

**MÔNICA APARECIDA COSTA**

**O PLANEJAMENTO COMO TECNOLOGIA DE GESTÃO  
QUALIFICANDO O CUIDADO E O ENSINO EM SAÚDE**

**BELO HORIZONTE  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**MÔNICA APARECIDA COSTA**

**O PLANEJAMENTO COMO TECNOLOGIA DE GESTÃO  
QUALIFICANDO O CUIDADO E O ENSINO EM SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração – Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.**

**Orientador: Dr. Joaquim Antônio César Mota, Professor do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais.**

**Co-orientador: Dr. Emerson Elias Merhy, Professor Convidado do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro.**

**BELO HORIZONTE  
2007**

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Júnior

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Subchefe do Departamento de Pediatria: Profa. Maria Aparecida Martins

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Francisco José Penna

Profa. Regina Lunardi Rocha

Profa. Ivani Novato Silva

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof. Marcos Borato Viana

Prof. Roberto Assis Ferreira

Rute Maria Velásquez Santos (representante discente)

Para

**André e Beatriz,**

*Como um legado que conta parte da nossa história.*

**MEUS AGRADECIMENTOS PELA ALEGRIA DE  
COMPARTILHAR O PEDAÇO DE CADA UM NESTE PROJETO**

**Alexandre Gonçalves Costa, Aline Cisar, Alzira Jorge,  
Ana Augusta Pires, André Costa Werneck,  
Antônio Pinho Ribeiro, Beatriz Costa Werneck, Edilene Simões,  
Elizete Neme, Emerson Merhy, Geraldo Nícias Costa,  
Geraldo Primo, Helena Rodrigues Costa, Helvécio Magalhães,  
Henrique Rodrigues Costa, Henrique Torres,  
Henrique Vitor Leite, José Maurício Lemos,  
Leonardo José Gonçalves Costa, Leonor Ribeiro,  
Lilian Esteves, Maria do Carmo, Maria do Carmo Avelar,  
Marcos Vasconcelos, Marli Antunes, Mariza Roquete,  
Renata Rodrigues, Ricardo Pimenta,  
Roberto Assis, Tânia Lima,  
Terezinha Gonçalves Costa.**

Especialmente, ao **Professor Joaquim Antônio Cesar Mota** pelo  
carinho e pela ousadia de fazer junto.

# LISTA DE ABREVIATURAS

- ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
- AG – Atenção Gerenciada
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- ANDIFES – Associação Nacional de Dirigentes de Instituições de Ensino Superior
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ASPLAN – Assessoria de Planejamento
- ASV – Ambulatório São Vicente
- CENDES – Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela
- CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe
- CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
- CTI – Centro de Tratamento Intensivo
- DEPE – Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão
- ELSA – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
- FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
- FM – Faculdade de Medicina
- FUNDEP – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
- HC – Hospital das Clínicas
- HMOB – Hospital Municipal Odilon Behrens
- HU – Hospital Universitário
- HUE – Hospital Universitário e de Ensino
- G - Governo
- INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEC – Ministério da Educação

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

NOB – Norma Operacional Básica

ONA – Organização Nacional de Acreditação

OPS – Organização Pan-americana de Saúde

OS – Organizações Sociais

PA – Pronto Atendimento

PAB – Piso Assistencial Básico

PAC – Programa de Agente Comunitário

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PID – Programa de Incentivo ao Desempenho

PLIDERH – Plano Integrado de Desenvolvimento de Recursos Humanos

PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas

PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SP – Serviços Profissionais

SUS – Sistema Único de Saúde

TGA – Teoria Geral de Administração

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UF – Unidade Funcional



UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

US – Unidade de Serviço

## RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa para avaliação do processo de mudança organizacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais a partir da implantação das Unidades Funcionais, elegendo a Pediatria como estudo de caso privilegiado. A investigação considerou ampla análise documental e realização de entrevistas semi-estruturadas com docentes da Faculdade de Medicina e ocupantes de funções estratégicas na estrutura gerencial da Unidade Funcional Pediatria.

