabilidade do

programa proposto. Para Matus (1996) a viabilidade é uma categoria que compreende as dimensões econômica, política e organizativa e dois planos de análise: de decisão e de operacionalização. A dimensão política da viabilidade é a mais trabalhada na metodologia, sendo a análise de motivação dos atores frente às operações o primeiro passo deste processo.

Pensar estrategicamente é estabelecer uma dialética entre o necessário, o possível e a busca dominante de alternativas criativas para a garantia da nossa ação e da construção de viabilidades. É investigar a nossa capacidade de decisão e poder, o que está sob o nosso controle e o que não temos governabilidade. O conceito de estratégia tem dois sentidos fundamentais: como equivalente ao que é importante fazer para alcançar um objetivo superior e, mais do que isso, como equivalente à forma de superação das restrições de poder para viabilizar um “deve ser”; como modo de lidar ou cooperar com o outro em um jogo para vencer sua resistência ou ganhar colaboração.

A operacionalização do momento estratégico se faz inicialmente a partir da busca de respostas para as seguintes questões em relação ao programa direcional: viabilidade política, viabilidade econômica, viabilidade institucional/organizacional e viabilidade de síntese. Posteriormente devemos cruzar em uma matriz esses dados levantados com os outros que demonstram os planos de eficácia de viabilidade (decisão, operação e permanência). A análise desse quadro, aponta a nossa capacidade e impossibilidade de ação e nos remete a pensar estratégias de construção de viabilidades, que podem se dar através da cooperação, da cooptação e do conflito entre os atores sociais. A análise também nos aponta os limites institucionais e as contradições do cenário, que são interativos permanentemente.

O momento estratégico pode ser sintetizado nos seguintes passos:

- ✓ Análise da motivação dos atores relevantes e identificação das operações conflitivas;
- ✓ Definição dos recursos específicos de cada operação;
- ✓ Análise do vetor de peso dos atores por referência a cada recurso específico de cada operação (somente as conflitivas);
- ✓ Definição das operações inviáveis ou de viabilidade duvidosa;
- ✓ Desenho de estratégias dirigido aos atores que rechaçam as operações;
- ✓ Desenho de trajetórias alternativas que potencializem ou criem viabilidade para as operações do plano.

A utilização do Planejamento Estratégico como instrumento de gestão pressupõe alguns pontos fundamentais a serem contemplados pela organização:

<b>Objetividade</b>	Análise do que se quer, de acordo com os objetivos gerais da organização;
<b>Exeqüibilidade</b>	Possibilidade de se fazer, conjugando o bom senso auxiliado pela informação, envolvendo discussão com os diversos atores;
<b>Precisão</b>	O somatório dos resultados anteriores fornece os parâmetros dos resultados concretos do planejamento, medindo o produto final;
<b>Unidade</b>	Capacidade de manter o equilíbrio e a lógica entre as diversas fases do Planejamento;
<b>Flexibilidade</b>	Capacidade dos atores de movimentarem-se em diversas áreas e se adaptarem às diversas situações;
<b>Síntese e Especificidade</b>	Resultado final do que foi realizado, demonstrando as soluções ou medidas recomendadas.

Uma macroorganização é um conjunto de sistema microorganizacionais que operam de acordo com as regras de direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade. Sua característica básica é que ninguém tem autoridade suprema sobre as organizações que a integram. Os departamentos produzem resultados proporcionais às regras que regem o jogo, sendo esse

condicionamento genético-estrutural mais forte que a vontade e a qualidade do dirigente. O jogo macroorganizacional tem cooperação e conflito.

Reformar uma instituição em sua direção ou em seu sistema de planejamento significa repensar seus fluxos e verificar as regras em vigor para adaptá-la. Qualquer reforma organizacional é conflitiva, exige uma estratégia e nesse contexto o uso do PES é facilitador desse processo.

*“A Teoria das Macroorganizações faz a crítica da teoria da organização, especialmente no que diz respeito à omissão das dimensões macroorganizacional e lingüística; define o caráter empírico-normativo da maioria de tais concepções e aponta a ausência de um corpo teórico sólido sobre as organizações e seu funcionamento. A partir dessa crítica, analisa as várias tentativas de construir uma ciência da organização que possa apoiar e operacionalizar técnicas de concepção dos modelos macroinstitucional, macroorganizacional e microorganizacional. Desta perspectiva, examina as contribuições tradicionais, assim como as novas concepções que surgem da teoria das conversações, da cibernética e da teoria das macroorganizações. Trata-se de corpo teórico-chave para conceber o modelo macroorganizacional do aparato público, com base em novas regras que visem à sua eficiência e eficácia” (Matus, 2000:89-90).*

Uma Macroorganização, para Matus (1996:344), *“é um conjunto de sistemas microorganizacionais que operam em um espaço político-institucional... onde cada organização participante é um jogador com um grau relevante de autonomia. Não*

*há relações hierárquicas entre os jogadores... É um jogo em que coexistem várias organizações, existem vários tipos de poderes, e operam vários governos”.*

Nesta pesquisa, o hospital não será considerado uma macroorganização e sim uma das organizações participantes do sistema macroorganizacional (Matus, 1997). Mas, reportando a Lima (1996), também far-se-á uma relação entre as regras do jogo organizacional de Matus e os elementos que constituem a organização e se traduzem no seu sistema microorganizacional e no seu sistema de gestão. A partir do modelo matusiano e de sua proposta de direção no nível microorganizacional, pode-se pensar sobre as regras de funcionamento e de organização das instituições através da análise da sua direcionalidade, departamentalização e responsabilidade na busca pela construção da governabilidade e na busca da inter-relação entre os subsistemas do Triângulo de Ferro e entre estes e o ambiente. A reforma organizacional que se declara na Teoria Macroorganizacional propõe mudanças no nível das estruturas mentais e das práticas de trabalho. O sucesso deste empreendimento está na habilidade do Sistema de Direção Estratégica em desenvolver as regras para a garantia dos objetivos.

No plano das acumulações de capacidades de produção institucional, há um triângulo, denominado “Triângulo de Ferro”, que vai definir se o sistema é de alta ou baixa responsabilidade. O desenvolvimento da Teoria Macroorganizacional levou Matus a fundamentar o Sistema de Direção Estratégica, expresso no Triângulo de Ferro, que define três sub-sistemas:

1. Sistema de Petição e Prestação de Contas
2. Sistema de Gerência por Operações

### 3. Sistema de Conformação de Agenda do Dirigente

Tal proposta e seu conseqüente sistema de gestão leva ao desenho de uma nova organização com características de racionalidade, descentralização, planejamento, criatividade, participação e responsabilização, construção essa que contribui para pensar a gestão das organizações públicas de saúde e, neste caso, de um hospital público.

Um Sistema de Direção Estratégica é um conjunto de mecanismos que estruturam práticas de trabalho em uma organização, o qual se apóia em três sistemas-chave: a agenda dos dirigentes com temas urgentes X temas importantes e improvisação X planejamento; o sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho (responsabilidade X irresponsabilidade); sistema de gerência por operações (gestão criativa X rotineira). Se o sistema organizacional for de baixa responsabilidade, toda a gestão está prejudicada quando não há responsável, prestação de contas ou cobrança de desempenho.

Um sistema de direção opera com a qualidade permitida pelos subsistemas que o compõem. Os sistemas operacionais ativos são os necessários para o funcionamento real e os componentes rituais são supérfluos, mas subsistem formalmente. Quando se tenta introduzir um componente no sistema, ele só será aceito se estiver dentro das regras do jogo organizacional.

Matus descreve que a Direção Estratégica, que se expressa através do Triângulo de Ferro, contém os sistemas chaves de uma estrutura de gestão, mas que estes, especialmente a partir do sistema de petição e prestação de contas, demandam

por mais sistemas para o melhor desenvolvimento da organização institucional, a saber:

- (1) configuração da agenda do dirigente;
- (2) processamento tecnopolítico;
- (3) condução de crises;
- (4) planejamento estratégico;
- (5) centros de grande estratégia;
- (6) orçamentos por programa;
- (7) monitoramento;
- (8) cobrança e prestação de contas por desempenho;
- (9) gerência por operações;
- (10) escola de governo.

## **A agenda do dirigente**

A agenda do dirigente revela o seu uso do tempo e a sua demarcação do foco de atenção. Geralmente, uma proporção muito baixa do tempo do dirigente é dedicada às coisas realmente importantes e que marcam a qualidade de seu governo, da sua gestão da organização. É preciso responder à seguinte pergunta: qual é a proporção de problemas importantes que chegaram à agenda já com um processamento tecnopolítico adequado? Processamento este que deve considerar e tratar dos principais problemas existentes na organização e que demandam um olhar estratégico por parte da cúpula dirigente.

O seu propósito é o de administrar o tempo e os problemas que demandam o dirigente, de modo a valorizar o tratamento de problemas relevantes ao invés da ocupação em torno de rotinas e emergências. Matus lista algumas características de problemas que em geral não fazem parte da agenda do dirigente: são muito consumidores de tempo; parecem postergáveis e não muito urgentes; emitem sinais débeis para chamar a atenção; são complexos, ainda que fáceis de identificar enquanto “paisagens” e de difícil valoração no presente, pois parecem inevitáveis; produzem incômodos e desagradados em função da baixa competência para enfrentá-los; exigem inovação para enfrentá-los e requerem assumir riscos.

Matus identificou que apenas um pequeno percentual de problemas (em torno de 3%) chegavam às agendas dos dirigentes e haviam sido submetidos a processamento técnico-político adequado.

Para o uso quantitativo e qualitativo do tempo e da agenda do dirigente, o contexto tem grande importância. É preciso considerar a necessidade de suporte

técnico-político ao invés de assessorias especializadas e de conselheiros que manipulam intuitivamente suas relações com o meio externo e com os níveis subordinados.

### **O sistema de processamento técnico-político**

Concebido enquanto instância organizacional e funcional, com os seguintes objetivos:

- (a) ser filtro de qualidade no processamento de problemas; fazer frente aos extremos do tecnicismo e do politicismo; deve produzir cálculos situacionais de síntese, com o intuito de facilitar o relacionamento do dirigente com seus assessores, subordinados e outros atores externos;
- (b) defender as importâncias frente às urgências;
- (c) fazer constantemente uma síntese de monitoramento do desempenho da organização;
- (d) manter monitoramento periódico da agenda do dirigente, para demonstrar-se objetivamente o uso do seu tempo e os seus focos de atenção, visando eventuais correções;
- (e) colaborar com o dirigente na preparação rigorosa da petição de contas;
- (f) estabelecer mediação com o sistema de planejamento, com o propósito de melhorar constantemente a alimentação do processamento técnico-político.

### **O sistema de controle de crises**

Composto de quatro elementos: capacitação especializada; sistemas de informações e de monitoramento do desenvolvimento da crise; logística e infraestrutura de apoio ao controle da crise; técnicas de controle de crise.

Tipicamente, esse sistema seria próprio de estruturas governamentais centrais e pode ser compreendido enquanto estrutura técnico-logística para monitoramento e controle de situações, podendo estar associada à unidade de processamento técnico-político falado anteriormente.

### **O sistema de planejamento estratégico**

Trata-se de uma cadeia de diversas instâncias de planejamento, que articula desde a unidade e o sistema de processamento técnico-político, o setor de planejamento propriamente dito e o que Matus chama de “centros de grande estratégia”. Mais uma vez a concepção do autor está referida aos sistemas de planejamento governamental. O que importa é a compreensão de planejamento estratégico debaixo da lógica de cálculo técnico-político enquanto processo que preside e precede a ação. Nas organizações em geral esse processo seria disperso pelas unidades operacionais, por eventual setor de planejamento e pela unidade de processamento de problemas.

## **Centros de grande estratégia**

São os espaços onde se “farejam” novos caminhos. Sua função é explorar “além da curva” e além de onde há caminho conhecido. Requerem cientistas e políticos de alta competência.

### **O sistema de orçamentação por programa**

É um orçamento por objetivos no qual os recursos são alocados para viabilizar ações e atingir resultados concretos. O orçamento por programas tem, portanto, função gerencial, pois é instrumental de alocação de recursos por problemas e por operações e, também, de acompanhamento e de controle dos produtos e resultados alcançados com as alocações efetuadas. Permite análise de eficiência e eficácia por meio da relação: recursos □ produto □ resultados. Como já ressaltado, se o orçamento for implantado na estrutura por programas, com metas de produtos e resultados, a gestão orçamentária poderá converter-se em ferramenta de gestão estratégica. No entanto, pela lógica do Sistema de Direção Estratégica proposta, se não houver uma gerência por problemas, por projetos ou por objetivos, a adoção do orçamento por programas irá constituir-se num mero ritual.

O orçamento tradicional não permite identificar os objetivos associados aos recursos dispendidos. Ao contrário, o orçamento organizado por programas, com metas e resultados articulados, é uma ferramenta vital na gestão por objetivos.

## **O sistema de monitoramento**

É fundamental para o acompanhamento da evolução das situações e para análise dos resultados das ações, visando modificá-las a tempo. Os objetos de monitoramento são: o seguimento dos problemas, através dos seus descritores, dos indicadores dos nós críticos e das variantes mais importantes; o seguimento das operações, através dos recursos, produtos, resultados e variantes mais importantes; do seguimento das conversações através das diretivas, declarações, compromissos, etc.

É importante a sua distinção dos sistemas estatísticos de informações tradicionais. Matus faz um contraponto segundo seis variáveis: tipo de usuário, massa de informação, atraso aceito, percibibilidade, produção e uso e tipo de informação.

O sistema de monitoramento deve contar com a possibilidade de transformar informação primária em informação relevante (indicadores) e ainda expressar os indicadores por um sistema de sinais, incluindo zonas (faixas) de comportamento esperado para cada indicador, com respectivo piso e teto. Um indicador com resultado fora desta zona seria identificado com *senal* específico.

### **O sistema de prestação e petição de contas**

O sistema de petição e prestação configura-se, segundo C. Lima citando Matus (2003:24), como a grande estratégia do Triângulo de Ferro e visa transformar os processos de trabalho como processos de responsabilização dentro da instituição, com metas e responsabilidades anunciadas. *“Uma instituição está sujeita a regras de alta responsabilidade se nela ninguém está isento de pedir e prestar conta de forma sistemática sobre seu desempenho real em relação aos compromissos assumidos”* e isso pressupõe uma construção coletiva capaz de pactuar compromissos com a participação de todos os atores envolvidos neste contexto. O que se busca neste sistema é introjetar na cultura organizacional o valor do monitoramento, da avaliação permanente e da prestação de contas, com garantia de que seja uma experiência publicizada para a população. O resultado monitorado seria o reflexo da capacidade de resolutividade da instituição frente aos seus problemas, de realização de plano de ação para a viabilização da eficiência e eficácia.

O propósito maior desse sistema é definir e fazer efetiva a responsabilidade entre todos os membros de uma organização, seja o dirigente maior ou qualquer outro de seus funcionários. Mais uma vez os compromissos estão relacionados às negociações expressas através da palavra e devem ser validados com o seu cumprimento ou com apuração criteriosa sobre eventuais causas de seu não cumprimento.

A eficácia do sistema está assentada no seu caráter público e sistemático. Deve se referir a compromissos concretos, possíveis de serem mensurados, incluindo resultados de operações, eficiência e eficácia; deve ter uma dimensão individual e

outra institucional (coletivos de trabalho); deve ser acoplado um sistema de premiações e punições. Todos os profissionais, dirigentes ou não, responsáveis por pedir contas, também devem prestar contas.

## **O sistema de gerência por operações**

Assume a execução das propostas e diretrizes gerais, convertendo-as em ações. Trabalha com a lógica de que se pode planejar operacionalmente com criatividade e liberdade. Para funcionar eficazmente requer um equilíbrio entre responsabilidade e governabilidade. As regras de governabilidade exprimem-se no controle das capacidades de decisão relevantes para a gestão departamental, o que define o grau de centralização ou descentralização do sistema organizacional. A gerência criativa não é possível sem descentralização, pois é a distribuição de poder que permite que cada nível organizacional trabalhe com rapidez e criatividade para enfrentar problemas que lhe são de alto valor e para os quais tem poder de decisão.

Segundo Matus, transforma o sistema de direção em um subsistema que se reproduz até os níveis operacionais da base, convertendo os módulos problemas-operações do plano, em módulos de gerência.

O sistema de gerência por operações compreende a direção e administração por objetivos, isto é, por módulos de ação que integram um plano, que se traduzem em operações, ações e sub-ações, e que se articulam, por sua vez, com módulos orçamentários (programas, sub-programas, atividades), integrando uma atividade gerencial organizada em todos os níveis.

O sistema de gerência por operações pretende, através do uso do planejamento, problematizar a instituição para a construção de uma ação programada e eficaz. Este sistema utiliza também ferramentas facilitadoras do processo de coordenação e de informação, além da regulação e alocação de recursos correspondentes às ações programáticas.