O estudo aborda a complexidade do hospital universitário, constituído por vários agentes sociais portadores de distintos interesses e projetos, discutindo as diferentes racionalidades que ordenam os objetivos, diretrizes e micropolítica institucionais. Partindo da evolução conceitual e metodológica do planejamento estratégico e situacional em saúde na América Latina, incorpora os fundamentos da Teoria do Agir Comunicativo do filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas. Para ele, o planejamento é uma estrutura comunicativa composta por um sistema de falas e de compromissos de ação obtidos através do entendimento entre sujeitos, mediado pelo desempenho discursivo, produzindo acordos e consensos voltados para o futuro, segundo um sistema de valores e convicções comuns.

A análise do processo de descentralização administrativo-gerencial ocorrido no Hospital das Clínicas da UFMG e na Unidade Funcional da Pediatria demonstra que os modelos de planejamento participativo possibilitam a conformação de novas estruturas de poder, novos sistemas de comunicação e de desenvolvimento de atividades, qualificando as práticas institucionais e os processos produtivos da assistência e ensino a partir do território do cuidado.

Nesta perspectiva, o planejamento é uma tecnologia de gestão vinculada a uma ética da integralidade e resolutividade da assistência, resgatando o protagonismo do usuário e do aluno como elemento impulsionador do trabalho vivo, criativo.

Por outro lado, a investigação alerta para o risco da burocratização dos processos de mudança organizacional. Aponta para a necessidade do desenvolvimento cotidiano de novos mecanismos e dispositivos de coordenação no hospital e nos vários serviços que compõem a rede de forma a interferir nos processos de trabalho dos diversos profissionais a partir da razão dos usuários e de suas necessidades, elegendo como eixo principal a temática da micropolítica onde ocorrem os atos de cuidado e de ensino e as relações.

# ABSTRACT

This is a qualitative research that aims to evaluate the process of organizational change after implantation of a new managing model, the Functional Units, choosing the Pediatrics unit as a case study. The investigation method comprised an extensive documentation analysis and semi-structured interviews with professors of the Medical School and personal in charge of strategic positions in the managing structure of the Pediatrics Unit.

The study approaches the complexity of an University Hospital, which is composed of various social agents with distinct interests and projects, by discussing the different rationales behind their objectives, goals and institutional political arrangements. Starting with the conceptual and methodological framework of Strategic Planning in South America, it incorporates the basis of the Communicative Action theory of the German philosopher and sociologist Jürgen Habermas. According to him, planning is a communicative structure composed of a system of talks and commitments of action reached through the understanding between subjects, mediated by language, producing deals and agreements envisaging the future, based on a common ground of values and beliefs.

The analysis of the administrative and managing decentralization process that occurred at the Hospital das Clínicas da UFMG and at the Pediatrics Functional Unit shows that models of participative planning allow the emergence of new structures of power, new systems of communication and new ways of developing activities, making institutional practices and the care and teaching delivery process more qualified.

According to this view, planning is a managing technology linked to the ethics of an integral and efficient care, restoring the role of patients and students as a driving force of live, creative work.

On the other hand, this investigation calls attention to the risk of bureaucratization of organizational change processes. It points out to the need

of a daily effort to develop new coordination mechanisms and tools within the hospital and units that make up its network, in order to allow patients' needs and points of view to permeate the work of different professionals, electing micropolitics as the main axis of interest, since it's where care, teaching and its relationships occur.

# INDICE GERAL

<b>1- Introdução</b>	<b>15</b>
<b>2- Marco Teórico</b>	<b>22</b>
2.1- As Políticas de Saúde no Campo das Políticas Sociais	23
2.2- A Transição Tecnológica e a Reestruturação Produtiva em Saúde – O Campo das Tecnologias Leves	33
2.3- Da Ação Instrumental do Planejamento ao Agir Comunicativo	44
2.4- As Organizações Hospitalares como Analisadores Institucionais	70
2.5- A Interação Dialógica entre o Cuidado e o Ensino em Saúde	86
2.6- A Ética Desejada para o Cuidado e o Ensino em Saúde	101
<b>3- Metodologia</b>	<b>107</b>
3.1- Justificativa do Método	107
3.2- A Construção do Objeto	111
3.3- Análise Documental	113
3.4- Entrevistas	114
3.5- Aspectos Éticos	118
<b>4- O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais como Analisador Institucional</b>	<b>119</b>
4.1- O Processo de Desenvolvimento Institucional do Hospital das Clínicas da UFMG até 1998	119
4.2- A Nova Dinâmica Institucional do Hospital das Clínicas da UFMG – O Projeto de Unidade Funcionais	142
<b>5- A Unidade Funcional Pediatria como Analista Institucional</b>	<b>165</b>
5.1- Origem e Consolidação da Unidade Funcional Pediatria	166
5.2- Uma Abordagem da Unidade Funcional Pediatria a partir do Discurso dos Entrevistados	171
<b>6- Considerações Finais</b>	<b>189</b>