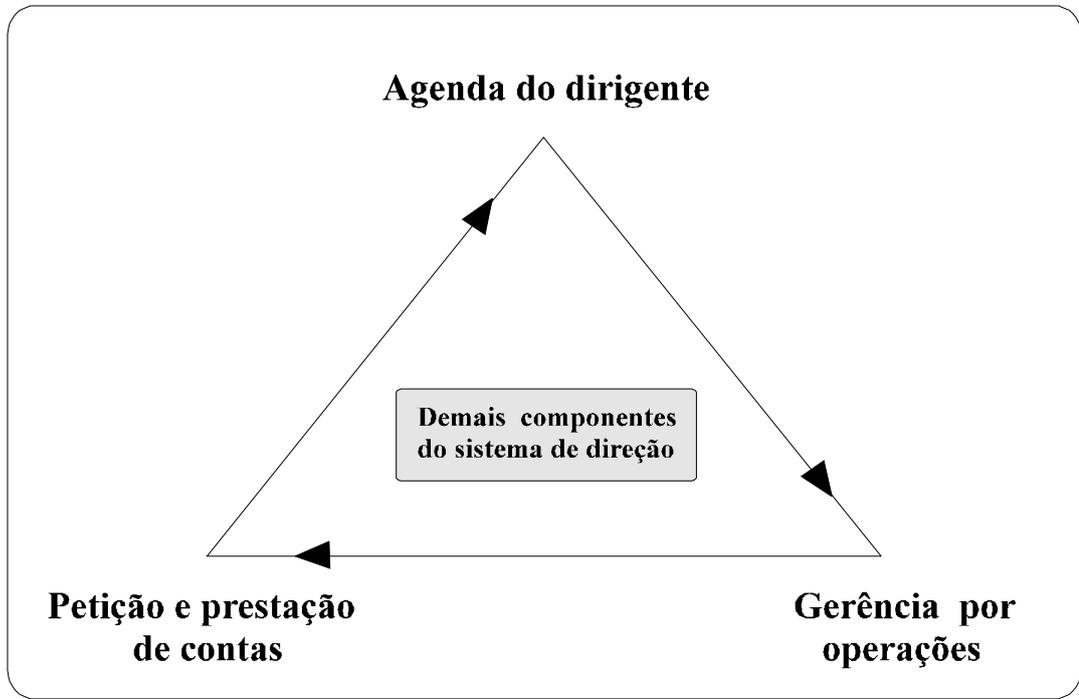
A idéia central é um sistema de gestão que alterna ciclos de criatividade e rotina, através da mobilização de recursos humanos para enfrentamento criativo de problemas e transformação das práticas em rotinas de qualidade. Mesmo as rotinas melhoradas, devem voltar continuamente a sofrer o impacto de novos esforços criativos.

### **A escola de governo**

É a ferramenta básica para elevar a capacidade de governo por meio de treinamento em Alta Direção. Na visão de Matus, o treinamento em Alta Direção impõe a necessidade de criação de uma Escola de Governo, vinculada a uma estrutura governamental, onde dirigentes públicos possam renovar seus conhecimentos, trocar experiências e desenvolver sua vocação técnica e política além de novas competências para governar. Propõe que as Escolas de Governo ofereçam um conjunto de disciplinas voltadas à compreensão do funcionamento governamental e das ciências e técnicas para a gestão estratégica pública, o que certamente contribuirá para que se evite uma opção usual e aparentemente mais fácil, que é a de se buscar instrumentos concebidos para o setor privado, e aplicá-los de forma acrítica no setor público.

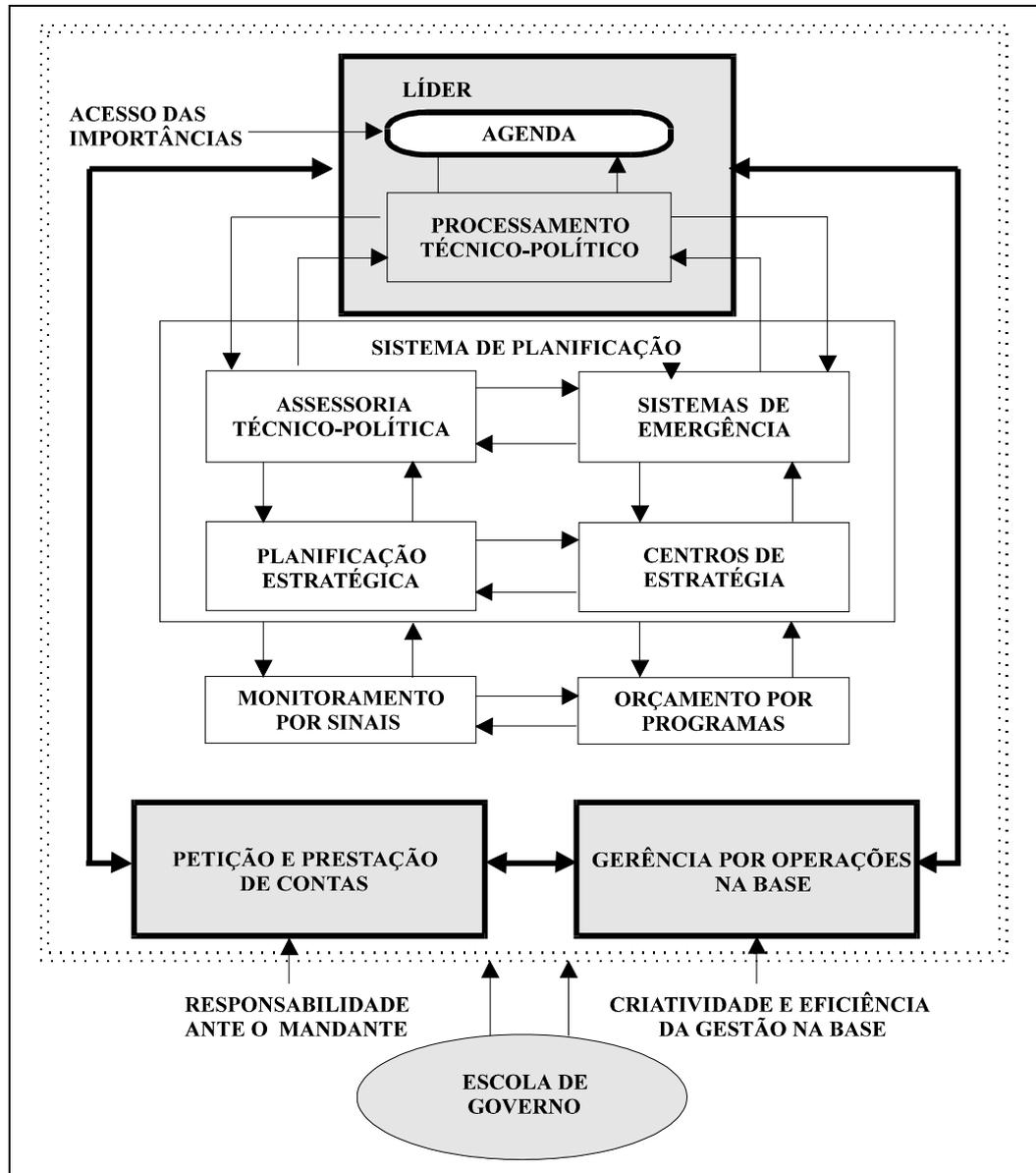
Matus propõe a criação desse tipo de escola (nível governamental) em função da debilidade das universidades em cumprirem com a função de formação de dirigentes mediante programas atualizados.

**Figura 1 - Triângulo de Ferro**



Fonte: Matus, Carlos. Governo e Planejamento: Guia de Análise Teórica. Fundação Altadir, mimeo, s/ data, p.172.

**Figura 2 - Sistema de Direção Estratégica**



Fonte: Matus, Carlos. PES: Guia de Análises Teórico, op. cit., p.166.

Matus busca na Teoria da Produção Social sua aplicabilidade dentro das Macroorganizações, entendendo a produção social como um sistema social onde se encontram diversos atores com interesses e diversas motivações e onde permeiam relações de cooperação e de conflito. Também descreve e nomeia as regras da Macroorganização como direcionalidade, departamentalização, governabilidade e responsabilidade. Regras que possibilitam o desenho e a dinâmica de funcionamento da gestão de uma organização. A direcionalidade descreve a missão da organização diante das necessidades sociais que a determinam; a departamentalização nos aponta as estruturas organizativas que possibilitam o desempenho de sua função; a governabilidade representa a capacidade de tomada de decisão e o manejo do poder e por fim a responsabilidade que estabelece os compromissos dentro da organização e a exigência de seu cumprimento (Matus, 1996).

Outra importante consideração teórica acerca das organizações, nos leva a pensar e caracterizar o tipo de organização do qual estamos falando. Trabalharemos aqui com as explicações de Mintzberg (1989), que traduzem os hospitais como organizações profissionais<sup>2</sup> que possuem um núcleo operacional responsável pela produção de serviços diretos, uma cúpula estratégica e seus dirigentes, a linha intermediária, a tecnoestrutura e a assessoria de apoio. Neste tipo de organização, os profissionais e seus saberes são determinantes para o desenvolvimento da instituição, visto a complexidade e a grande demanda do trabalho. A autonomia é a grande marca da atuação destes profissionais, o que muitas vezes nos leva a refletir sobre o melhor

---

<sup>2</sup> Segundo Mintzberg, “a organização profissional é exigida sempre que a organização se encontra em um ambiente estável, porém complexo. A complexidade requer descentralização para indivíduos altamente treinados, e a estabilidade permite que eles apliquem habilidades padronizadas e assim trabalhar com boa dose de autonomia. Para assegurar essa autonomia, o sistema de produção não pode ser nem altamente regulamentado nem complexo e automatizado” (pg.154).

desenho de coordenação que garanta um equilíbrio permanente entre a autonomia e a necessidade de controle da organização, diante das demandas da sua missão.

Mintzberg busca explicar a combinação de atributos básicos da organização, que compreendem as partes componentes da mesma, sua divisão de trabalho, mecanismos de coordenação e também a idade e tamanho da organização, sistema técnico, poder, ambiente.

O Núcleo Operacional é a base da organização, integrada pelos seus operadores. Sua principal função é apresentar os produtos e serviços finais e o trabalho básico da instituição. É o espaço onde se produz a transformação das entradas em saídas e pode ser considerado o coração da organização. Operador de uma fábrica é o operário, o operador de um hospital é o médico. A diferença marcante entre eles é o grau de sofisticação da qualificação, que se traduz na aquisição de um conjunto de conhecimentos e habilidades que são mais ou menos difíceis de serem aprendidas, dada sua complexidade.

Através do Núcleo Operacional podemos verificar o grau de padronização do trabalho - o quanto é possível prever, especificar e detalhar as várias etapas do trabalho. O trabalho mais padronizado pressupõe menor autonomia do trabalhador (decisões imprevistas são menos necessárias) e o trabalho menos padronizado aponta para a maior autonomia do trabalhador (decisões imprevistas são mais necessárias).

A segunda estrutura construída por Mintzberg (1995), descreve o Centro de Decisão ou a Cúpula Estratégica e seus dirigentes. Dirigentes esses, que estão no topo da hierarquia e têm como principal função garantir a missão da organização através da satisfação das exigências dos controladores (no hospital, funcionários e usuários). Executam uma supervisão direta, ativando estratégias de motivação,

negociação de conflitos e acompanhamento do desempenho da instituição. Na busca por construir governabilidade, trabalham a interface com o ambiente, tanto interno quanto externo, através da ação de estímulo à comunicação, negociação de recursos, identificação de necessidades e a construção de estratégias organizacionais, visando viabilizar o compromisso e as metas institucionais.

Para a facilitação e operacionalização das ações descritas acima, Mintzberg descreve a função dos Gerentes Intermediários, elo entre operadores e dirigentes do topo e têm como principal função: acompanhar o desempenho, fluir informação para cima e para baixo, estabelecer contatos com organizações do ambiente e, nesse sentido, quanto maior a organização, mais dirigentes intermediários existirão. O autor nos relata também as atribuições dos componentes da Tecnoestrutura, formada por assessores, analistas e especialistas técnicos que atuam fora da linha hierárquica e do fluxo operacional. São os responsáveis pelas funções de planejar, padronizar, treinar, em suma, atuar sobre as tarefas dos outros. E, por último, nos apresenta a Equipe de Suporte, que também atua fora do fluxo do trabalho operacional. Prestam serviços indiretos ao centro operacional, tendo seu próprio processo de trabalho, não caracterizado como trabalho básico.

Fazendo foco na organização profissional que consegue melhor explicar o trabalho em saúde dentro de um hospital, trataremos das suas principais características. A organização profissional presta serviços profissionais complexos, que se demonstram em um conjunto de conhecimentos e de habilidades difíceis de aprender, por serem um corpo de conhecimento normatizado, padronizado e muito específico, pelo menos para parte dos profissionais da organização. A principal parte da organização, o Núcleo Operacional é formado por profissionais com elevada

especialização. O processo de trabalho deste grupo envolve duas tarefas básicas: diagnosticar e tratar. Diagnosticar, no sentido de agrupar sinais e sintomas e associá-los/compará-los a diferentes patologias, buscando o tratamento.

Diagnosticar e tratar se configura como, segundo Mintzberg, um conjunto de programas padronizados - habilidades e conhecimentos aplicáveis a uma contingência/doença; tem como principal característica o treinamento como prática repetitiva/reflexo automático - internalização dos padrões aplicados no momento da realização do diagnóstico e da definição do tratamento, inclusive fora da organização (universidades e estágios). Tendo como consequência a habilitação pelas associações profissionais; a profissionalização é complexa e extensa (anos de treinamento); processo de trabalho imprevisível, que apesar dos padrões, a manifestação da doença e resposta ao tratamento pode ter singularidades, exigindo muitas apreciações e decisões.

No processo de pensar a organização profissional, é preciso considerar que os profissionais que a compõem, possuem maior identidade com a sua corporação profissional do que com a organização e tem sua formação e padrões de atuação gerados fora da organização (na universidade e nas associações profissionais). Isso lhe proporciona uma grande autonomia técnica, atuando de forma independente de seus colegas, dos gerentes intermediários e dos dirigentes.

A autonomia técnica pode ser compreendida, de acordo com Lima (2004:25), como: *decisões autônomas sobre o que fazer - decisões relacionadas à consecução dos objetivos finais - determinam recursos - que exames e que tratamento - determinam as despesas; os profissionais julgam e controlam seu próprio trabalho - somente quem tomou as decisões clínicas conhece as condições de sua opção; a*

*liberdade de decisão sobre o que fazer e como fazer é um dos atributos do trabalho profissional cujo principal exemplo é o trabalho médico.*

Esta característica possibilita que o poder se apresente no núcleo operacional como processo de descentralização diante do trabalho independente e formal do operador. Essa grande discussão remete às possibilidades efetivas de controle gerencial sobre os médicos (pouco controle sobre as despesas e qualidade da atenção). A coordenação acontece pela padronização das qualificações, pelo que se espera que o outro faça e pressupõe que a conduta ética e que os interesses profissionais sejam iguais ao da organização e de sua clientela. Neste contexto o que se procura é implementar uma equipe de suporte que atue no apoio do núcleo operacional, buscando o equilíbrio entre a necessária atuação rígida frente às demandas de trabalho e a natural necessidade de flexibilização das relações para o êxito da missão institucional. O poder do dirigente baseia-se nas estratégias de negociação e de resolução de conflitos internos (entre profissionais e entre estes e o administrativo). Pensar o ambiente é tema permanente na agenda do dirigente de uma organização profissional.

Cecílio (1994; 1997; 2000) tem se mostrado presente nas reflexões sobre as organizações e suas possibilidades de atuação, por seus estudos baseados em extensa experiência no acompanhamento de processos de mudança e inovação institucional, estruturadas através de processos democráticos no setor público. Seus estudos têm feito críticas às explicações acerca das organizações, advindas da Escola de Taylor, em que as relações de trabalho e a preocupação com as pessoas eram renegadas à um segundo plano na escala de prioridade da organização. E na Escola Clássica de

Fayol, cuja proposta de verticalização e burocratização dos processos de trabalho constituíam-se nos pilares mestres da organização.

Cecílio fez uso e problematizou os estudos de Matus. O uso do PES dentro de um enfoque simplificado se apresenta nas várias experiências institucionais em que conduziu, além das estratégias descritas no sistema de direção, tais como a de responsabilização, de planejamento e de descentralização das estruturas organizacionais.

A mudança organizacional está na base dos estudos de Cecílio, que apostou nas vantagens da forma de gestão colegiada como uma estratégia de visibilidade do hospital como um todo, facilitando a visão de interdependência entre as várias unidades de produção e, funcionando também, como facilitadora da construção de consensos em torno da proposta de qualificação e transformação institucional. Segundo Cecílio (1997:43), neste novo modelo de gestão “*o gerente não tem mais o papel de ‘chefe’ tradicional, mas a função de coordenar práticas e saberes que contribuam para a qualidade final dos produtos oferecidos pela unidade...*”. Apostou também na implementação de estruturas de coordenação do trabalho mais flexíveis e descentralizadas, que possibilitaram a maior participação dos profissionais de saúde no processo de construção coletiva da instituição. Essa discussão nos remete a reflexão sobre a capacidade da instituição de viabilizar espaços de autonomia que falam do exercício cotidiano do poder e que nesse modelo de gestão se reveste na perspectiva da construção de consensos, de pensar o conjunto de pessoas desempenhando uma ação e de valorizar o trabalho grupal. Assim, a participação e a capacidade de decidir são temas recorrentes na proposta de gestão que se proponha democrática e descentralizada.

Ao longo dos seus estudos, passou a refletir sobre a importância das micropolíticas no processo de transformação institucional. Segundo ele, para além das apostas da macropolítica, tais como a definição da missão como ação de garantia de direcionalidade, a grande mudança só será possível se conseguirmos investir nas pessoas, com seus conflitos, suas dificuldades de adesão e de envolvimento. Para Cecílio, um ator mostra-se fundamental nesse contexto, o gerente. Ele é o ator que realiza a articulação entre a macro e a micro política e tem a responsabilidade de tornar possível aos profissionais uma maior visibilidade acerca dos grandes delineamentos da organização, ao mesmo tempo em que deve projetar o “micro”, ou seja, a realidade do cotidiano da instituição na direção superior, tanto para prestar contas do desempenho e dos resultados das equipes como para sensibilizar e orientar as ações “de cima”, no sentido de atender as demandas dos “de baixo”.

Nesse caminho, Cecílio verificou que a teoria matusiana não traduz todas as necessidades das organizações e mostra-se inacabada para atuar em todas as nuances da gestão pública em saúde. Cecílio identifica que é preciso refletir sobre a dicotomia entre o planejamento diretivo, desenvolvido por instâncias superiores de governo e que lidaria com estruturas conflitivas e variáveis políticas do planejamento operacional a ser implementado no interior de estruturas hierárquicas subordinadas, leia-se organizações.