6.1- As Organizações Hospitalares como Analisadores Institucionais	192
6.2- A Transição Tecnológica e a Reestruturação Produtiva – O Campo das Tecnologias Leves	194
6.3- Da Ação Instrumental do Planejamento ao Agir Comunicativo	196
6.4- A Ética Desejada do Cuidado e Ensino em Saúde	198
<b>7- Referências Bibliográficas</b>	<b>201</b>
<b>Anexo 1- Relação das Unidades Funcionais do Hospital das Clínicas da UFMG</b>	<b>208</b>

## **CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO**

Este trabalho é fruto do exercício de uma reflexão sistematizada amparada metodologicamente na pesquisa qualitativa cujo objetivo principal é o de desenvolver investigação e análise sobre a produção da saúde – cuidado e ensino – em um hospital universitário, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, no período compreendido especialmente entre 1998 e 2005 quando ocorreram mudanças estruturais e operacionais no seu processo de gestão e organização internas, de inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e de relação com a comunidade universitária. Nasce da necessidade de uma reflexão sobre minha inserção e militância profissionais marcadas pela defesa de um projeto que compreende o trabalho e a produção em saúde como um recurso precioso para qualificar a vida e as relações, possibilitando ganhos de autonomia e consciência aos trabalhadores e usuários.

Tal proposta se concretizou na apresentação de um projeto de mestrado que encontrou abrigo no Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais escolhendo como objeto de pesquisa, o processo de planejamento e gestão em saúde e seus efeitos na assistência e no ensino, abordando de forma privilegiada o Hospital das Clínicas da UFMG e elegendo a Pediatria como estudo de caso.

Diversos são os elementos teóricos, metodológicos e vivenciais que me nortearam nesse processo e que gradativamente foram dando sentido para o mosaico de conceitos, percepções e objetos que se apresentaram no início, às vezes fragmentos desconectados, ainda sem muita expressão e representação na tímida hipótese formulada de que o planejamento como tecnologia de gestão pode concretamente se tornar recurso para qualificar o cuidado e o ensino em saúde, produzindo a integralidade e a resolutividade da assistência e formando profissionais ética e tecnicamente responsáveis com a defesa da vida individual e coletiva, capazes de promover a inclusão permanente dos usuários ao mundo da cidadania.

O percurso feito para formatar o objeto de forma mais clara e reduzido é fruto de um processo lento, progressivo e que contou com a participação de múltiplos atores. De



fato, foram diversos os momentos onde as questões conceituais e metodológicas afeitas ao tema se constituíram em conversas, debates, e reflexões com os companheiros do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da UFMG, e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, provocando de forma instigante e gratificante uma reflexão sobre os autores que me subsidiaram e sobre nossa práxis, desnudando questões triviais e complexas, específicas e gerais e nos aproximando de um fazer coletivo identificado com a construção de novas concepções e práticas em saúde.

Nesse sentido, são evidentes os elementos que atestam a crise do sistema de saúde brasileiro, restringindo seu potencial de constituir-se como política distributiva e compensatória das desigualdades sociais geradas no processo de produção de riquezas, bens e serviços. Capaz de promover a universalização do acesso, a disponibilização de tecnologias para os diversos perfis de necessidade dos usuários, garantindo a integralidade e a resolutividade do cuidado. Nesse sentido, apesar dos significativos avanços observados em termos de desenvolvimento tecnológico para o enfrentamento das grandes questões de saúde, verifica-se uma crise do sistema que se expressa através da iniquidade, da ineficácia e da ineficiência, cujos fatores determinantes não se referem tão somente à política de financiamento e ao modelo de gestão do setor.

Já na ótica do usuário, manifestam-se principalmente como um desrespeito aos princípios que devem orientar a organização dos serviços e os modelos de práticas dos profissionais – a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização com o paciente e suas necessidades. Trata-se de um paradoxo. Aposta-se no uso intensivo de equipamentos, máquinas e dos saberes bem estruturados como os principais mediadores da relação entre o profissional e o usuário, relegando a plano secundário sua subjetividade e referências culturais e a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Deixa-se de resgatar a clínica como o espaço privilegiado da produção das relações e dos atos de saúde, desconhecendo, também, a qualificação que os processos de gestão comprometidos com a integralidade podem promover no cuidado, impactando positivamente e produzindo novos modelos de ensino-aprendizagem em saúde.

Segundo MERHY *e colaboradores* (1992), o modelo assistencial representa as diretrizes básicas de um projeto político das diversas forças sociais e se concretiza como

modos técnicos de se promover as ações, resultando em certo perfil de serviços e de sistema de saúde. Ele compõe-se por diversas modelagens e combinações tecnológicas, cujo principal objetivo deve ser a garantia de atender aos princípios fundamentais de qualidade, integralidade e resolutividade, produzindo usuários e trabalhadores com autonomia para conhecer, compreender e atuar de forma partilhada nos problemas de saúde através de canais efetivos de participação e negociação. Os modelos de atenção estão apoiados numa dimensão política, tecnológica e assistencial, constituindo-se, portanto, como modelos tecnoassistenciais. Representam os projetos políticos dos diversos atores sociais, o aparato institucional da constituição de serviços e a produção concreta das ações de saúde a partir dos arranjos entre os vários modelos teóricos e de práticas dos profissionais.

A análise do modelo tecnoassistencial vigente e sua relação com a crise do sistema de saúde conformam no campo da macropolítica a discussão acerca do papel do Estado e da participação da sociedade no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde e da criação de instituições capazes de executá-las. No campo da micropolítica, desvendam os processos de trabalho desenvolvidos, como se articulam os saberes, práticas e as relações profissionais e com os usuários, identificando os produtos resultantes e refletindo a vida institucional com toda sua diversidade e complexidade para além do que está inscrito no caráter formal e oficial das organizações. É na temática da micropolítica do trabalho vivo que os atores atribuem significados para os projetos e diretrizes institucionais, organizando seus canais de participação, de comunicação e de intervenção. É onde a vida ganha sentidos, onde se encontram e se confrontam as diversas racionalidades operantes, onde se manifestam os ruídos, as rupturas, as contradições, o instituído e o instituinte, em processos entrelaçados.

As organizações se apresentam, então, como *locus* de significados que os atores atribuem a sua práxis em um arranjo social em permanente construção pela multiplicidade de interesses e projetos em disputa e em conversação. Como contribuição importante para uma nova abordagem do planejamento institucional, busca-se superar a racionalidade instrumental que aposta na escolha dos meios para o alcance de determinados fins através de uma razão comunicativa baseada na produção do entendimento mútuo a partir de um sistema de valores e convicções comuns.

Enquanto política setorial, a saúde surge a partir da segunda metade do século XIX através do conceito de saúde pública, expressando-se como Medicina Social na Europa e especificamente como Medicina Urbana na França, Medicina de Estado na Alemanha e Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra. Historicamente, a importância da Medicina na política está relacionada a uma preocupação crescente de uma nova economia analítica da assistência, dependente de estatísticas e associada à formação do hospital como lugar privilegiado da produção da saúde através do desenvolvimento do saber médico e da prática da medicina moderna.

De maneira geral, o hospital é uma instituição estratégica nos sistemas de saúde, símbolo de poder social da profissão médica, local de desenvolvimento do saber e da prática da medicina moderna e de institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. É reconhecidamente uma das organizações mais complexas pelas especificidades que apresenta nos processos e produtos do seu trabalho, resultado do encontro entre as diversas racionalidades operantes no seu cotidiano como expressões dos múltiplos valores e interesses dos grupamentos profissionais e burocráticos existentes. Segundo CARAPINHEIRO (1998), o hospital é uma organização em franco processo de crescimento em tamanho e complexidade com acréscimo quantitativo e qualitativo de pessoal, multiplicação de serviços e das especialidades médicas, e significativo desenvolvimento tecnológico com importantes mudanças na estrutura de saberes, poderes e nos sistemas de comunicação. Tal cenário torna-se mais contraditório com a inclusão da autoridade acadêmica, associando-se o poder adocrático dos docentes, atuantes a partir do exercício dos seus saberes, ao poder carismático dos médicos, ao poder profissional das distintas categorias e ao poder burocrático dos administrativos.