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

---

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital São João Batista de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro, sob a forma de estudo de caso. Justifica-se o seu uso porque o objeto de estudo é representativo dentro do seu universo de atuação, possibilitando o exame de aspectos variados do seu desenvolvimento, as relações causais, a descrição da realidade institucional e do contexto histórico onde o fenômeno aconteceu. Foram utilizadas técnicas de investigação facilitadoras do processo, que possibilitaram a análise qualitativa de todas as informações representativas da implantação e desenvolvimento da gestão. Pretendeu-se realizar um estudo aprofundado e descritivo do objeto em questão, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento. Teve como sujeitos os funcionários da instituição, com a vantagem de poder investigar um fenômeno a partir do seu contexto e atores reais, descobrindo relações entre os vários elementos da investigação. Minha inserção enquanto funcionária participante do processo de implantação da gestão do HSJB, e em alguns períodos ocupando função estratégica no sistema de direção, e o conhecimento acumulado da experiência, me facilitou desenvolver o presente trabalho, entendendo a necessidade de um certo distanciamento do objeto em estudo, garantido pela abordagem metodológica.

A revisão bibliográfica sobre o tema foi realizada com foco nos objetivos da pesquisa, visando a construção de um campo teórico de referência para a análise dos dados coletados e que permeou todo o desenvolvimento do projeto.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: análise documental e entrevista semi-estruturada, onde o mais importante foi definir a pertinência, relevância e representatividade dos dados levantados, com o objetivo de compreender o significado das relações expressas entre os mesmos e o significado da informação coletada em relação ao objeto da pesquisa e não somente a quantidade de vezes em que o mesmo se apresentou.

A análise documental foi realizada através de registros que permitiram conhecer o desenvolvimento da experiência de gestão, seus objetivos, suas principais reflexões (relatórios de gestão, relatórios das oficinas do colegiado de gestão, planos de ação, planilha de avaliação de desempenho institucional, pesquisa de satisfação do usuário, entre outros). Foi um recurso facilitador da coleta de dados, que permitiu racionalizar o tempo do pesquisador na medida em que se descartou a necessidade de muitos outros recursos de obtenção de informação. Esse recurso pôde apontar o grau de organização e de produção de conhecimento e de informações sobre o objeto analisado.

Os documentos analisados foram:

- (1) relatórios de Gestão de 1993 a 2001;
- (2) relatórios de Oficinas de Trabalho com as Coordenações;
- (3) relatórios de Oficinas de Trabalho com as equipes, apontando a construção de planos de ação, com metas e indicadores: Centro Cirúrgico e Recepção;
- (4) relatório do GDI - Grupo de Desenvolvimento Institucional, com descrição das atividades de planejamento participativo;

- (5) documentos com a apresentação e o consolidado da Política de Desempenho Institucional;
- (6) documento sobre a implantação do Sistema de Controle de Custos.

A realização da entrevista semi-estruturada possibilitou que o entrevistado discorresse sobre o tema proposto, sem condições pré-fixadas pelo pesquisador, considerando que a entrevista é uma conversa orientada para um objetivo definido. Neste processo foi muito importante prestar atenção no entendimento que tivemos dos entrevistados, nas possíveis distorções e no quanto eles estavam dispostos em partilhar suas percepções sobre o objeto em estudo.

Foram utilizadas questões-guia (Anexo I), acrescidas de outras durante a realização da entrevista a partir de relações que se estabeleceram entre as informações que estavam sendo relatadas. A realização da entrevista foi planejada adotando-se alguns critérios:

- Marcação com antecedência do local e horário da entrevista, para o não comprometimento da atividade, assim como informação ao entrevistado do objetivo da entrevista e do porquê da sua escolha;
- Criação de condições para que a pessoa entrevistada pudesse sentir-se à vontade para falar espontaneamente, mantendo a sua confiança (Anexo III);
- Estabelecimento de questões-guias, destacando as mais importantes;
- Garantia de que o pesquisador tivesse capacidade para ouvir mais do que falar, registrando dados e comportamentos subjetivos e conduzindo a entrevista para o seu objetivo;

- Registro cuidadoso, com uso do gravador, dos dados relatados durante a entrevista, de forma que não se perdesse nenhuma informação, completando as anotações imediatamente após a entrevista.

Os entrevistados foram atores estratégicos que contribuíram para o desenvolvimento da gestão: Direção Geral, 2 membros da Secretaria Executiva, 2 membros do GDI - Grupo de Desenvolvimento Institucional, 2 Coordenadores das Unidades de Produção. Cabe registrar que não foi possível realizar a quantidade estimada de entrevistas descrita no projeto, visto terem ocorrido situações de dificuldade de acesso a alguns profissionais da instituição e também de relato de falta de disponibilidade para participar da pesquisa por motivo de doença. As entrevistas buscaram conhecer a visão dos atores envolvidos no contexto da gestão, sobre o desenvolvimento e o impacto das estratégias implantadas na instituição e as inovações verificadas nos processos de trabalho.

Os seguintes critérios foram considerados para a escolha dos mesmos: responsabilidade legal na estrutura organizacional; responsabilidade formal e participação ativa em espaços formais de decisão e de reflexão institucional; representantes das várias áreas de funcionamento do hospital; conhecimento sobre objetivos, metas, resultados e atividades da instituição; conhecimento e participação no processo de avaliação da instituição e conhecimento e participação no planejamento institucional.

Trabalhou-se com algumas categorias estruturantes ou grupos temáticos, que balizaram o roteiro de questões para a realização das entrevistas: direcionalidade/missão institucional, responsabilização/sistema de petição e

prestação de contas, governabilidade, departamentalização/sistema de coordenação, participação e de descentralização organizacional.

Os dados coletados são apresentados na forma de narrativa temática e cronológica e onde as informações (entrevistas e análise de documentos) foram organizadas tendo como referência dois aspectos fundamentais: os temas que se revelam nos relatos e documentos e a temporalidade dos fatos e fenômenos.

## **CAPÍTULO III - ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA**

### **Objeto de Estudo**

O Hospital São João Batista - HSJB - é um hospital público integrado à Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Fundado em 1956 como entidade filantrópica Fundação União Hospitalar Gratuita (FUHG), adotou em 1971 um regime de comodato com a prefeitura e passou a ser administrado pelo Serviço Autônomo Hospitalar (SAH), que constitui uma autarquia pública. O SAH é uma unidade orçamentária autônoma, com direito a uma parte no orçamento municipal. O custeio do hospital é quase integralmente, com exceção da folha de pagamento de pessoal, realizado com recursos faturados nos atendimentos hospitalares e ambulatoriais. Funciona hoje como referência hospitalar da rede básica de saúde do município, atendendo também a população dos municípios vizinhos.

A gestão do Hospital São João Batista é autônoma, sendo o Diretor indicado pelo Prefeito Municipal e os demais membros da Direção escolhidos pelo primeiro. A missão institucional é atender a população de Volta Redonda de portas abertas garantindo a viabilização dos preceitos do SUS e prestando um serviço de qualidade, auxiliando na formação dos profissionais de saúde através da compatibilização das ações de ensino e pesquisa com as demandas de planejamento de saúde da comunidade. Possui perfil assistencial cirúrgico e de grande emergência de alta complexidade.

O HSJB possui, aproximadamente, 900 funcionários, distribuídos nas áreas médica-assistencial e técnica-administrativa. Seus 156 leitos são distribuídos em: Pronto Socorro Adulto e Pediátrico, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Intermediária Neonatal, UTI e UI Adulto. Possui ainda um Ambulatório de Especialidades com atendimentos em: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia torácica, urologia, proctologia, oftalmologia (Centro Municipal de Oftalmologia), ortopedia, cardiologia, cardiopediatria, geriatria, mastologia, otorrinolaringologia, ginecologia, neurocirurgia, buco-maxilo, pré-natal. Possui também unidades de apoio assistencial como Serviço de Radiologia (com ultrassonografia e ecodoppler), Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Fisioterapia e Medicina do Trabalho. Conta com profissionais das áreas de psicologia, serviço social e fonoaudiologia em seu quadro funcional, atuando conjuntamente com as equipes de assistência. Possui também um Setor de Recursos Humanos responsável pelo desenvolvimento da política de RH, incluindo todas as ações de motivação profissional.

Tem estruturado um Programa de Internação Domiciliar - PID, cuja clientela são pacientes que necessitam de cuidados hospitalares que, no entanto, não necessitam permanecer internados em ambiente hospitalar. O principal objetivo do Programa de Internação Domiciliar é otimizar a utilização dos leitos hospitalares, humanizando o atendimento, reduzindo a taxa de permanência hospitalar e facilitando o acesso de pessoas que realmente necessitam de internação em ambiente hospitalar.

Na área materno-infantil, o hospital foi contemplado com o Título de Hospital Amigo da Criança em 2001, sendo hoje referência regional para gravidez de alto

risco. Possui hoje um Banco de Leite Humano em pleno funcionamento, referência municipal e regional.

Em 1997 o Hospital São João Batista ampliou sua missão, abrindo espaço para a formação de profissionais de saúde da região. São aproximadamente 300 alunos por dia, entre os cursos de medicina (internato e estágios), enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, odontologia. Possuímos ainda convênios com diversas escolas de nível médio que utilizam as dependências do Hospital São João Batista para formação de técnicos de enfermagem e técnicos em radiologia. Neste contexto, o hospital passou a receber a verba do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa na Saúde) em 2001 por desenvolver atividades de ensino.

Diante deste novo cenário foi criada uma Coordenação de Ensino para desenvolver as ações de ensino e pesquisa na instituição, responsável pelo acompanhamento do internato, da residência médica e dos estágios. Esta coordenação trabalha em conjunto com o Setor de Recursos Humanos e com o GEDEPI - Gerência de Desenvolvimento Político e Institucional, visando uma melhor qualificação desta ação em termos de governabilidade interna e externa. O programa de residência médica, iniciado em 2000, hoje conta com residência em Cirurgia Geral, Clínica Médica e Ginecologia/Obstetrícia.

## **Construção e Desenvolvimento do Projeto Institucional do Hospital**

Desde 1993, o hospital vem investindo na construção de um Modelo de Gestão Participativa e Descentralizada alicerçada pelas diretrizes do SUS, onde o ponto de partida e de chegada é o ser humano e sua cidadania. Os problemas motivadores da implantação da Gestão Participativa e Descentralizada, descritos em documentos de apresentações do projeto de gestão, foram:

- Total ausência de uma política de qualidade em saúde no município e mais especificamente no HSJB;
- Descompromisso dos governantes anteriores com o SUS;
- Necessidade de um hospital público efetivo;
- Necessidade de uma atenção em saúde mais humana para a população;
- Necessidade de construir uma instituição pública de saúde com qualidade, que viesse se contrapor ao modelo privatizante de saúde que crescia no município;
- Aposta na Gestão Participativa como forma de garantir aos usuários e funcionários a sua efetiva participação na construção coletiva do modelo de gestão;
- Necessidade de estabelecer uma efetiva relação entre a autarquia SAH com a Secretaria Municipal de Saúde;
- Necessidade de viabilizar uma missão institucional para o Hospital São João Batista, de acordo com os preceitos do SUS;
- Necessidade de motivar os funcionários e melhorar suas condições de trabalho.

Em julho de 1993, a nova Direção do hospital já sentia a necessidade de descentralizar decisões e refazer o projeto institucional, procurando ser coerente com a então política da Secretaria Municipal de Saúde. A oportunidade de participar do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ possibilitou novas reflexões por parte da Diretora, apontando para a necessidade de utilização de ferramentas de gestão que pudessem promover a descentralização e a organização dos serviços. Algumas medidas foram imediatamente executadas:

- Fim dos leitos particulares e credenciamento total pelo SUS;
- Fim do pagamento por produtividade dos médicos e redistribuição da verba de 20% dos serviços produzidos (faturamento) a todos os profissionais e trabalhadores lotados no hospital;
- Abastecimento de medicamentos;
- Compra de aparelhos e consertos de outros;
- Melhoria das condições de trabalho.

De início, optou-se por escolher nas unidades de produção um coordenador. Esta escolha era realizada por eleição ou por indicação dos membros das unidades. Desde então, foi formado o colegiado de gerência que é constituído por coordenadores das unidades de produção. Assim, as decisões que não fossem passíveis de solução interna passaram a ser tomada após discussões nas reuniões semanais do colegiado. Os coordenadores passaram a ser atores estratégicos na

condução da implantação do novo modelo de gestão, buscando através da discussão coletiva a adesão dos funcionários ao projeto institucional.

Neste período constatou-se, que mesmo contando com o interesse, disponibilidade e comprometimento do grupo de gerentes, a falta de experiência em um modelo pautado na gestão colegiada e na participação nas decisões impedia que o grupo exercesse de forma efetiva seu papel. Alguns se mostravam inseguros, outros despreparados diante da possibilidade de repensar e reconstruir coletivamente o hospital. Surgiu então a necessidade de instrumentalizar os coordenadores para que, uma vez mais preparados, pudessem, de forma integrada, definir que hospital era aquele que desejam colaborar na construção, com qual missão, com qual perfil, alicerçado sobre qual projeto.

Em março de 1994 foi realizada a primeira oficina de trabalho com membros do Colegiado de Gerência do hospital, a fim de elaborar o projeto institucional do hospital. Esta oficina foi conduzida pelo Professor Luis Carlos de Oliveira Cecílio, consultor da UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas). A partir de uma série de problemas levantados, buscou-se a priorização e a síntese de seis macro-problemas e seus respectivos objetivos:

**Tabela 1 - Macro Problemas X Objetivos**

MACRO PROBLEMAS	OBJETIVOS
1. Indefinição do modelo técnico-assistencial do hospital frente ao SUS	1. Melhorar as relações do HSJB com o SUS
2. Falta de integração e indefinição de ligação do HSJB com o sistema político	2. Melhorar as relações do HSJB com o Sistema Político
3. Política de Recursos Humanos inadequada e insuficiente perante a proposta de defesa da vida	3. Reorientar a política de RH em função da qualidade e da atenção ao usuário
4. Inadequação de estrutura física e equipamentos	4. Adequar a estrutura física e equipamentos usados visando a qualidade
5. Inadequação do modelo gerencial	5. Aprimorar o Modelo de Gestão Participativo e Descentralizado
6. Processo de trabalho desorganizado	6. Reorganizar o processo de trabalho em função da qualidade do atendimento

A partir da definição dos objetivos, foi feito um planejamento buscando operações ou soluções para se alcançar metas, identificando os principais atores, os recursos necessários e quem os controlava e o grau de viabilidade das soluções avaliadas (como alta, média ou baixa). O grupo gestor se dividiu, então, para se tornar responsável pela viabilização das propostas para as quais foi determinado um prazo para a realização.

Ainda nesta oficina foi decidida a criação de uma instância denominada Secretaria Executiva com as seguintes atribuições:

- ☑ Contribuir para a implantação do sistema de Gestão Participativa e Descentralizada;
- ☑ Organizar pautas para as reuniões do colegiado, após filtrar os problemas trazidos pelos coordenadores das unidades;
- ☑ Pré-processar os problemas que seriam levados ao colegiado de gerência;
- ☑ Garantir a elaboração de pauta sintética com assuntos discutidos e decisões tomadas no colegiado para serem levadas a reuniões das unidades por seus coordenadores;
- ☑ Incentivar a comunicação lateral entre os coordenadores;
- ☑ Acompanhar através de um sistema de petições e prestações de contas, mensal, a evolução do projeto junto aos responsáveis;
- ☑ Auxiliar e estimular os gerentes a desenvolverem sua autonomia na resolução de problemas de suas unidades;
- ☑ Elaborar rotinas e construir fluxogramas junto às unidades.

Durante os meses que se seguiram à primeira oficina de trabalho, as ações para a implementação do projeto começaram. Neste momento, novos problemas foram identificados, como: dificuldades gerenciais (coordenadores pouco instrumentalizados), com pouca disponibilidade de tempo para a gerência e com falta de experiência no novo modelo); difícil adesão ao projeto por parte de alguns funcionários (descrédito frente as mudanças, dificuldade de assimilar nova proposta de trabalho, resistências, poucas informações); dificuldade financeira levando à baixa autonomia. Novas oficinas e novos planejamentos foram realizados, respeitando o contexto e o momento da instituição.

Nesse contexto foi definida uma missão para o hospital, criadas rotinas, fluxogramas e indicadores. Em setembro de 1994, já foi possível redefinir e redesenhar um novo organograma para o hospital, buscando um desenho horizontalizado como uma das estratégias para a descentralização do poder e o estímulo à comunicação lateral (Anexo VI).

O Modelo de Gestão implantado no HSJB tem como principais características: “desmonte” do organograma verticalizado, com quebra das linhas de mando hierárquicas; ênfase no trabalho de equipes organizadas em unidades de trabalho; profissionalização dos gerentes para comando das unidades de trabalho, com função de “animador” de equipe e articulador dos vários saberes voltados para a obtenção de produtos de qualidade; gestão colegiada com participação de todos os gerentes; gestão participativa nas unidades; ênfase no processo de “comunicação lateral” (intergerentes), ênfase na satisfação dos clientes (internos e externos); aposta no potencial humano dos trabalhadores e profissionais de saúde; e implantação de indicadores de qualidade, através do processo de avaliação do desempenho institucional. (Vide Anexo II).

## Direcionalidade e Gestão Colegiada

A questão da definição da missão e a preocupação com as metas institucionais estão presentes em todos os momentos da implantação do Projeto de Gestão do Hospital São João Batista. O ano de 1993 é aquele em que o hospital apresentou-se como a única opção de hospital público que pudesse legitimar o SUS como uma política de governo. Mas para cumprir qual papel? Com qual perfil assistencial? As discussões ocorridas apontaram o caminho de um hospital totalmente SUS, referência para o município e para a região.