De forma progressiva, os hospitais universitários (HU) modificam o papel social que cumprem e a sua dinâmica interna de organização e funcionamento, constituindo-se como potentes analisadores de macro e micropolíticas. São peças fundamentais para a análise da evolução do sistema público de saúde e de ensino superior como um todo, incorporando dimensões onde emergem temas de ordem política, econômica, técnica e social a partir do estudo dos modelos de gestão, de assistência e de ensino e de pesquisa

desenvolvidos e das relações de poder institucionais e com as instâncias do Sistema Único de Saúde e Universidade, especialmente as escolas médicas. Abrem-se novos recortes, novas redes de conversações e conexões, novos atores em cena, novas matrizes discursivas.

Nessa perspectiva, a análise da produção do ensino no contexto atual dos hospitais universitários possibilita a investigação e a discussão acerca do modelo pedagógico praticado e sua relação com os modelos tecnoassistencial e de gestão. Busca verificar como os docentes vinculados às unidades acadêmicas e especificamente aos departamentos afins, participam do cotidiano institucional através de inserção nos processos de produção do cuidado no que se refere tanto às definições e implementações do modelo assistencial quanto nos processos de coordenação através das atividades gerenciais que desenvolvem nos diversos níveis da organização.

Tal referencial analítico possibilita um desnudamento de questões estratégicas na área da saúde, constituindo-se como o norteador deste projeto de mestrado. O desafio é grande, pois são múltiplos e complexos os atores, processos e produtos envolvidos. Dessa forma, foi necessário restringir o escopo do trabalho, direcionando-o para uma análise do modelo de gestão, cuidado e ensino do Hospital das Clínicas da UFMG. Para isso, foi utilizada a pesquisa qualitativa com realização de análise documental e entrevistas semi-estruturadas com docentes e integrantes da estrutura gerencial da Unidade Funcional Pediátrica, tendo como ponto de partida a minha vivência e militância profissionais e um referencial bibliográfico capaz de subsidiar e sustentar a hipótese de que o planejamento utilizado como tecnologia de gestão pode qualificar a produção da assistência e do ensino em saúde.

No sentido de realizar a investigação sobre o tema e construir o conteúdo para a discussão e considerações, foram definidos como objetivos específicos analisar a partir de um resgate histórico:

- A constituição do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e sua relação com a Faculdade de Medicina e o Sistema Único de Saúde

tendo como referência alguns destaques do processo de formação dos hospitais universitários no cenário nacional;

- A constituição do Departamento de Pediatria e sua inserção na Faculdade de Medicina da UFMG retomando o processo de reforma curricular ocorrido a partir de 1974;
- O processo de constituição das Unidades Funcionais do Hospital das Clínicas da UFMG, destacando a implantação, organização e funcionamento da Unidade Funcional Pediatria e sua influência no processo de produção do cuidado e do ensino;
- Como o processo de gestão e planejamento desenvolvidos no Hospital das Clínicas da UFMG especialmente a partir de 1998 promoveu mudanças expressivas na organização e funcionamento da instituição.

Vale ressaltar algumas dissertações e teses de natureza quali-quantitativa vinculadas à Universidade Federal de Minas Gerais e à Universidade Estadual de Campinas que progressivamente formatam um campo novo de investigação acadêmica. Constituído pelo tema da gestão hospitalar e da relação específica dos hospitais universitários com o Sistema Único de Saúde, abordando a evolução histórica da inserção e da importância dos HU para a construção e consolidação do SUS bem como as mudanças internas decorrentes – Meneses (1998), Cherchiglia (2002), Coutinho (2002), Jorge (2002), Carmo (2006), Abreu (2006).

Assim como a contribuição desses e de outros autores para a reflexão do tema da gestão hospitalar, espero que este trabalho, também, contribua para o desvelamento e compreensão da dinâmica de funcionamento de uma instituição hospitalar pública, universitária e inserida no SUS. Privilegiando a investigação e análise de pontos que aglutinem os temas do planejamento, da assistência e do ensino em torno de um referencial que defende a construção das relações e dos atos de saúde a partir do território do cuidado.