Os documentos e entrevistas mostram a preocupação em viabilizar uma missão capaz de garantir amplo acesso de atendimento à população, evidenciada pela expressão “trabalhar de portas abertas”. Fica claro também o seu potencial de hospital geral, com perfil para as grandes emergências e para os procedimentos cirúrgicos. As entrevistas apontam que, com o crescimento do hospital ao longo dos anos, a garantia da missão teve que ser bem trabalhada em termos de governabilidade, visto que os recursos financeiros não cresceram na mesma correspondência da necessidade da população local e regional, aumentando a demanda de atendimento e também trazendo a sobrecarga do trabalho.

Alguns relatos das entrevistas atestam a preocupação com a missão e os diversos interesses existentes no cenário da instituição que interferiram neste processo:

*“A missão era atender de portas abertas e dentro dos preceitos do SUS: integralidade, acesso. O controle social veio depois. A gente sempre buscava a*

*qualidade. A missão foi definida na primeira oficina com o Cecílio em 1994, quando se pensou sobre o seu perfil assistencial e a função do ambulatório. Quem participou do desenho da missão foram os coordenadores. Já existia o Colegiado.” (SE).*

*“A classe médica tinha interesses pessoais que interferiram no projeto institucional. A Direção se perdeu um pouco na condução da missão.” (SE).*

Através de um processo participativo de discussão entre a Direção e os Coordenadores, a missão foi construída coletivamente nos primeiros encontros de constituição do Colegiado de Gerência, viabilizados nas várias Oficinas de Trabalho.

*“Para os funcionários, ter uma direção foi muito positivo e isso facilitou o fato deles aderirem ao resto do projeto. Tudo era novo e tudo era muito bom, porque o que estava acontecendo até então era muito ruim. Não que este projeto não tenha o mérito muito grande, mas isso pesou muito no início, quando o hospital estava todo sucateado, a beira de uma falência.” (GDI).*

Não se pretende aprofundar a discussão acerca da agenda do dirigente, mas é importante ressaltar, a partir da fala de alguns entrevistados, a grande atuação da Diretora na micro-política da instituição como o apoio, em alguns momentos, às ações da Secretaria Executiva e Coordenações diante de conflitos institucionais e em outros, como uma estratégia de aparentava um certo “paternalismo” e controle dessas instâncias. Cabe ressaltar, que este mesmo efeito ocorria também nas outras instâncias do hospital, ou seja, da Secretaria Executiva para as Coordenações e

dessas para seus profissionais de ponta. Quando se verifica em alguns documentos da instituição (relatórios de oficinas do Colegiado e relatórios da Consultoria), que os coordenadores não se mostravam comprometidos com o projeto institucional, fica a reflexão: será que eles eram estimulados e cobrados para o crescimento como uma prática cotidiana ou havia a dupla mensagem do poder dado e não confirmado?

As entrevistas e os documentos apontam o Colegiado de Gerência como o grande espaço de transformação institucional no nível das macro-políticas. É possível verificar os vários momentos vivenciados pelos membros do Colegiado, momentos de extrema riqueza de discussão, de participação e de deliberação (1993 a 1999), até momentos de perda de poder e esvaziamento da sua função frente às demandas internas e externas de baixa governabilidade que afetava o cotidiano da instituição.

Como riqueza do processo, cita-se, a partir dos documentos analisados (relatórios das oficinas do Colegiado e relatório do trabalho desenvolvido pelo GDI), a realização das primeiras oficinas de planejamento e problematização da instituição e o momento realizado pelo GDI - Grupo de Desenvolvimento Institucional de diagnóstico e planejamento institucional, com decisões na área de investimento e incorporação tecnológica.

Foi possível identificar que o Colegiado efetivamente atuou em questões fundamentais da gestão, isto é, definiu a política de investimento do hospital, alterou estas prioridades conforme surgimento de novas necessidades, polemizou alguns problemas vivenciados pelos coordenadores, discutiu e deliberou sobre a política e ações referentes à relação externa da instituição, construiu e monitorou o plano de ação do hospital e fez avaliações periódicas sobre este processo. Efetivamente mostrou-se como um espaço formal de condução da direcionalidade da instituição,

esforçando-se por manter ao longo dos anos a proposta de discussão democrática e de fortalecimento do coletivo institucional.

O Colegiado viveu momentos de conflitos internos e contradições, situações resultantes da luta de poder e da capacidade gerencial diferenciada de alguns membros, inclusive da Direção e da Secretaria Executiva. A pouca experiência de alguns coordenadores em atuar de forma participativa, levou o Colegiado a viver momentos de contradição frente a sua proposta de descentralização do poder, uma vez que nos espaços da micro-política a gestão nem sempre acontecia de forma participativa e com fortalecimento do coletivo. A seguir, algumas falas que apontam este contexto:

*“Como instrumentos facilitadores da gestão podemos citar a criação do Colegiado e as nossas atividades de planejamento situacional nos espaços micro e macro da instituição.” (CO).*

*“Colegiado tem mais vantagens do que desvantagens porque partiu dali a construção do funcionamento do hospital.” (CO).*

*“O Colegiado fica muito pobre de pauta se os coordenadores, se as unidades, não se envolvem e isso aconteceu. Por outro lado também, às vezes, a Direção trazia uma pauta que o Colegiado não tinha condição de resolver. Na minha opinião, tinha algumas coisas que não deveriam ser descentralizadas. Por exemplo, decidir sobre contratar funcionários. Se não tinha como discutir, porque não tinha como contratar, não deveria ser pauta do Colegiado. Às vezes a Direção precisava bater o*

*martelo em relação ao funcionamento de uma unidade e eu acho que não tinha que discutir. E isso atravancava as discussões. Tinha que ter um poder maior decisório. A Direção tinha que bater o pé.” (CO).*

*“Às vezes uma unidade levava uma situação para o Colegiado que ela entendia que era fundamental para o seu funcionamento e o Colegiado não tinha maturidade para algumas discussões e o coordenador não era valorizado” (CO).*

*“Era um dos instrumentos mais fortes dentro da gestão e ele funcionou durante um bom período realmente como um espaço deliberativo. As definições macro eram tomadas ali e foi um espaço de muita negociação e muita pactuação. Talvez ali tenha sido um dos lugares onde as pessoas mais aprenderam sobre este projeto institucional e tiveram a capacidade de introjetar este projeto. Como o hospital estava numa efervescência, eu acho que tinha muita pauta para o Colegiado. Então as discussões sobre obras, aquisição de equipamentos, até mesmo rotinas eram definidas ali, os fluxos entre os setores... Então era um espaço em que a comunicação lateral acontecia bem legal, apesar de não ser um espaço para isso. E era muito bem conduzido pela Secretaria Executiva. Ele acontecia toda semana... E eu acho até engraçado quando a gente pensa no espaço físico onde ele acontecia. O refeitório era incômodo e todo mundo ia, ficava cheio... era maravilhoso.” (GDI).*

*“As pessoas participavam muito, tinham muito desejo de participar. Eu acho que foi um momento muito legal da gestão. Agora, à medida que o tempo foi passando, principalmente quando a gente começou a perder governabilidade, em função de*

*questões externas, mudança de governo, enfraquecimento da Secretaria de Saúde. Eu acho que o Colegiado foi a instância que demonstrou maior fragilidade, porque era o espaço que dependia muito da capacidade da mais alta administração, no caso a Secretaria Executiva e a Direção de dar conta daquele espaço. E eu acho que houve um momento de esvaziamento do desejo dessas pessoas de estarem meio que movimentando aquele espaço. Foi um momento to difícil, onde a gestão se tornou tão pressionada por todas as forças, que eu acho que o Colegiado não resistiu a este processo todo. Ele foi enfraquecido e por mais que a gente tenha tentado resgatá-lo em outros momentos...” (GDI).*

*“Ele não perdeu a função, continuou sendo importante, mas aí ele já acontecia uma vez por mês com um certo esvaziamento. As pessoas não iam e se iam já não tinham muito desejo de estar naquele lugar. A própria Direção não tinha tanta tolerância com aquele espaço e com, muitas vezes, as imaturidades que aquele espaço demonstrava. Porque a gestão, ela demonstrava, ela pipocava imaturidades o tempo todo. E você tinha que lidar com isso e então você tinha que ter uma Direção muito coerente e muito presente.” (GDI).*

Um dos relatos acima destaca um aspecto polêmico do processo de descentralização da tomada de decisão e do investimento em autonomia. Até onde é possível descentralizar? O que é da governabilidade da cúpula dirigente e não pode ser descentralizado em termos de responsabilidade? Bergamini (1982), ao citar as pesquisas de J. Woodward (1953) e de Chandler (1962) ajudou nesta reflexão. As pesquisas falavam que diferenças de tecnologia de produção e de contextos externos

acarretavam diferentes estruturas organizacionais, mais centralizadas ou descentralizadas.

O enfoque da teoria contingencial aponta que é preciso investir na adaptação permanente do desenho organizacional às condições do meio-ambiente do qual a organização depende. O relato descreve um cenário de baixa governabilidade do hospital para resolver questões de contratação de recursos humanos e avalia que diante deste contexto, essas discussões não deveriam ser pauta do Colegiado, que não teria capacidade de resolução deste problema, o que causaria uma ansiedade improdutiva, e sim pauta da cúpula dirigente. Bergamini (1982), citando o industrial japonês K. Matsushita (National e Panasonic), relatou que as empresas por ele administradas passavam do modelo descentralizado e a ele retornavam, de acordo com as limitações e circunstâncias momentâneas do ambiente externo. A capacidade de governo do hospital e a sua possibilidade para atuar de forma descentralizada deve ser aspecto a ser analisado permanentemente pela instituição, visando adequar a condução da mesma, incluindo a capacidade para atuar de forma colegiada e participativa.

A governabilidade diz respeito às análises das condições que um projeto em questão possui para sua viabilização, especialmente a identificação da capacidade de controle das variáveis e recursos necessários para a execução das ações, por parte da equipe dirigente.

O cenário municipal do início da gestão apontava para a necessidade de efetivação de um hospital público no município no início da década de 90, visto que o hospital estatal da Companhia Siderúrgica Nacional estava em processo de privatização, assim como a empresa. Este hospital atendia às necessidades de maioria

da população do município, ficando o Hospital São João Batista, na época chamado de HUG, por sua vinculação com a entidade filantrópica de mesmo nome, com o papel de atender a minoria de população rural e indigente da cidade de forma bastante precária.

O governo municipal assumiu o desafio de melhorar as condições de vida da população e a saúde foi considerada como um projeto estratégico do governo, tanto da parte do Prefeito Municipal quanto para a Secretária de Saúde. Nesse sentido, o período inicial foi marcado por uma ampla governabilidade, em relação aos recursos políticos e técnicos e a capacidade de poder de decisão e apoio externo às demandas do projeto.

Analisando documentos da instituição e as entrevistas, é possível verificar que a Direção do HSJB tinha, no início do projeto de gestão, o controle de grande parte dos recursos necessários para o desenvolvimento das ações. Alguns atributos existentes na instituição e no cenário externo da mesma nos levam a esta conclusão. São eles:

- A característica de Autarquia Municipal possibilitava o total controle sobre a gestão financeira da instituição (tanto dos recursos do tesouro municipal, quanto dos recursos do SUS), atributo fundamental para o sucesso da implementação de um projeto de saúde de viabilização do SUS;
- A Secretaria Municipal de Saúde era parceira na proposta de construir um forte sistema de saúde pública, com o objetivo de viabilizar o SUS, de forma descentralizada e participativa, tendo como bandeira o Projeto em Defesa da Vida;

- A Direção possuía bom trânsito político entre as instâncias de poder do governo municipal, o que não descartou a existência de diferenças entre estes atores na condução do processo de gestão do hospital;
- A Direção detinha capacidade operacional e autonomia para empreender mudanças organizacionais na instituição;
- A liderança da Diretora da instituição se apresentou como uma característica relevante para a condução do processo;
- A comunidade local buscava a legitimação de um novo hospital público no município, que respondesse às suas necessidades;
- A equipe que compôs a corpo de Direção mostrava-se extremamente comprometida como projeto institucional e mostrou capacidade de governo para conduzir o projeto.

A busca e a preocupação com a governabilidade é um tema recorrente nas ações e relatórios da instituição. As várias oficinas de trabalho do Colegiado de Gerência, conduzidas pelo Professor Cecílio de Campinas, tinham como metodologia a análise dos cenários tanto internos como externos, através do levantamento dos atores envolvidos no contexto e sua capacidade de controle da situação. Um relatório do GDI - Grupo de Desenvolvimento Institucional aponta a discussão do Colegiado frente à dificuldade de controle das contratações de pessoal da instituição e a busca de estratégia para aumentar a governabilidade frente ao governo municipal. Cabe ressaltar que o relatório é do ano de 1999, quando já havia na Prefeitura um novo governante. O Colegiado formou um Grupo Tarefa com a função de levantar todos

os problemas de RH da instituição e preparar uma apresentação para o Prefeito na reunião do Colegiado, na tentativa de resolver os problemas.

A mudança do comando da Prefeitura, a partir de 1997, se apresenta como o início das dificuldades de governabilidade frente ao governo municipal, o que ocasionou em intensos conflitos externos diante das questões relacionadas à área financeira e de recursos humanos.

Nesse sentido, os valores distribuídos pela política de incentivo ao desempenho foram reduzidos e a política de investimentos comprometida. Por outro lado, o projeto institucional foi mantido em sua formulação macro, inclusive com a manutenção da equipe dirigente e a defesa do caráter público da saúde. Em muitos momentos, o Colegiado de Gerência se ressentiu diante desta realidade, face à limitação de atuação dos seus membros diante das demandas macro. A Direção Estratégica conseguiu construir governabilidade e legitimidade junto à comunidade, lideranças, parceiros da área de saúde, movimentos sociais, igrejas, o que produzia um equilíbrio na relação com os órgãos municipais.

## **Descentralização e Autonomia**

Ao interior do hospital, os Coordenadores das Unidades de Produção foram “empoderados” pela gestão, no sentido de atuarem com autonomia no âmbito da sua abrangência de trabalho. A estratégia de formação gerencial levou os gerentes a adquirirem capacidade de controle e análise das variáveis, a partir da missão instituída para sua Unidade de Produção.

As entrevistas e os documentos apontam que essa estratégia obteve êxitos e fracassos, visto que por questões pessoais ou profissionais, muitos gerentes não conseguiram responder às necessidades institucionais diante da possibilidade de atuarem com autonomia. Cabe ressaltar que a Secretaria Executiva, instância inicialmente criada para apoiar as necessidades gerenciais, mostrou-se sobrecarregada com o passar dos anos diante desta tarefa e das demais, como a de funcionar como *staff* da Direção para a construção da governabilidade externa. Importante registrar que a capacidade de comunicação entre os coordenadores foi uma das características empreendidas nesta experiência que resultou em maior autonomia de atuação para todos e, parcialmente, uma maior capacidade de resolução de problemas, que se mostrava limitada quando as instâncias superiores não conseguiam responder com agilidade as suas necessidades estruturais.

O relato acima remete aos estudos de Matus, quando verifica-se a introdução de elementos do PES na condução do processo de gestão implementado na instituição, quando se busca a análise dos atores e dos recursos que eles controlam, como forma de empreender alternativas para a resolução de problemas. Essa

construção define o grau de centralização e descentralização interna da organização e sua autonomia no contexto macro-organizativo, seu papel no sistema de saúde.

Tratando da autonomia, o texto abaixo registra algumas reflexões dos entrevistados sobre este tema:

*“Autonomia é o que move o processo de gestão participativa e descentralizada. Porque o coordenador tendo essa autonomia pode mobilizar sua equipe e a Direção em prol de sua coordenação e das questões macro também. Essa autonomia às vezes apresentava entraves, né. Mas que são coisas normais. Essa autonomia era dificultada por falta de gerência mesmo, por situações que a gente não tinha domínio. E algumas situações tinham entrave por não conseguirmos desmontar essa coisa autoritária, que não se desmonta rapidamente, não se faz de uma vez só, se faz ao longo dos anos.” (CO).*

*“Um problema era a incapacidade dos coordenadores de unidade de assumirem seu papel.” (SE).*

*“A vantagem é que quando você descentraliza os funcionários, em geral, os coordenadores passam a fazer parte da construção do funcionamento do hospital. E como você se envolve como construtor é diferente. A pessoa tem o interesse que aquilo dê certo. Porque aquilo é uma construção dela e passa a ser idealizado pelas pessoas. E quando se tem idealismo o envolvimento é melhor, resultados melhores. Quando a descentralização acontece o sucesso depende do envolvimento global. Uma unidade não se envolve, um coordenador não toca a sua unidade e isso*

*influencia na outra unidade. Quando a coisa é vertical isso não acontece tanto, fica mais diluído. Mas na gestão participativa, descentralizada a engrenagem tem que ser muito maior. Depende de uma engrenagem perfeita, a mais perfeita possível, para que funcione e nisso nós esbarramos em dificuldades, porque nós vimos que nem todas as unidades estavam tocando da forma como se esperava.” (CO).*

*“A Secretaria Executiva, a princípio, fazia um lastro bem grande entre a Direção e as Unidades. Isso depois foi se perdendo por sobrecarga e ela ficou muito mais voltada para os projetos da Direção e abandonou um pouco as unidades que se queixaram muito disso. Mas quando a unidade procurava para resolver problemas havia a intenção de que as coisas se resolvessem.” (CO).*

A preocupação com a profissionalização da gestão e o uso de técnicas de qualificação dos profissionais aparece como um componente considerado estratégico e estimulador da capacidade de produzir mudanças nos processos de trabalho. Mais uma vez, este tema é recorrente nas entrevistas e nos documentos da organização.

Na perspectiva das reflexões de Matus, o uso de métodos de planejamento e de gestão é fundamental para a implementação de projetos de governo competentes e eficazes. O PES nos aponta esse caminho. O Planejamento Estratégico levou o hospital a pensar o contexto como fator determinante para qualquer trajetória institucional e tornou-se um dos pilares da Gestão Participativa e Descentralizada, implantada no HSJB em dezembro de 1993.

No hospital, o modelo de Planejamento Estratégico utilizado foi um “híbrido” do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (1996) e o

Planejamento de Projeto Orientado para Objetivo (ZOPP). Como cita Cecílio (1997), o modelo utilizado é muitas vezes chamado de “PES modificado” ou “ZOPP enriquecido com PES”. O princípio básico considerou a alteração do método para simplificar, sem abrir mão do rigor e da clareza com que certas categorias podem ser trabalhadas.

O desenvolvimento do projeto descreve diversos encontros para viabilizar o planejamento macro e micro da organização e a importância dada ao uso desta ferramenta como instrumento facilitador da gestão. Podemos citar algumas vantagens e dificuldades descritas pelas reflexões das equipes do hospital, que apareceram na análise documental, acerca do uso da construção do planejamento estratégico e à execução do plano. As reflexões falam que fazer uma boa gestão do plano significa conseguir, minimamente, que tenha sua inserção no sistema de direção adotado pela organização. O plano, para ter chances de ser executado com sucesso, precisa de sistema de direção altamente comunicativo, com clara definição de responsabilidades e dispositivos de prestação regular de contas. Alguns arranjos institucionais podem ser adotados para execução do plano: gestão colegiada; organização das pautas de reunião de Colegiado, definindo prioridades; envolvimento das Coordenações formais com as operações que lhes são pertinentes.

As dificuldades identificadas pela Direção e Secretaria Executiva na aplicação e adoção do Planejamento foram:

- ◆ Descompromisso de alguns Coordenadores com o processo;
- ◆ Carga horária reduzida dos Coordenadores da assistência;
- ◆ Dificuldades dos Coordenadores de focalizar os problemas sistematicamente;

- ◆ Dificuldades na sistematização da Prestação de Contas;
- ◆ Descrença de funcionários com o método do Planejamento;
- ◆ Cultura do “não envolvimento e responsabilização”.

Outra estratégia importante para garantir a capacidade de governo está descrita no intenso estímulo e investimento na formação gerencial. A viabilização de uma consultoria permanente para acompanhar os membros do Colegiado e a Direção, apresentou-se, para a maioria dos entrevistados, como um sinal de compromisso com a qualificação, com a certeza do dinamismo do empreendimento em questão, que necessita de espaços de reflexão, de análise das assertivas, dos erros e introdução de novos conteúdos de gestão frente às necessidades institucionais. As Oficinas de Planejamento e Formação Gerencial eram realizadas inicialmente trimestralmente e posteriormente entre maiores períodos. Deste modo, a capacidade de governo foi trabalhada no sentido de tornar as equipes, especialmente a equipe dirigente, capazes de conduzir o processo de governo e os conflitos inerentes a isto.

Além das técnicas de planejamento e gestão, buscou-se introduzir técnicas facilitadoras da comunicação, da participação, do trabalho em equipe, da capacidade de coordenação das equipes, dinâmicas de grupo para melhoria das inter-relações, atividades interdisciplinares, técnicas essas que possibilitaram que as pessoas fossem trabalhadas e adquirissem novos conteúdos para atuação frente às demandas do novo modelo. A fala de alguns entrevistados enfatizou isso:

*“A formação profissional que nós recebemos foi imprescindível para tocar o processo. A gente observa que outras pessoas que chegaram depois e receberam*

*uma formação mais estreita, tiveram dificuldade em tocar o processo enquanto gestão participativa. Faço bem esta leitura. Tiveram dificuldade de se adaptar e também de serem acolhidos. As pessoas que entraram depois não foram trabalhadas, não tiveram disponibilidade, não foram mexidas a este ponto. Pessoas para trabalharem num processo desse precisam mudar seu perfil pessoal.” (CO).*

*“O cotidiano da gestão capacitou as pessoas.” (GDI).*

Um outro aspecto importante trabalhado pela gestão e relatado nas falas, foi a modificação da estrutura organizacional como uma estratégia que promoveu o desmonte das estruturas tradicionais e verticais existentes na instituição. As discussões iniciais da gestão apontaram para a necessidade de construir uma estrutura horizontalizada, que pudesse flexibilizar as relações, melhorar a comunicação e descentralizar as instâncias de tomada de decisão. Nesse sentido foram suprimidos diversos níveis hierárquicos e corporativos, como as tradicionais divisões médicas e de enfermagem, e foram criadas as unidades de trabalho, com coordenações únicas que tinham o principal papel de promover a integração e a participação das equipes nos processos de trabalho da unidade e da instituição.

Verificou-se nas entrevistas e na análise documental, que a mudança da estrutura certamente se apresentou como um aspecto facilitador para agilizar e dinamizar processos de tomada de decisão, especialmente com a comunicação lateral inter-gerentes e com a possibilidade de aproximar os vários atores da instituição às decisões. Essa vivência se fez mais presente nas discussões do Colegiado, onde os

coordenadores podiam conhecer e trocar experiência sobre sua unidade e resolver problemas comuns.

Em algum grau e de forma diferente nos vários períodos de desenvolvimento da gestão é possível dizer, a partir das falas dos entrevistados, que a responsabilidade e o poder de decisão foram descentralizados para os coordenadores, possibilitando que eles atuassem na resolução de problemas no âmbito da sua unidade de produção e na relação direta com os seus pares. No entanto, quando se pensa no cotidiano das unidades e nas micro-políticas da instituição, não se consegue verificar a transformação ocorrida no nível das discussões das macro-políticas.

É verdade que ações concretas buscaram construir a integração das equipes para viabilizar um produto mais qualificado, composto pelos vários saberes existentes naquele espaço de trabalho. A contratação de outras categorias profissionais, buscando a interdisciplinaridade das ações, é um exemplo. Mas na fala dos coordenadores e de outros entrevistados, apesar das reuniões de equipe e dos vários espaços de discussão e de comunicação entre os profissionais, houve dificuldade para empreender ações efetivas de transformação da assistência, rompendo totalmente com a lógica das corporações e com os processos fragmentados de trabalho. Essa dificuldade mostra que os coordenadores tiveram limitações para reproduzir no contexto do seu setor um processo mais participativo junto à sua equipe, deixando de trabalhar com a ferramenta da problematização e a construção de metas e resultados. É possível dizer, a partir da análise dos documentos e das entrevistas, que o processo de descentralização da estrutura e dos processos de trabalho viveu momentos de avanços e de intensos conflitos, frente às novas

demandas de trabalho elencadas como responsabilidade dos coordenadores, inclusive a busca de adesão dos membros da sua equipe ao novo modelo de gestão.

Nesse contexto, a cúpula dirigente viveu momentos de intensa atuação na viabilização e fortalecimento das unidades de produção, fazendo-se presente nas reuniões das mesmas, apoiando os coordenadores e estimulando a participação e construção de planos de ação para resolução de problemas, especialmente nos primeiros anos da gestão. No desenvolvimento do projeto, esse acompanhamento mais sistemático foi se perdendo, em função de novas demandas de trabalho para a cúpula dirigente, o que se apresentou nas dificuldades dos coordenadores na condução das suas unidades.

## **Responsabilidade e Prestação de Contas**

As entrevistas apontam o quanto a implantação e desenvolvimento da política de avaliação influenciou o cotidiano do hospital, possibilitando maior integração e responsabilização frente às demandas e projetos da instituição. Os gestores do hospital deram ênfase na implantação de processos de avaliação coletiva da instituição, que funcionassem também como um disparador da problematização da mesma. A reflexão acerca da escolha de indicadores a serem monitorados e mensurados pelos coordenadores e pelos profissionais se apresentou com uma importante estratégia de participação e de democratização da gestão.

Em 1993 teve início a Política de Avaliação de Desempenho Institucional que neste período, não era pensada como um instrumento para melhoria da qualidade ou produtividade do atendimento prestado pelo hospital, visto que utilizava apenas a Taxa de Ocupação como indicador a ser monitorado. Funcionava muito mais como um dispositivo destinado a motivar o quadro funcional, buscando atingir adesão ao novo Projeto Institucional, em período de implantação - momento de introdução de grandes mudanças tanto físicas quanto estruturais no hospital.

Nesse período, segundo os documentos analisados, o Colegiado de Gerência começou a refletir sobre o potencial de uma política de avaliação de desempenho sistematizada e criteriosa, funcionando como estratégia para estimular a prestação de serviços hospitalares com qualidade. Iniciou-se um período de ampla discussão com a finalidade de definir critérios que conduzissem a política ao objetivo almejado: viabilizar a implantação de um modelo de gestão que garantisse um atendimento

público de qualidade à população de Volta Redonda (sincronizando os objetivos dos indivíduos - funcionários e usuários - com a missão da organização).

A política de avaliação de desempenho consolidou-se, conforme relato de todos os entrevistados, como instrumento dessa gestão com a construção e implantação de uma planilha de indicadores que busca retratar e avaliar aspectos relevantes das unidades do hospital (Anexo IV). Essa política, que se concretiza no cotidiano da instituição através da avaliação da planilha de indicadores, não pretendia apenas se configurar como mais uma política de produtividade adotada pelo setor público; visto que a planilha não pretendia mensurar somente a quantidade de procedimentos realizados e a produção dos funcionários, mas a qualidade do atendimento prestado em todos os seus aspectos. Na evolução do processo tornou-se possível perceber os ganhos que a instituição obteve através da implementação dessa política de avaliação de desempenho - o impacto nas relações e nas práticas. No entanto, no cotidiano institucional, foi também declarado que a construção da mesma é um processo permanente e dinâmico.

Documentos da instituição descrevem como essencial que as planilhas, os questionários e as estratégias adotadas (Anexo V), sejam continuamente revistos e aprimorados. Instrumentos de avaliação cada vez mais sensíveis e capazes de monitorar a qualidade com maior precisão, precisam ser construídos. Essa conclusão levou a gestão a desencadear, um processo de revisão do processo de avaliação de desempenho institucional, procurando não deixar que um instrumento de grande valor pudesse perder a sua função. Esse encaminhamento, somente possível pelo momento de maturidade vivenciado pela gestão, possibilitou que a política de avaliação de desempenho funcionasse como um instrumento de reflexão da

instituição, na busca por maior transparência, revelando erros e acertos, reforçando a cultura de responsabilidade diante do público, estimulando por parte do funcionário a adoção de posturas éticas diante dos usuários e demais membros da equipe, fortalecendo a construção da instituição. Essa reflexão ocorreu junto ao coletivo da instituição, buscando um aprimoramento, em função de alguns problemas detectados, entre eles uma certa burocratização da planilha e um distanciamento da mesma do cotidiano das unidades.

A planilha de avaliação dos indicadores adotada é o instrumento que garante a avaliação e análise dos resultados obtidos pela instituição, considerando sempre um parâmetro compatível com a série histórica dos serviços prestados e sempre visando a melhoria do atendimento, o que foi descrito por um dos entrevistados.

Alguns parâmetros foram definidos para estabelecer a chamada “qualidade”: coerência entre as práticas no cotidiano e a missão da instituição; responsabilidade dos funcionários, interesse e compromisso do funcionário junto ao público; satisfação do usuário pelo tratamento recebido; gasto de materiais de forma controlada; produto do desempenho de algumas categorias profissionais; participação dos funcionários nas decisões, entre outros. Tais parâmetros foram transformados em indicadores constantes na planilha de avaliação do desempenho institucional, em anexo. A satisfação do usuário foi medida durante certo período através de um único questionário aplicado entre os pacientes internados do hospital. Com a evolução do projeto de avaliação institucional este indicador foi redimensionado, com a criação de novos questionários por serviço, que passaram também a abordar aspectos da qualidade da assistência junto ao usuário: relação médico-usuário e enfermagem-usuário, além de aspectos de avaliação da hotelaria, limpeza e alimentação. Passou a

ser aplicado, também, junto ao usuário e acompanhante que não era atendido pela internação.

Os indicadores foram pensados como dispositivos para medir a “qualidade” e fomentar a permanente discussão do tema no cotidiano institucional. Muitos aspectos da vida do hospital ainda ficam fora da planilha, mas claramente as equipes falam sobre a qualidade do atendimento e conseguem avaliar muitos aspectos do seu trabalho.

Na construção da planilha de indicadores, a definição dos parâmetros para cada item foi um exercício intenso de reflexão e criatividade. Os relatos e documentos nos descrevem que durante o processo a instituição viveu momentos em que os indicadores ora se constituíam como rígidos demais ou pouco exigentes e a busca de equilíbrio um grande desafio de exercício de discussão e construção de consensos.

A política de avaliação de desempenho era um instrumento fundamental na viabilização da gestão participativa com grande impacto no cotidiano do hospital. Vale ainda acrescentar que há clima receptivo entre os diferentes atores do hospital em relação à dinâmica da referida política.

Na análise documental foi possível verificar a preocupação da gestão com a necessidade de refletir sobre a política em questão, visto que a mesma já apresentava sinais de estagnação. A seguir alguns exemplos:

- ❑ Em 1993, por ocasião da definição da política de avaliação de desempenho, os indicadores contidos na planilha global precisavam passar por um processo de revisão, pois vinham sendo pouco utilizados pelos gerentes e não refletiam

as situações problemáticas ocorridas no dia a dia. Mereciam e exigiam um maior monitoramento;

- ❑ A maior parte dos indicadores mensuravam somente o processo de trabalho e a produção da instituição, quando a instituição já estava preparada, segundo documentos para avaliar a qualidade da assistência;
- ❑ O valor financeiro pago aos funcionários a título de incentivo ao desempenho vinha tendo baixos resultados na motivação e adesão dos trabalhadores ao processo de mudanças;
- ❑ Algumas unidades do hospital começavam a expressar a necessidade de pagamento da gratificação de incentivo ao desempenho com valores diferenciados;
- ❑ Conforme relatório de gestão da instituição (1999), existia no hospital uma maturidade institucional propícia (tecnologia de ponta, profissionais bem preparados, atendimentos de maior complexidade, maior credibilidade e governabilidade externa, etc...), que exigia e possibilitava um ajuste mais refinado dos indicadores e uma discussão mais aprofundada quanto ao significado da Gratificação por Incentivo ao Desempenho, seu objetivo, sua importância e sua intervenção no cotidiano da instituição e das pessoas, sejam os profissionais que prestam serviço, sejam os usuários destes serviços;
- ❑ Constituíam-se um anseio institucional a revisão da estrutura de pagamento, considerada defasada.

O relato da apresentação da nova proposta de política de avaliação de desempenho no Colegiado, mostra claramente um importante momento de discussão

e reflexão institucional, possibilitando que Coordenadores, membros de Comissões, Secretaria Executiva, Direção e GDI, participassem efetivamente do processo. Já nessa reunião, algumas correções foram realizadas, sendo que todas as Coordenações receberam cópia da proposta apresentada, para discussão junto às suas equipes, visando possíveis revisões ou não e posterior agendamento junto à Secretaria Executiva e GDI, para apresentação da proposta às equipes, para conhecimento, discussão e revisão da mesma se necessário, garantindo a participação de todos. Essas reuniões foram realizadas com a maioria das unidades, num período de 15 dias, nos horários diurno e noturno.

Cabe ressaltar o movimento institucional vivido entre os funcionários como conseqüência da discussão sobre as mudanças na política de avaliação de desempenho, conforme a fala de um dos entrevistados. O hospital passou a “exalar” por todos os seus “poros”, incentivo e desempenho, tanto nas reuniões formais quanto nos bastidores e no cenário externo. A máquina voltou a mexer-se num ritmo mais vivo e participativo.

Como uma das ações desenvolvidas posteriormente a todas as deliberações do Colegiado, formou-se uma Comissão de Trabalho composta por Coordenadores das Unidades Assistenciais (CTI Adulto, Clínica Médica), Coordenador de uma Unidade Técnico Assistencial (Fisioterapia), representante da Comissão de Infecção Hospitalar, representante do GDI, com a tarefa de rever e construir novos protocolos para avaliação do indicador Qualidade do Preenchimento dos Prontuários, em especial um protocolo para avaliar os Prontuários do Ambulatório, considerando os protocolos atuais e a proposta apresentada pela CID - Comissão Incentivo Desempenho, acrescentando novos dados de análise. Ocorreram várias reuniões, em

que foi esclarecido que esse indicador não se referia à qualidade da assistência prestada, que era de competência da Comissão de Revisão de Papeleta avaliar. A proposta deliberada no Colegiado foi a de que passaremos a trabalhar com apenas um protocolo para análise da papeleta, um protocolo único para análise dos BAM's e um protocolo para análise do prontuário ambulatorial. Formou-se também uma Comissão para Revisão do Questionário de Satisfação do Usuário, com objetivo de resgatar a construção dos novos questionários por unidade, que passaram a monitorar a relação: médico/paciente e enfermagem/paciente.

Outra atividade desenvolvida a partir das deliberações do Colegiado, foi a construção de parâmetros e pontuação para os novos indicadores, desenvolvidos em reuniões com as Coordenações e GAG - Grupo de Apoio a Gerência das Unidades e decididos a partir da análise da série histórica do referido indicador na unidade.