A tarefa possui desafios que não se esgotam com este projeto, mas criam novas possibilidades, onde o próximo passo poderá ser dado com mais discernimento e precisão. Trata-se de uma aproximação com o objeto de estudo, agregando em um cenário amplo de conexões teóricas uma vivência especialmente implicada, referenciada num sistema de valores de compreender o trabalho como elemento estruturante da vida e das relações. É quase um ensaio, mas que necessita ser sistematizado e objetivado, pois apesar de todas as implicações decorrentes de um fazer militante intimamente relacionado a um projeto político, ideológico e amoroso que tenho, ele necessita se constituir em “episteme”. Construir o sujeito portador de conceitos e de método, a partir do fazer implicado, operando a validação das verdades militantes através da produção de um conhecimento onde se (re)conhecem as várias implicações em jogo. De fato, minha inserção como Assessora de Planejamento do Hospital das Clínicas da UFMG desde 1999 e participante ativa dos movimentos pela Reforma Sanitária e construção do SUS me fazem sujeito militante e conformam parcialidades como pesquisadora (MERHY, 2003).

Entretanto, tal implicação é também potência, um componente epistemológico fundamental deste debruçar-me sobre o objeto de uma práxis coletiva e institucional, encarando o desafio de torná-lo objetivável, cientificamente validado, fazendo-me interrogar como co-autora deste processo sob foco analítico. Ao interrogar o fenômeno, o sujeito implicado interroga a si, criando neste processo novos sentidos, ressignificações, para o agir individual e coletivo. Apesar das parcialidades que conformam a minha relação com o objeto estudado, é preciso começar, pois as palavras impostas de dentro para fora vão me possibilitar a "dor e a delícia" de serem e eu ser o que sou, vão me permitir desnudar este mundo grande, inalcançável na sua plenitude, mas intenso nas inúmeras descobertas – grandes ou pequenas, triviais ou inéditas. E assim misturada à poesia da vida – os amores, as dores, as alegrias, os sonhos, os pesadelos, as esperanças, as frustrações – e o debruçar-me sobre um objeto com a pretensão de torná-lo epistêmico, vou matutando, rindo e sofrendo com os encontros dos pedaços plenos e abominando muitas vezes a falta ou excesso de palavras e de conexões (MERHY, 2003).

Os capítulos apresentados na seqüência buscam ordenar este processo de investigação e reflexão. No segundo capítulo, realiza-se a discussão teórico-conceitual, destacando-se a

contribuição de diversos autores quanto ao tema abordado e algumas de suas várias conexões – as políticas de saúde como políticas sociais, a transição tecnológica e a reestruturação produtiva em saúde, da ação instrumental do planejamento ao agir comunicativo, as organizações hospitalares como analisadores institucionais, a interação dialógica entre o cuidado e o ensino em saúde e a ética desejada do cuidado e ensino em saúde. No terceiro capítulo, discute-se a proposta metodológica adotada, destacando-se seu potencial e limitações. No quarto capítulo, apresenta-se um resgate histórico da Universidade, da Faculdade de Medicina, do Departamento de Pediatria e do Hospital das Clínicas da UFMG e a relação entre eles, conformando um cenário para discussão do modelo de planejamento desenvolvido no HC desde 1998. No quinto capítulo é discutido o processo de implantação e consolidação da Unidade Funcional Pediatria através de um resgate histórico, de uma análise evolutiva dos indicadores qualitativos de desempenho e da apresentação dos resultados das entrevistas semi-estruturadas realizadas com docentes e integrantes da estrutura gerencial da UF Pediatria. Finalmente, no sexto capítulo, são apresentadas as considerações finais, discutindo-se a hipótese levantada de que o planejamento como tecnologia de gestão pode qualificar o cuidado e o ensino nos hospitais universitários, destacando-se os principais achados à luz do marco conceitual, apontando-se também as novas perspectivas de ação.

## **CAPÍTULO 2 – MARCO TEÓRICO**

O percurso teórico necessário para abordar de forma detalhada e completa o objeto deste projeto é amplo, compreende diversas palavras chave, suporta muitas conexões, redes de informação e conversação com vários autores e campos de conhecimento das ciências sociais e naturais. Não é possível abarcar nesta dissertação de mestrado a diversidade de temas e sub-temas derivados, surgidos durante o exercício de reflexão e de prática. Nessa perspectiva foi realizada a revisão bibliográfica de autores considerados especialmente importantes e indispensáveis para subsidiar a formulação

do objeto e percorrer o caminho metodológico, possibilitando na última etapa do trabalho, discussões para uma maior compreensão e explicação do fenômeno estudado.

Portanto, o produto apresentado é fruto do desafio de focar o marco teórico em grandes temas, buscando constituir uma racionalidade analítica que inclua as principais interfaces do objeto pesquisado – os modelos de cuidado, ensino e gestão do Hospital das Clínicas da UFMG, particularmente abordando a Unidade Funcional Pediatria – com o processo de formulação de políticas sociais pelo Estado, especialmente as políticas de saúde, buscando avançar na compreensão dos paradigmas que sustentam os modelos tecnoassistenciais e os de ensino e sua expressão numa determinada conformação de serviços e de práticas de saúde e de ensino. Para eleger, então, os hospitais e, dentre eles, os universitários como objeto privilegiado, discutindo no âmbito destas complexas instituições, o processo de produção do cuidado e do ensino e sua relação com o modelo de gestão.

## ***2.1- AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOCIAIS***

ALMEIDA (2002) alerta que o conceito de *política social* utilizado correntemente se aplica a qualquer política que tenha por objeto “problemas sociais”, a qualquer ação assistencialista voltada para os pobres e desfavorecidos no sentido de minimizar ou neutralizar as conseqüências negativas de outras políticas sem necessariamente promover a justiça social ou abordar criticamente a ordem que subscrevem.

A noção de “desenvolvimento com equidade” ganhou força nas últimas décadas do século XX principalmente pelo aumento das desigualdades sociais vinculadas ao crescimento das políticas neoliberais. O termo “equidade” está histórica e conceitualmente vinculado à noção de igualdade e de liberdade, remetendo ainda à questão da justiça, dos direitos e deveres do cidadão e do Estado, tendo como referencial os documentos da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) e da Convenção Européia dos Direitos do Homem (1950) que orientaram as constituições dos diversos países no pós-guerra (ALMEIDA, 2002). Este conceito de equidade já existe em ARISTÓTELES (1987) que diferencia a “equidade” da “justiça legal”,



argumentando que o eqüitativo é superior, porquanto a lei se expressa universalmente, aplicando-se de forma indiferenciada apesar de uma afirmação universal não estar correta sempre. O eqüitativo é justo e superior a uma espécie de justiça, não à justiça absoluta, mas ao erro decorrente do caráter absoluto da disposição legal, o eqüitativo é uma correção da lei frente a sua razão universal.

Por outro lado, apesar da igualdade e a liberdade se fundamentarem na concepção do homem como pessoa, o ser humano é um *titular de direitos* que como *direitos individuais* se expressam na *liberdade* e enquanto *direitos sociais* se manifestam na *igualdade*. Nesse sentido, a igualdade é um bem social, estando associada ao conceito de justiça e sua aplicação se dá no campo das relações sociais a partir de políticas, estratégias, medidas de distribuição de benefícios e ônus. De outro modo, a liberdade é um bem, por excelência, individual podendo, inclusive, agravar as desigualdades sociais existentes, quando adotada como política de Estado em sociedades não igualitárias.

A igualdade e a justiça somente se sustentam e se concretizam quando são definidas as regras que especificam como os benefícios e ônus devem ser distribuídos e nem toda distribuição igualitária é eqüitativa, pois já existem os desiguais. Segundo BOBBIO (1987) existem duas formas clássicas de justiça social, a justiça comutativa que preside a distribuição de benefícios e ônus entre iguais e a justiça distributiva que inspira a autoridade pública na concessão de benefícios e ônus entre desiguais, segundo critérios que tratam as iniquidades. De forma relevante, os homens são mais iguais entre si pelas necessidades vitalmente significativas do que em relação às capacidades, existindo algumas necessidades que são da ordem imperativa, que se impõem e definem a maneira dos homens estarem no mundo e se relacionarem. O reconhecimento de alguns direitos sociais fundamentais é pressuposto e pré-condição para o exercício da liberdade e exigí-la significa antes concretizar politicamente e socialmente estes direitos.