*“O Sistema de Avaliação de Desempenho monitorava a qualidade do hospital de fato. Ele intervinha mesmo nessa questão. Porque tinha a história de ver o preenchimento da papeleta, avaliar os indicadores de qualidade, o indicador do CTI que era a avaliação do APACHE, as reuniões de equipe que acabavam discutindo os casos de cada unidade. Então, eu acredito que o monitoramento da qualidade era bastante eficaz, em relação à política de incentivo desempenho. Os indicadores eram conhecidos por todos do hospital, todo mundo conhecia, todo mundo tomava conta, porque se caísse alguma coisa na produção ou na pontuação, o reflexo era no bolso, então tomava conta bonitinho.” (SE).*

*“O resultado da planilha de avaliação, assim como o resultado da avaliação do questionário do usuário eles eram instrumentos que mudaram de fato a questão gerencial e o cotidiano mesmo. O questionário de satisfação do usuário mudou o horário de visita, mudou o dia, diminuiu a quantidade de pessoas que entravam na mesma hora, tudo em função das respostas que vinham no questionário. Um outro indicador que também mexeu bastante, que parecia um indicador bobo, era o indicador da manutenção em relação a conserto de chuveiro, torneira, banheiro com defeito. E esse indicador, quando a gente elaborou, o pessoal ria, mas é um indicador que traz um impacto grande para o paciente que está internado. Várias outras coisas podem ser citadas nessa questão da mudança do processo de trabalho, na mudança no interior da instituição. A própria recepção no preenchimento da identificação do paciente, que inicialmente não era exigida nenhuma atenção e preocupação com a correção desses dados e a partir da política, o pessoal passou a ter mais cuidado, fazer letra legível, então teve influência sim.” (SE).*

*“Os dados, todo mundo tinha acesso, esses dados da política de incentivo, dos indicadores das unidades eram de acesso livre para todas as pessoas que atuavam no hospital. A participação deles era total, todo mundo participava da eleição do indicador, era pauta das reuniões de equipe, assim como toda a sua revisão, os parâmetros, os resultados eram muito discutidos, não era nada fechado.” (SE).*

Ao longo do desenvolvimento da política de avaliação de desempenho institucional, os documentos e as entrevistas apontam dificuldades e resultados que impactaram no cotidiano da instituição. Quanto às dificuldades identificadas pela

gestão, a garantia da reunião sistemática da comissão, a capacidade de motivação dos atores envolvidos, a garantia do dinamismo da política e a revisão contínua dos indicadores, revelaram-se como os aspectos mais significativos do processo de avaliação.

Os resultados apontaram que a política estabeleceu-se como um importante instrumento gerencial, como um dos pilares do modelo de gestão participativa e descentralizada e estabeleceu uma cultura institucional entre os funcionários, de preocupação com a qualidade e com a produção, inclusive entre os médicos, funcionando como um instrumento de gerenciamento que otimiza e provoca a discussão sobre qualidade/resultados (Ex: melhoria no preenchimento dos prontuários). Os médicos passaram a acreditar e discutir sua importância enquanto instrumento de defesa própria. Além disso, de acordo com o relato dos entrevistados, a mesma funcionava claramente como uma política de valorização e motivação profissional, em duas dimensões:

- ❖ Marco na Gestão Participativa e Descentralizada. Antes, somente os médicos recebiam produtividade, 50% para o hospital e 50% para os médicos. A partir de 1993 - iniciou-se a política com distribuição de 20% do faturamento do serviço produzido para todos os profissionais que atuam no hospital, que passou por diversas alterações;
- ❖ Pacto entre a Direção e os funcionários com sustentação nos três pilares adesão/qualidade/recompensa financeira.

**Tabela 2 - Impacto financeiro para os funcionários no ano de 2001**

NÍVEL	CARGOS	Representação da Gratificação em Salário no Ano	Nº de Salários Ano	Total de Salários Ano
		Salários a mais		
<b>Elementar</b>	Ajudante Recepcionista Servente Auxiliar de Cozinha Auxiliar de Serviço Auxiliar de Lavanderia	7.36	13	20.36
<b>Médio</b>	Auxiliar de Escritório Auxiliar Administrativo Escriturário Técnico RX Auxiliar Enfermagem de Enf. de Laboratório Mestre Faturista Motorista Encarregado, etc...	5.66	13	18.66
<b>Superior</b>	Médico Fisioterapeuta Nutricionista Analista de Sistemas Psicólogo Enfermeiro Assistente Social	2.17	13	15.17

Pontos para reflexão, segundo Numberg (1997), Tobar & Tobar (mimeo/sd), Cherchiglia (1992):

- ⊗ Que nenhum mecanismo de incentivo garante finitamente à motivação profissional, face à insaciabilidade inerente ao ser humano no que diz respeito à motivação;
- ⊗ Que os sistemas de incentivo podem funcionar como sincronizadores entre os objetivos individuais de cada profissional e a missão institucional;
- ⊗ Que existem diferentes tipos de motivação (Extrínseca - que busca vantagens individuais como ganhos salariais e pagamentos de incentivos (gratificações), por produtividade; Intrínseca - que busca a satisfação profissional; Social - que busca satisfação no coletivo, através da amizade, da valorização pessoal, do agradecimento e do status profissional);
- ⊗ Que o pagamento de incentivos financeiros de forma mista (individual ou por equipe) estimula a lógica da cooperação e competição entre as equipes e serviços quando é pago um percentual igual de forma coletiva e um percentual diferenciado ou específico por unidade ou serviço;
- ⊗ Que toda política de incentivos financeiros deve estar vinculada à produção e à qualidade do serviço;
- ⊗ Que deve ser pactuada e consensada entre os trabalhadores e instituição ou serviço e monitorada permanentemente com base nas metas estabelecidas;
- ⊗ Que hoje, a busca de formas mais flexíveis que permeiam as relações do trabalho, tem ultrapassado fronteiras, sendo uma preocupação mundial.

## Análise Documental

Dos documentos analisados, algumas reflexões e informações relevantes sobre o desenvolvimento e crescimento do hospital:

### 1993

Diagnóstico situacional e problematização da instituição:

- ⊙ Ano marcado pelo estado de falência e dificuldades financeiras: *“verdadeiro estado de falência e sucateamento verificados pela ausência total de estoque mínimo de medicamentos essenciais. Aparelhos sucateados ou ultrapassados. Baixo faturamento das AIH’s devido à desqualificação de pessoas. Repasse dos serviços produzidos com atraso de até 2 (dois) meses. Encargos Sociais conforme especificado em atraso desde: INSS - 1987; FGTS - 1991; PASEP - 1990”*;
- ⊙ Alta governabilidade externa;
- ⊙ Funcionários insatisfeitos e desmotivados: *“diversidade de contratos e carga horária, baixos salários, ausência de PCCS (Plano de Carreira, Cargos e Salários), política de privilégios praticada pela gestão anterior”*;
- ⊙ Indefinição do perfil assistencial: *“indefinição do perfil assistencial e da atenção prestada, onde permeia interesses particulares com atendimento diferenciado de clientela dentro do hospital de caráter público”*;
- ⊙ Ausência de consenso, centralização do poder;

- ⊙ Diminuição da responsabilidade;
- ⊙ Atuação individual dos profissionais, comprometendo o funcionamento geral do hospital;
- ⊙ Não havia participação nas decisões em todos os níveis.

### 1994

- ⊙ Melhoria dos serviços e condições de trabalho;
- ⊙ Reflexão sobre a missão a partir do projeto da Secretaria. Garantia de governabilidade interna e externa: *“reiniciou um novo projeto de gerenciamento do hospital, tendo como meta a defesa da vida e a melhoria da qualidade da assistência”*;
- ⊙ Projeto inicial de monitoramento de indicadores (taxa de ocupação, média de permanência e mortalidade noturna), com pagamento de *“plus”* financeiro para os funcionários;
- ⊙ Descentralização do poder de decisão, através da implantação das Unidades de Produção. Antigas chefias são convidadas a participar do processo de discussão com a Direção assumindo um novo papel de coordenação;
- ⊙ Implantação do Modelo de Gestão Participativa. Início das reuniões do Colegiado e das Oficinas de Planejamento e Formação Gerencial. Início do processo de participação e responsabilização. *“Identificamos a necessidade de buscar uma assessoria que desse conta de planejar e organizar coletivamente a elaboração de um modelo de gestão que melhor se adequasse à nossa*

*realidade*”. Este modelo de gestão propiciou a construção e a otimização de vários indicadores de qualidade para avaliação e a melhoria dos serviços prestados à população, a partir da identificação da missão do hospital, onde os antigos chefes foram convidados a experimentar um novo papel - o - coordenador, tendo sido este o primeiro passo para a descentralização do poder de decisão. Medidas necessárias à implantação do modelo de Gestão Participativa: definição e implantação do organograma; criação do Colegiado de Gerência; levantamento dos problemas e reivindicações de toda a instituição; instrumentalização e capacitação do Colegiado de Gerência; criação e nomeação da Comissão de Infecção Hospitalar e organização do acesso dos funcionários e visitantes ao hospital, com a instituição de crachás e porteiro;

- ⊙ Equipes são motivadas à reflexão acerca dos problemas e soluções para a instituição, considerando o conhecimento da realidade de cada um. Cada unidade construiu um plano de ação buscando soluções criativas para resolução de problemas.

### **1995**

- ⊙ Melhorias realizadas desde a área física até a instrumentalização e treinamento dos recursos humanos;
- ⊙ Recuperação da respeitabilidade frente à comunidade local, se efetivando como um hospital público municipal, totalmente SUS;

⊙ Ano marcado por muitas conquistas. Manutenção da governabilidade externa: *“a recuperação da respeitabilidade do HSJB foi uma tarefa árdua. Porém, muito gratificante, que só foi possível pelo apoio recebido de Vossa Excelência, sua equipe e pelo esforço de nossos funcionários que vestiram a camisa em Defesa da Vida e da Instituição. Hoje, nosso grande desafio está em Fazer Crescer o HSJB aumentar o nº de leitos, equipar e colocar em funcionamento o CTI, melhorar as condições de trabalho e o espaço físico para melhor acolhimento dos nossos usuários, mantendo a qualidade”*.

## **1996**

- ⊙ Período de incertezas referente à governabilidade externa. Caracterizou-se como período de final de mandato do prefeito e novas definições e encaminhamentos através do novo chefe do executivo: *“o ano de 1996, caracterizou-se como período de final de mandato do prefeito atual e definições através do novo chefe do executivo. Para todos nós, funcionários públicos e/ou usuários dos serviços públicos, são notáveis as ansiedades, expectativas e dificuldades que perpassam por esses momentos”*;
- ⊙ Resultados da gestão: *“a gestão participativa garante a construção de metas e planejamentos coletivos, onde todos são responsáveis e co-responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento da Instituição. Mais de 80% do que foi planejado foi realizado e está de forma concreta, podendo ser conferido por todos que se interessarem”*.

### 1997

- ⊙ Aumento da complexidade tecnológica, melhorando as condições de trabalho;
- ⊙ Período de grandes dificuldades financeiras do município;
- ⊙ Gestão participativa garantiu a construção de metas e planejamentos coletivos.

### 1998

- ⊙ Organização física do Subsistema de Guarda e Distribuição;
- ⊙ Avaliação do modelo de gestão, com reflexão acerca de aspectos negativos do processo de participação e descentralização;

### 1999

- ⊙ Apuração e Controle de Custos;
- ⊙ Atividades do Grupo de Desenvolvimento Institucional: *“O GDI - Grupo de desenvolvimento Institucional, iniciou suas atividades reunindo-se com todas as Coordenações e Comissão Incentivo Desempenho tendo como uma de suas propostas, a análise do quadro gerencial do HSJB, visando trabalhar as demandas de formação e instrumentalização do mesmo, tais como: facilitar e*

*estimular o processo de comunicação lateral inter-gerentes, através das reuniões de assistência; oficina de divulgação do modelo de gestão;acompanhamento das reuniões da Comissão de Incentivo de Desempenho”*

*"O planejamento hoje é pensado muitas vezes de forma isolada, com a ausência de consenso acerca da prioridade de investimentos com decisões tomadas de forma centralizada, sem um estudo macro, sem estimular o uso de espaços de participação, resultando na diminuição da responsabilidade, autonomia e compromisso do gerente e da unidade, centralização do poder e “infantilização” da instituição. Sendo contraditório com o modelo de gestão”;*

- ⊙ *Obra do Ambulatório, UTI Neonatal;*
- ⊙ *Revitalização do Incentivo Desempenho e Colegiado: “Confirmando os aspectos problemáticos do modelo de gestão que necessitaria de revisões e reajustes, foram apontados alguns encaminhamentos, sem nenhuma pretensão prescritiva: reformular o processo de gestão nas unidades assistenciais, a partir da experiência dos GAGs; desenhar novas estratégias de relacionamento do hospital com os médicos, na forma de contratos de gestão internos; redefinir o papel da enfermagem dentro do hospital a partir dos caminhos que já estão sendo testados na prática; retomar o processo de gratificação por desempenho vinculando-o ao projeto de melhoria da qualidade da assistência; valorizar a comissão de incentivo e retomar o processo de planejamento participativo e ascendente do HSJB; redesenhar o processo de avaliação de satisfação dos usuários. Para isso, duas estratégias*

*são imprescindíveis: retomada da Secretaria Executiva ou uma equipe de desenvolvimento institucional, totalmente desimpedida de atividades executivas; “reoxigenada” geral do Colegiado, com uma supervisão ou apoio externo pelo menos para iniciar uma reflexão mais crítica, mais auto-analítica e problematizadora”;*

- ⊙ Regularização financeira do hospital, com manutenção do abastecimento do almoxarifado e farmácia;

*“Problematização: interação entre profissionais de saúde, pacientes, familiares e a conflitante convivência com diferentes conhecimentos na área do saber, em unidades hospitalares. Reconhecimento do Hospital São João Batista no que tange aos serviços prestados aos usuários. Tendo como base seus indicadores, o HSJB torna-se referência administrativa”.*

*Fatores positivos: Unidade participativa entre profissionais e funcionários no que conservando as mudanças bem como o apoio comprovado da Ilma. Sra. Secretária de Saúde juntamente com sua equipe. Autonomia do SUS frente aos serviços privados. Ousadia será marco fundamental para concretização desse caminhar. 85% de planejamentos realizados e 80% de metas do HSJB alcançados. Participação do Governo Municipal em ação conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde. Resolução nº 11/98, aprovado orçamento para o ano de 1999, cuja verba é de 18.600.000,00”.*

## 2000

- ⊙ Ampliação do PID - Programa de Internação Domiciliar;
- ⊙ Projeto de reestruturação do sistema de custos do HSJB;
- ⊙ Aquisição de equipamentos e materiais para melhoria das condições de trabalho. *“Entre momentos turbulentos, ainda tivemos que replanejar nossas ações e metas em virtude da lei de Responsabilidade Fiscal. O HSJB é reconhecido pela sua preocupação e ações inovadoras na garantia da efetivação do Sistema Único de Saúde, demonstrado na aprovação dos Projetos do Hospital pelo Ministério, como a Política de Desempenho Institucional e ampliação do PID - Programa de Internação Domiciliar, recentemente aprovados. Metas realizadas em 2000: Planejamento para 2001, execução orçamentária, financeira e patrimonial do exercício de 2000, projetos para captação de recursos externos”;*
- ⊙ Aquisição de novos aparelhos para ultra-sonografias e RX;
- ⊙ Relatório de Oficina do Colegiado de Gerência, que aponta a preocupação permanente em repensar o desenvolvimento da gestão, suas limitações e potencialidades, visando a busca de estratégias alternativas para resolução de problemas:

## **Relatório de Mudanças:**

### ***O que mudou?***

Ambulatório: o acesso, o acolhimento; a visão paternalista de alguns profissionais (visão de hospital público); a falta de compromisso de alguns poucos profissionais; a mentalidade dos funcionários na forma de cuidar dos equipamentos; o espaço físico do RX; não mudou o entendimento de algumas pessoas de algumas áreas em relação ao compromisso com o serviço público e a Gestão (lavanderia e recepção); a Direção às vezes não consegue chegar ao final de seus projetos.

### ***Por que o hospital mudou?***

*“Porque mudou a forma de administrar, com um olhar diferenciado para as necessidades do usuário; pelo desejo da diretoria e sua equipe (projeto político), tendo como facilitador aposta na nova gestão; profissionalismo gerencial; porque houve vontade e vontade política em atender as necessidades da saúde; modelo de Gestão; porque esta sendo gerenciado por pessoas e por um tipo de política que se interessa em prestar serviços de qualidade; Direção compromissada; pelo desejo de construir um serviço público de qualidade; porque aumentou a cobrança em todos os níveis; porque as exigências são maiores; por necessidade da população e vontade dos dirigentes”.*

***Prioridades no Planejamento de 2000***

Instalação de geradores e nova subestação, face à ampliação da capacidade instalada da instituição; revisão de toda rede de esgoto e implantação de Central de Tratamento; construção de cisterna (implantação do Setor de Hemodiálise); ampliação do Setor de Nutrição e Dietética; cabeamento para interligação de computadores e construção da rede de informação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O presente estudo buscou analisar as transformações ocorridas no cotidiano de uma instituição - Hospital São João Batista - hospital público do Município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro. A instituição investiu na implantação de um modelo de gestão inovador, que previu a descentralização do poder, a distribuição da autoridade e da responsabilidade, a maior integração pessoal e grupal, bem como o desmonte do organograma para uma composição horizontal. Essa gestão propôs criar espaços participativos e descentralizados de discussão e deliberação, como uma aposta de construção coletiva da instituição.

A cada dia novos desafios foram surgindo no desenvolvimento do projeto de gestão e o cotidiano da instituição mostrou os resultados das mudanças implantadas: o hospital dobrou o número de leitos disponíveis para internação, dobrou a área construída, aumentou o número de internação/mês de 120 em 1993 para uma média de 780 no ano de 2000, otimizou o faturamento, quadruplicou o número de médicos, complexificou os seus serviços, tornando-se referência regional e conquistou uma considerável incorporação tecnológica.

Onze anos após a implantação do modelo é possível dizer que foi construída uma estrutura que serviu de sustentação ao plano inicial. Acreditamos que o processo gradativo de incorporação do novo modelo foi um dos pontos que ajudaram nas possibilidades da sua concretização parcial, visto não ser fácil mudar estruturas anteriormente arraigadas. Importante ressaltar que a busca da flexibilidade, através da viabilização de uma estrutura organizacional horizontalizada, permitiu a melhoria

dos padrões das relações profissionais, dos processos de trabalho, redundando em maior eficiência e eficácia para a instituição.

Ao pretender desenvolver um modelo de gestão baseado na co-gestão, foi preciso investir na capacidade da Direção e de todos os membros deste coletivo para governar conjuntamente, visto ser esta uma tarefa inerente a todos os atores envolvidos nesse contexto. Assim, entendemos que um dos fundamentos da gestão colegiada é reverter as tendências à centralização do poder, tratando grupos como equipes mais autônomas, estendendo a todos o direito e a capacidade de decidir. Para isso, era preciso constituir espaços permanentes de discussão e decisão como o Colegiado de Gerência e os Colegiados das unidades de produção, o que realmente se efetivou, com todas as dificuldades, mudanças e contradições que ocorreram na condução desses espaços. Importante afirmar que o processo de descentralização do poder é lento e pressupõe uma grande disponibilidade da cúpula dirigente para dividi-lo e na sua capacidade de convencimento e busca de adesão dos outros atores.

Para garantir que a participação e que a autonomia se constituíssem com processos concretos do cotidiano da instituição, foi preciso pensar na importância da comunicação lateral e horizontal como uma estratégia de inter-relação entre as diversas unidades de produção. Ao analisarmos a presente experiência é possível verificar que ocorreram alterações nos processos de comunicação, de tomada de decisão e de transferência do poder. Mas, importante ressaltar, que muito haveria que se fazer para que ocorresse uma comunicação inter-unidades mais efetiva e resolutiva. A lateralização se apresentou como uma vivência real e importante para os coordenadores, mas com limites na sua viabilização, com manifestação de dificuldades para implementá-la para além do âmbito da sua autonomia de trabalho,

especialmente em assuntos que esbarravam no contexto da governabilidade externa. Outro aspecto a ser ressaltado no desenvolvimento da gestão, diz respeito à participação dos funcionários do nível elementar nos processos de participação e de tomada de decisão. Ficou claro que a proposta de gestão colegiada e participativa teve ênfase no nível das discussões com os coordenadores e com a cúpula dirigente, tendo uma implantação menos eficaz junto ao nível médio e elementar da instituição, que não foram completamente engajados no processo de gestão. Num modelo de gestão que se pretendeu participativo, faltou um maior investimento na busca de adesão de todos os envolvidos com a instituição para a implementação da nova proposta. Fica claro que ocorreram esforços e estratégias, especialmente no início do processo de gestão, quando as reuniões eram mais ampliadas e mais freqüentes e relatos de que apesar dessas dificuldades, houve relativização do poder e da autonomia para a tomada de decisão no seu espaço de trabalho. Efetivamente, de alguma forma, foi oferecido o direito de voz para todos os envolvidos no processo de trabalho visando estimulá-los a exercer todo o seu potencial criativo, o que trouxe como consequência a manutenção da motivação de boa parte dos profissionais da instituição na defesa do projeto.

O desenvolvimento da gestão apostou fortemente na formação gerencial como uma capacidade a ser estimulada para a garantia da mesma. Claramente é possível verificar o quanto estes atores cresceram na implantação da gestão e incorporaram novos saberes, o que possibilitou uma maior valorização da busca pela qualidade e pelo uso de indicadores para monitorar o cotidiano da sua unidade. A capacidade de resolução de problemas também foi enfatizada, mas aqui foi possível perceber que nem sempre essa discussão era ampliada para a participação da sua equipe e às vezes

alguns problemas eram resolvidos através de uma relação de dependência junto à Secretaria Executiva e Direção. Ressalta-se que o coordenador tinha o papel fundamental de articular as discussões macro e micro da instituição, tornando mais visíveis para sua equipe os grandes delineamentos do hospital e vice-versa, levando para a Direção as demandas do cotidiano da sua unidade.

Na realidade, esta caminhada nem sempre se configurou como eficaz, criando vácuos de informação e distanciamento entre os vários atores e o projeto institucional. Seria preciso continuar o investimento nesse novo coordenador, buscando construir um profissional com maior disponibilidade para o trabalho gerencial, com habilidade para escutar o grupo, trabalhar conflitos e inventar novas formas de humanizar o ambiente hospitalar, inclusive repensando o *pró-labore* pago aos mesmos para o desenvolvimento da sua função.

Pode-se dizer que a utilização de alguns instrumentos foram fundamentais no desenvolvimento da gestão: implementação e fortalecimento de normas e rotinas; protocolos clínicos implantados e atualizados; criação do Colegiado de Gerência; estruturação da Comissão de Acolhimento ao Usuário que dá suporte no momento da dor e do Serviço de Ouvidoria, com papel de escutar os clientes em suas angústias, queixas, elogios e sugestões; implantação da Comissão de Apuração e Controle de Custos, que se utiliza de modernos e eficientes instrumentos de análise de custos, saber incorporado no cotidiano dos coordenadores; viabilização de uma Política de Avaliação de Desempenho Institucional que possui o mérito de garantir a integração e participação dos funcionários neste processo e ser instrumento de estímulo às ações de qualidade; criação de um Sistema de Informações Institucionais com taxas e indicadores; investimento na Política de Desenvolvimento de Pessoal, com promoção

de constantes treinamentos e capacitações, inclusive com permanente capacitação gerencial assessorada por consultor externo; criação do Centro de Estudos; realização de contratualização com todos os coordenadores para estabelecimento de metas e compromissos.

Analisando todas as entrevistas e documentos do Hospital São João Batista conclui-se que o mesmo tem funcionado a partir de pressupostos claros que sustentaram a proposta de gestão:

- ☒ A gestão e seus instrumentos fortaleceram e viabilizaram o desenvolvimento do hospital, facilitando a condução da missão pactuada, apesar de algumas mudanças necessárias no decorrer da gestão, sendo a preocupação com a direcionalidade uma pauta permanente da instituição;
- ☒ O planejamento estratégico e participativo foi uma importante ferramenta que possibilitou a interlocução entre os diversos atores;
- ☒ A aposta nos profissionais como maiores conhecedores dos processos institucionais, possibilitou um impacto na redefinição e valorização do papel dos mesmos, levando a um cenário propício para negociações internas, na busca por construir compromissos e resultados estabelecidos pela instituição;
- ☒ A preocupação com as formas de divisão do trabalho e seus mecanismos de coordenação, exemplificada pelo encaminhamento de composição das coordenações com os profissionais da própria instituição, constituiu-se como uma estratégia de apoio para o fortalecimento da capacidade de governo, facilitando a comunicação entre os diversos níveis hierárquicos;

- ☒ O princípio da participação efetiva dos atores envolvidos na construção do SUS é legítimo e viável e se configura como uma importante estratégia de responsabilização dos profissionais quanto aos produtos a serem alcançados;
- ☒ O desmonte da estrutura hierárquica, com a construção de um modelo horizontalizado, melhora a comunicação e estreita os laços;
- ☒ A flexibilização das relações de trabalho e das práticas administrativas agiliza os processos institucionais;
- ☒ É possível minimizar as resistências das corporações lidando de maneira positiva com as relações de poder;
- ☒ A confiança e adesão dos médicos no projeto institucional são condições fundamentais para o sucesso dos processos de mudança nos hospitais;
- ☒ O efetivo desenvolvimento de processos de avaliação e prestação de contas, estabelece uma disposição geral na instituição de busca pela melhoria dos seus padrões de trabalho, em termos quantitativos e qualitativos, enfatiza a necessidade de comunicação entre os setores, além de estimular a participação do controle social;
- ☒ A busca por construir espaços de governabilidade interna e externa esteve presente na agenda da cúpula dirigente, o que redundou em possibilidade de manutenção e aprimoramento do projeto durante um longo período.

Em síntese, a experiência de gestão conduzida no Hospital São João Batista, apesar das limitações apresentadas, configurou-se como inovadora, com resultados que apontam mudanças na dinâmica institucional. Pode-se citar a prática da avaliação do desempenho, a mudança da estrutura organizacional possibilitando a

descentralização e democratização dos espaços de tomada de decisão e de autonomia gerencial, como apostas que se mostraram reais e, ao mesmo tempo, conflituosas, levadas a cabo por pessoas reais, comprometidas com o SUS e que vivenciaram momentos de tristeza e de felicidade na construção desta experiência. Conclui-se sobre um certo esgotamento das instâncias da cúpula dirigente, o que coloca em discussão a possibilidade de condução e permanente estímulo de um projeto que trabalha com fortalecimento do coletivo durante um longo período, pelos mesmos atores.

Gestão participativa, avaliação de desempenho, satisfação do usuário, sensibilização dos funcionários para o entendimento da dor do outro, aposta no potencial dos profissionais, acoplados à seriedade e ao esforço em tornar o Hospital São João Batista viável e com um atendimento de qualidade, foram os instrumentos que geraram frutos ao trabalho. A aposta inicial possibilitou a construção de um novo hospital público, onde o “comprometimento com a defesa da vida” tornou-se uma meta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Abreu, Bergamini. *Novas reflexões sobre a Evolução da Teoria Administrativa: Os Quatro Momentos Cruciais do Desenvolvimento da Teoria Organizacional*, RAP, RJ, 1982.

Artmann, Elizabeth. *O Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial*. Cadernos da Oficina Social 3, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania, RJ, 2000.

\_\_\_\_\_. *O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas*. Artigo extraído do Projeto de Doutorado da autora da Escola Nacional de Saúde Pública, RJ, 1996.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. SP, Hucitec, 2000.

*O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.04, n.04, 1998.

Cecílio, Luís Carlos de Oliveira. *A Modernização Gerencial dos Hospitais Públicos, o difícil exercício da mudança*. RAP, vol.31, nº3, FGV, RJ, maio/junho 1997.

\_\_\_\_\_. *Inventando a mudança no hospital: o projeto de “Em Defesa da Vida” na Santa Casa do Pará*. Inventando a Mudança na Saúde. Ed. Hucitec, SP, 1994.

\_\_\_\_\_. O desafio de qualificar o atendimento prestado nos hospitais públicos e Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em saúde, um desafio para o público*. Merhy, E.E. e Onocko, R. (org), Ed. Hucitec, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. *Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?* Mendes, C.T., artigo não publicado, 2005.

\_\_\_\_\_. Rezende, Maria de Fátima Brito. Magalhães, Marta Gama de. Pinto, Suely Alves. *O Pagamento do Incentivo Financeiro para os Funcionários como parte da Política de Qualificação da Assistência de um Hospital Público*, Volta Redonda. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.6, RJ, nov/dez, 2002.

Cherchiglia, M. L. et alli. *A remuneração e produtividade: o caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1992-95*, mimeo.

Costa, N. Rosário e Ribeiro, J. Mendes. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil*, 1999.

Dussalt, Gilles. *A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências*. RAP, RJ, nº 2, vol. 26, FGV, 1992.

Filho, Faveret/Oliveira, Pedro. J. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde*. Revista Planejamento e Políticas de Saúde, IPEA, nº 3, 1990.

Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.

Lima, Juliano de Carvalho. *Gestão Estratégica de Sistemas de Saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da Teoria das Organizações*. Dissertação de Mestrado. ENSP. RJ, 2003.

Lima, Sheyla Maria Lemos. *Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde*. RAP, FGV, RJ. Vol.28, out/dez 1994.

Lukes, S. *O Poder: uma visão radical*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1980.

Matus, Carlos. *Adeus Senhor Presidente. Governantes e Governados*. SP, FUNDAP, 1996.

\_\_\_\_\_. *Política, Planejamento e Governo*, Tomus I e II, Brasília, IPEA, 1993.

\_\_\_\_\_. *Sobre la Teoria de La Macroorganizaciones*, mimeo. s/data.

Mintzberg, Henry. *Criando Organizações Eficazes - Estruturas em Cinco Configurações*. Ed. Atlas, SP, 1995.

Numberg, Bárbara. *Gerência de Recursos Humanos no setor público*. Cadernos nº 14, ENAP, Brasília/1997.

Rivera, Javier Uribe e Artmann, E. Planejamento e Gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. pp.17-35, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. *Relatório de Gestão*, 1997.

Tobar, Frederico e Tobar, Sebastian. *Incentivos e la productivid para hospitales*. mimeo, sem data.

Weber, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 4ª ed. Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

## BIBLIOGRAFIA

---

Barbosa, Pedro Ribeiro & Lima, Sheyla Maria Lemos. *Planejamento e inovação gerencial em um hospital público: o caso do Hospital Salgado Filho*. RAP, RJ, 2001.

Cecílio, Luís Carlos de Oliveira. *Mudar Modelos de Gestão para Mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos*. Revista “Espaço para a Saúde”, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCO, volume 1, nº 2, Paraná, jun/2000.

\_\_\_\_\_. *Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades*. Cadernos de Saúde Pública. Vol.16; nº4; out/dez 2000.

Hortale, Virginia Alonso. *Descentralização, autonomia gerencial e participação: alternativas à crise ou transição para um sistema diverso?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.

Melo, Cristina & Tanaka, Oswaldo Y. *O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma abordagem teórico-empírica*. RAP, RJ, 2002.

Mendes, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Editora Casa da Qualidade, Salvador, BA, 2001.

Minayo, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec - Abrasco, SP-RJ, 1992.

Silva, Roseli Monteiro. *A Teoria Organizacional do Planejamento Estratégico Situacional e a Gestão no Setor Saúde: uma análise da experiência da Santa Casa de Misericórdia do Pará*. Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.

Zanelli, José Carlos. *Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas*. Estudos de Psicologia. Número especial, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

## **ANEXOS**

---

### **ANEXO I**

#### **ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

##### ***1) IDENTIFICAÇÃO***

- a) Nome:
- b) Função:
- c) Formação Profissional:

##### ***2) DIRECIONALIDADE / MISSÃO ORGANIZACIONAL***

- a) Qual a missão do HSJB - Hospital São João Batista?
- b) Como esta missão foi desenhada e definida? Quem participou?
- c) Os produtos / serviços da instituição são compatíveis com a sua missão?
- d) Quais as estratégias de busca de adesão do funcionário para o êxito desta missão?
- e) Discorra sobre dificuldades no alcance da missão.

##### ***3) SISTEMA DE GESTÃO***

- a) Você considera que o sistema de gestão do HSJB foi facilitador para implementação de mudanças na instituição? Explique por que e cite instrumentos que possibilitaram esse processo?
- b) Fale sobre a relação entre a autonomia de trabalho e o processo de gestão.
- c) Como essa autonomia se apresentava no cotidiano das equipes e das coordenações das unidades e na relação com a Direção e Secretaria Executiva?
- d) Como os Funcionários, Coordenadores e Direção participavam dos processos de decisão, considerando o nível micro das unidades de produção?

- e) No nível macro da instituição, como os Funcionários, Coordenadores e Direção participavam dos processos de decisão?
- f) Fale sobre o processo de descentralização da estrutura e das ações no HSJB?
- g) Discorra sobre as vantagens e desvantagens da estrutura organizacional horizontalizada e por unidades de produção do HSJB?
- h) Qual o papel e funcionamento do Colegiado de Gerência (como foi criado, tomada de decisão, espaço democrático e participativo, tipo de pautas e problemas trabalhados)? quais as vantagens e desvantagens? qual sua avaliação sobre este processo?
- i) Quais os principais problemas que você identifica neste sistema de gestão?
- j) A formação profissional (gerencial ou não) foi uma pauta prioritária nesta gestão?

#### ***4) SISTEMA DE AVALIAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS***

- a) Como foi desenvolvido e como funcionava o sistema de avaliação do HSJB?
- b) O sistema de avaliação conseguia monitorar a qualidade da assistência?
- c) Fale sobre o uso de indicadores como instrumento de avaliação? Quais indicadores eram monitorados?
- d) Como os dados da avaliação eram utilizados pela instituição?
- e) Como eram acompanhadas as operações do plano de ação do hospital e das unidades?
- f) Quais atividades de prestação de contas interna e externa eram realizadas pelo hospital? em quais espaços?
- g) Fale sobre a participação do usuário no processo de avaliação da instituição?
- h) Discorra sobre o processo de definição de metas específicas por unidade e metas globais?

**ANEXO II*****ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA***

Conselho Deliberativo; Direção Geral; Colegiado de Gerência; Coordenações.

***ATRIBUIÇÕES*****1. Conselho Deliberativo:**

As deliberações do Conselho Deliberativo terão caráter de última instância administrativa e suas resoluções são encaminhadas ao Diretor Geral para tramitação compatível. Conforme artigo 8º do Decreto da Prefeitura Municipal de Volta Redonda, compete ao Conselho Deliberativo do SAH:

- a) Aprovação do orçamento do SAH;
- b) Aprovar os planos gerais e programas anuais a serem executados pelo Serviço Autônomo Hospitalar;
- c) Aprovar os regimes de adjudicação de serviços ou obras e suas formas de execução, além de convênios;
- d) Fixar critérios para aquisição e alienação de bens patrimoniais;
- e) Aprovar o quadro de pessoal e as respectivas tabelas de salários e gratificações;
- f) Aprovar o balanço anual e os balancetes do SAH, bem como relatório anual do diretor Geral;
- g) Aprovar os regulamentos e o regime interno do SAH;
- h) Autorizar a abertura de créditos;
- i) Decidir sobre a criação de fundos de reserva e especiais, bem como sobre suas aplicações;
- j) Aprovar mediante proposta do Diretor Geral a contratação de profissionais para realizar auditoria contábil do SAH.

**2. Direção Geral:**

- a) Articular governabilidade externa;
- b) Direcionar, orientar o Colegiado de Gerência;
- c) Interlocução entre a HSJB e a PMVR;
- d) Interlocução entre a HSJB e a SMSVR;

- e) Monitorar indicadores de Processo, de Produção e de Qualidade;
- f) Visitas sistemáticas ao hospital;
- g) Auxílio no controle e programação financeira;
- h) Planejamento institucional;
- i) Despachos de processos;
- j) Atendimentos eventuais à população;
- k) Apoio às comissões hospitalares;
- l) Apoio às coordenações;
- m) Deliberar sobre questões financeiras.

### **3. Colegiado de Gerência:**

- a) Instância Deliberativa;
- b) Favorecer a comunicação entre coordenações;
- c) Ampliar a visibilidade institucional;
- d) Planejamento macro anual;
- e) Prestação de contas;
- f) Realizar orçamento anual.

### **4. Coordenações (Unidades de Produção):**

- a) Zelar e promover o Projeto de Qualidade do HSJB:
  - Observar e estimular a busca da qualidade na assistência prestada aos pacientes por todos os profissionais que atuam na unidade;
  - Estimular o trabalho interdisciplinar e reuniões para estudos de casos clínicos;
  - Estabelecer junto à equipe os indicadores dos serviços e acompanhá-los mensalmente;
  - Encaminhar mensalmente ao Setor de Processamento de Dados, as informações relativas aos indicadores e ou dados relevantes ao serviço;
  - Elaborar junto à equipe as normas, rotinas, fluxogramas e protocolos assistenciais, acompanhando e garantindo sua aplicação, assim como, atualizar e revisar sempre que necessário;
  - Responder tecnicamente pela unidade;
  - Estimular as equipes assistenciais a participarem das Comissões (Ética, Revisão de Óbito, Padronização de Materiais e Medicamentos, etc).

b) Responsabilizar-se pelos recursos humanos da sua Coordenação:

- Participar nos processos de seleção, avaliação funcional e desenvolvimento/capacitação treinamento;
- Responsabilizar-se pela aplicação de penalidades por faltas cometidas;
- Ser um elo de ligação entre a Direção e os Funcionários;
- Ser um motivador da equipe da sua unidade de trabalho;
- Integrar a equipe;
- Responsabilizar-se por repassar ao departamento de pessoal todas as informações relativas aos funcionários (penalidades, alterações de horários; faltas, remanejamento, atrasos, elogios, etc.).

c) Ter olhar crítico constante quanto à organização e a manutenção da unidade:

- Zelar pela adequada utilização dos materiais e equipamentos;
- Zelar pela manutenção predial e higienização;
- Estimular a equipe a se responsabilizar pelo processo de trabalho da unidade;
- Responsabilizar-se pelo patrimônio da unidade.

d) Acreditar e investir no projeto institucional:

- Realizar reuniões periódicas com a sua equipe para discutir problemas e soluções do cotidiano e avaliar resultados;
- Participar das reuniões e atividades do Colegiado de Gerência;
- Promover e fortalecer a comunicação lateral inter-gerentes.

e) Planejar todas as atividades de forma a adequá-las ao contexto e a realidade institucional;

- Realizar o planejamento anual, considerando o plano de ação e o orçamento da instituição;
- Apresentar relatório anual da unidade ao Colegiado de Gerência.

f) Acompanhar e avaliar constantemente o custo da unidade;

- Buscar adequação das atividades a realidade financeira do hospital;
- Tomar conhecimento, analisar os custos juntamente com a equipe de forma a considerar os dados no planejamento institucional;
- Garantir qualidade ao menor custo (propor revisão nos processos de forma a otimizar uso dos recursos).

g) Prestar contas de suas atividades de forma sistemática às demais instâncias:

- Apresentar relatório anual da unidade ao Colegiado de Gerência;
- Participar das atividades promovidas pelo HSJB, apoiando e fortalecendo projetos;
- Representar o HSJB, quando convidado, em atividades sociais e políticas.

## ***INSTRUMENTOS DE GESTÃO***

### **1. Colegiado de Gerência - Instância de Decisão**

Todos os coordenadores participam das reuniões mensais, de 8:00 às 10:00 horas. Cabe registrar que nos primeiros anos de implantação do modelo de gestão as reuniões eram semanais. Participantes: Direção, Secretaria Executiva e Coordenadores. Participavam também, deste espaço institucional, os representantes do RH, da CCIH, da Comissão de Incentivo ao Desempenho, do Sistema de Custo, Com. de Compras, Serviço Social e outros (a reunião é aberta). Só têm direito ao voto os Coordenadores, a Direção e a Executiva, os demais têm direito à voz.

A pauta é preparada pela Secretaria Executiva e Diretoria nas reuniões semanais;

As questões pautadas são aquelas consideradas a nível macro da instituição. Ex: avaliação do custo hospitalar, indicadores / política de incentivo ao desempenho, locação de recursos / aquisição de tecnologias. Realização anual do Seminário de Prestação de Contas das unidades.

### **2. Colegiado da Assistência**

Os coordenadores da assistência reúnem-se quinzenalmente, para discutir e deliberar sobre as questões inerentes à qualidade da assistência prestada pela instituição, dentre outras questões relacionadas à comunicação entre unidades, processo de trabalho.

### **3. Colegiadinhos nas unidades (interdisciplinar)**

Mensalmente os coordenadores das unidades se reúnem com sua equipe interdisciplinar para avaliar a unidade, repassar informações do Colegiado de Gerência, rever rotinas e atualizar processo de trabalho, realizando escuta das questões trazidas pela equipe. Na Avaliação de Desempenho Institucional, a interdisciplinaridade nas reuniões de equipe é considerada como um importante indicador da gestão.

#### **4. Grupo de Apoio Gerencial (GAG)**

Apóia o coordenador cotidianamente, colabora na discussão das dificuldades da unidade, auxilia no monitoramento das pendências, auxilia no planejamento cotidiano, auxilia no controle das atividades, etc.

#### **5. Planejamento Estratégico**

Ferramenta de gestão usada como instrumento de intervenção que identifica problemas e conflitos institucionais, considerando os interesses, as correlações de poder e as motivações dos diversos atores. O Planejamento Estratégico leva o hospital a pensar o contexto como fator determinante para qualquer trajetória institucional. É um pilar da Gestão Participativa e Descentralizada, implantada no HSJB em dezembro de 1993.

#### **6. Comissão de Apuração e Controle de Custos**

A Comissão de Apuração e Controle de Custos atua no sentido de fornecer aos gerentes, coordenadores e direção elementos para elaboração ou readequação dos mecanismos administrativos e técnicos de controle interno, tanto de recursos humanos quanto de recursos materiais. A Comissão contribui para melhorar o fluxo de informações permitindo a tomada de decisões ou soluções de problemas de forma racional.

#### **7. Política de Recursos Humanos**

- Gratificação de Incentivo ao Desempenho;
- Bolsa de Estudo;
- Avaliação Funcional (semestral);
- Plano de Carreira - PMVR;
- GSE - 20% mensal;
- Humanização (talentos);
- Festa de Confraternização;
- Capacitação;
- Funcionário Modelo;
- Grêmio;
- Residência Médica;
- Estágios / Contrapartida;
- Capacitação Gerencial / Trimestral;

## 8. Política de Avaliação de Desempenho Institucional

- ☑ É um instrumento estratégico da Gestão Participativa e Descentralizada;
- ☑ É uma importante ferramenta de qualidade que associa resultados da Planilha de Indicadores a um dispositivo financeiro (Gratificação Trimestral de Incentivo ao Desempenho);
- ☑ É um pacto entre a Direção e os funcionários;
- ☑ É um instrumento de gerenciamento que otimiza e provoca a discussão sobre qualidade/resultados, mexendo com a cultura institucional;
- ☑ Exemplo: Melhoria no preenchimento dos prontuários. Hoje os médicos acreditam e discutem sua importância enquanto instrumento de qualificação da assistência e de sua defesa.
- ☑ Mensalmente os indicadores são monitorados pela CID (Comissão de Incentivo ao Desempenho); Os problemas surgidos são anotados e discutidos com os coordenadores / gerentes na busca de soluções;
- ☑ A cada 3 (três) meses é feito o fechamento da pontuação das planilhas. A planilha global contém 24 indicadores e sua pontuação máxima equivale a 80% do valor da GTID (Gratificação Trimestral do Incentivo ao Desempenho), e o Indicador Estratégico equivale a 20% do valor da GTID;
- ☑ Feito o fechamento da pontuação da planilha verifica-se a classificação adquirida se:
  - \* A = 100 a 120 pontos - 100% do valor destinado ao pagamento da GTID é distribuído igualmente entre todos os funcionários que atuam no hospital e que estejam dentro do critério de pagamento;
  - \* B = 60 a 99 pontos - 70% do valor destinado ao pagamento da GTID é distribuído igualmente entre todos os funcionários que atuam no hospital e que estejam dentro do critério de pagamento;
  - \* C = 0 a 59 pontos - 40% do valor destinado ao pagamento da GTID é distribuído igualmente entre todos os funcionários que atuam no hospital e que estejam dentro do critério de pagamento.

**ANEXO III****Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Gestão do Hospital São João Batista - Contribuições para o Desenvolvimento de uma Gestão Participativa e Descentralizada. Você foi selecionado por ser um ator estratégico que contribuiu para o desenvolvimento desta gestão, incluindo-se nos seguintes critérios de seleção: ter responsabilidade legal na estrutura organizacional, ter responsabilidade formal e/ou participação ativa em espaços formais de decisão e de reflexão institucional, ser representante da área administrativa, assistencial ou das ações de desenvolvimento e planejamento institucional, ser profissional de saúde participante do Colegiado de Gerência sem função de coordenação, ser representante com longa ou breve participação na gestão do hospital, ser profissional de saúde dos níveis elementar, médio e superior e 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.

O objetivo deste estudo é analisar os diferentes mecanismos de gestão implantados na dinâmica de funcionamento do Hospital São João Batista e suas contribuições para o desenvolvimento e inovações nos processos de trabalho da instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista ao pesquisador, que será registrada através do uso do gravador e do uso de um roteiro com questões guias.

Sua participação beneficiará a coleta de dados para análise do objeto de estudo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo de sua participação.

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.

---

Marta Gama de Magalhães - Pesquisadora

Endereço: Rua José Moisés, 900, Morada da Granja, Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro. Tel: (24) 33422418; (21) 26672696. e-mail: marta.magalhaes@ensp.fiocruz.br  
Endereço do CEP - Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 914, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21041-210. Tel./Fax: (21) 25982570.  
e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

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

---

Sujeito da pesquisa

**ANEXO IV****Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional**

\*Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência

Coordenação	Indicador	Parâmetro	Pontuação	Observação
Cl. Médica Cl. Pediátrica Cl. Cirúrgica Cl. Obstétrica PS Adulto UTI Neonatal	Nº de reuniões de equipe realizadas no trimestre	03 reuniões no trimestre sendo 01 por mês com registro em ata da pauta discutida e das decisões tomadas com participação do no mínimo 04 representações profissionais	03 reuniões conforme parâmetro = 5 pts 02 reuniões conforme parâmetro = 2,5 pts Menos de 02 reuniões realizadas conforme parâmetro = 0 pts	Mede a gestão participativa e estimulada a multidisciplinariedade
Cl. Médica Cl. Cirúrgica C. Obstétrica CTI Adulto Ambulatório PS. Adulto e Infantil Pediatria	Qualidade do preenchimento dos prontuários	100% dos prontuários preenchidos conforme protocolo único para análise dos BAMS e protocolo único de análise prontuário ambulatorial	75% a 100% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 5 pts 55% a 74 % dos prontuários preenchidos conforme parâmetros = 2,5 pts Menos de 55% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 0 pts	Unificação dos protocolos Melhor qualificação com monitoramento do registro dos profissionais médicos e enfermeiros, facilitando a análise do indicador; Mede a qualidade da atenção

## Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional

\*Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência

Coordenação	Indicador	Parâmetro	Pontuação	Observação
CTI Adulto	Média mensal de tx. de mortalidade trimestral Média trimestral do Apache II	$\geq 0.5$	> que 0,6 = 5 pts 0,6 a 0,4 = 2,5 pts < que 0,4 = 0 pts	Mede a qualidade da assistência de forma mais qualificada
UTI Neonatal	Taxa de Infecção	35%	Até 35% = 5 pts 35% a 40% = 2,5 pts Maior que 40% = 0 pts	Mede a qualidade da assistência
Clinica Obstétrica	Nº de cesáreas/mês x 100 Nº de partos /mês	30%	Até 30% = 5 pts 31% a 35% = 2,5 pts Maior que 35% = 0 pts	Mede a Qualidade
Clinica Cirúrgica	Nº cirurgias suspensas x 100 Nº total de cirurgias agendadas	30% com decréscimo de 5% a cada semestre até atingir o parâmetro de 20%	Até 30% = 5 pts 31 a 35% = 2,5 pts Maior que = 0 pts	Mede o Processo
Diagnose	tempo medio transcorrido entre a solicit. do exame laborat. básico de urgência (hemograma, glicose e EAS) e entrega do resultado	30 minutos	Até 30 min = 5 pts 31 a 35 min = 2,5 pts Mais que 35 min = 0 pts	Avalia o processo de trabalho.

## Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional

\*Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência

Coordenação	Indicador	Parâmetro	Pontuação	Observação
Imagem	Nº de Exames Repetidos por erro técnico x 100 Nº Total de Exames realizadas	0 Exames repetidos por erro técnico	0 Exames c/ erro = 05pts De 1% a 2% de Exames com erros = 2,5 pts Mais de 3% de Exames com erro técnico = 0 pts	Mede o Processo
Suprimentos	Nº de medicamentos e materiais sentinelas que estouraram estoque mínimo /mes x 100 Nº total de med. e materiais sentinelas	0 %	0% = 05 pts De 01 a 0,5 = 2,5 pts Maior de 0,5 = 0 pts	
Manutenção	Tempo médio entre a solicitação e o conserto de: chuveiro, entupimento de vaso sanitário e torneira estragada, nas clínicas assistenciais.	Até 12:00 h	Até 12 horas = 05 pts De 12:00 h a 24 h = 2,5 pts Mais de 24 h = 0 Pts	

## Planilha Global de Avaliação de Desempenho Institucional

\*Contém dispositivos que medem o processo de gestão, organização dos processos de trabalho e qualidade da assistência

Coordenação	Indicador	Parâmetro	Pontuação	Observação
Recepção	Nº de avaliação Positiva x 100 Nº total de avaliação	90%	90 a 100% = 5 pts 70 a 89% = 2,5 pts Menos de 70% = 0 pts	Mede a satisfação do usuário
	Nº de prontuários preenchidos incorretamente x 100 Nº total de prontuários preenchidos	100% dos prontuários devidamente preenchido na parte de identificação ao paciente.	90 a 100% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 5pts 60% a 89% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 2,5 pts Menos de 60% dos prontuários preenchidos conforme parâmetro = 0 pts	Mede processo
Processamento de Roupas Nutrição e Dietética Serviços Gerais	Nº de avaliação Positiva x 100 Nº total de avaliação	90% das avaliações da satisfação do usuário com resposta positiva.	90 a 100% de avaliação positiva = 5 pts 70 a 79% de avaliações positivas = 2,5 pts Menos de 69% de avaliações positivas = 0 pts	Refeito o questionário acrescentando relação médico/paciente enfermagem/paciente

24 indicadores - utilizando 80% valor existente

**INDICADOR ESTRATÉGICO GLOBAL - ABSENTEÍSMO**

<b>Coordenação</b>	<b>Indicador</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Observação</b>
<b>Todas as Coordenações</b>	<p align="center"> <b>Nº de funcionários faltosos/mês X 100</b>  <b>Nº total de funcionários</b> </p>	8%	<p>⇒ Até 10% = 5 pontos</p> <p>⇒ 10 a 15% = 2,5 pontos</p> <p>⇒ Mais de 15% = 0 pontos</p>	
	<p align="center"> <b>Nº de dias não trabalhados no trimestre X 100</b>  <b>Nº de dias trabalhados no trimestre X Nº de funcionários da Unidade</b> </p>	<p align="center"> <b>Inicial de 8%, com decréscimo semestral de 2% até atingir a meta de 5% medido por coordenação</b> </p>	<p>⇒ Até 8% = 5 pontos</p> <p>⇒ 8,1 a 10% = 2,5 pontos</p> <p>⇒ Mais que 10% = 0 pontos</p>	<p>→ Total de dias considerados no mês = 22 dias</p> <p>→ Considera-se absenteísmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Licença médica até 10 dias</li> <li>♦ Faltas não justificadas</li> <li>♦ Suspensão por medida disciplinar</li> </ul>

**ANEXO V****LISTAGEM DE INDICADORES ESPECÍFICOS POR UNIDADE**

<b>INDICADORES</b>	<b>UNIDADE</b>
questionário de satisfação do usuário internado	Recepção
taxa de ocupação, média de doentes por dia, média de permanência	CTI Adulto
taxa de ocupação, média de permanência, nº de cirurgias de urgência, nº de cirurgias eletivas, média de pacientes por dia, média de cirurgias por especialidade	Clínica Cirúrgica
nº de óbitos, nº de internações, atendimento geral, nº de transferências, nº de atendimento por clínica	Emergência
taxa de óbito, taxa de ocupação, média de permanência, taxa de infecção, custo	Pediatria
nº de exames terceirizados, média diária de pedidos de rotina, média diária de pedidos de emergência	Laboratório
nº de ecocardiogramas executados, nº de pacientes de ecocardiogramas, nº de ultrassonografias executadas, nº de pacientes de ultrassonografia atendidos, nº de exames de Raio-X executados, RX incidência, filmes válidos, filmes nulos	Imagem
taxa de ocupação, média de permanência, taxa de óbito, média de pacientes por dia	Clínica Médica
taxa de ocupação, taxa média de doente por dia, média de permanência, índice de partos normais, nº de consultas, nº de procedimentos, nº de natimortos, nº de curetagem, nº de pacientes em tratamento, nº de pacientes transferidos, nº de cirurgias, nº de óbito materno, nº de sauter, nº cesárias	Clínica Obstétrica
taxa de Infecção hospitalar global, taxa de infecção hospitalar por procedimento invasivo, taxa de mortalidade por peso	UTI Neonatal
nº de consultas/mês por especialidade	Ambulatório

**ANEXO VI**

**ORGANOGRAMA**