A promoção da equidade está estreitamente relacionada à constatação da existência de desigualdades desnecessárias e evitáveis, consideradas injustas e, portanto, passíveis de intervenção por meio de políticas gerais e setoriais, inclusive as de saúde. Ao longo da história, foram desenvolvidas diversas doutrinas igualitárias com diferentes conotações do termo equidade e várias propostas para operacionalizar e medir a justiça social, refletindo os valores e as escolhas de determinada sociedade em momentos específicos,

tratando-se a equidade e a justiça social como uma meta contraditoriamente subsumida no século XX pela adoração do livre mercado (ALMEIDA, 2002).

No final dos anos 70, diversos pensadores fizeram críticas aos princípios keynesianos<sup>1</sup> de intervenção do Estado na economia e como provedor de bens e serviços além de diagnosticarem uma crise de legitimação do Estado de Bem-Estar Social<sup>2</sup> vinculada à sobrecarga estatal perante as demandas sociais crescentes frutos da crise econômica. A partir da década de 1980 de forma bastante generalizada, diversos países envolveram-se em processos de reforma do Estado adotando os princípios da política neoliberal hegemônica neste período caracterizada por uma redução do setor público, especialmente como provedor de bens e serviços e delegação de decisões a agências independentes não susceptíveis a pressões políticas.

Na verdade, a proposta de redução do papel provedor do Estado pretendia diminuir o desequilíbrio fiscal e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis, partindo-se do pressuposto de que o Estado agia em resposta a pressões de grupos políticos e burocráticos, portadores de interesses particulares e da existência de uma sobrecarga estatal pelas grandes demandas sociais decorrentes da crise financeira. Concluía-se que a intervenção do Estado nos negócios privados e a necessidade de altos impostos pagos pela sociedade para manter as políticas sociais causavam efeitos danosos na economia nacional, além da constatação de que as políticas desenvolvidas não alcançavam os resultados esperados.

A partir da análise de KETTL<sup>3</sup> (1996), ALMEIDA (1999) argumenta que o movimento generalizado por reforma do Estado adquiriu as características de uma “revolução global” de idéias e de políticas centradas no “gerencialismo” que se apresentou como

---

<sup>1</sup> John Maynard Keynes nascido em Cambridge na Inglaterra em 1883 foi um dos mais influentes economistas do século XX e suas idéias intervencionistas e estatistas chocaram-se com as doutrinas econômicas vigentes em sua época e estimularam a adoção de políticas intervencionistas sobre o funcionamento da economia.

<sup>2</sup> Welfare State” ou Estado do Bem Estar Social foi instituído pelo Plano Beveridge na Grã-Bretanha em 1943 definindo o Estado como a figura central da vida econômica e social em virtude de dispor de recursos suficientes para impulsionar a política econômica e para realizar as transformações das leis e da própria política exigidas no imediato pós-guerra (TOURAINÉ, 2006).

<sup>3</sup> Kettl, D. The Global Revolution: Reforming Government Sector Management. Paper apresentado no Seminário Internacional A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – Rumo a uma administração Pública Gerencial. Brasília: MARE, 1996.

ruptura das estruturas hierárquicas tradicionais, seus padrões rígidos e procedimentos normativos. Os reformistas defendiam sua “revolução global” fazendo cair por terra as teorias de autoridade hierárquica burocrática, base de sustentação do gerenciamento do Estado Moderno por mais de um século. Como alternativa, introduziram o gerencialismo caracterizado por maior flexibilidade gerencial e mudança do foco centrado até então nas atividades ou produtos das agências governamentais para os resultados obtidos.

Como questão principal deste processo, identificou-se a necessidade de se construir estruturas governamentais que funcionassem melhor e com menos recursos, portanto mais eficientes, definindo-se ainda quais as funções precípuas e responsabilidades do Estado iriam reorientar sua organização. Na realidade, existiram dois momentos deste movimento reformador: o primeiro na década de 1980 com a hegemonia neoliberal que pregava a crise do “welfare state” e quando predominaram as políticas de contenção de gastos principalmente através do controle do subfinanciamento dos setores sociais; o segundo, mais recente, com propostas que eximiram o Estado da responsabilidade única por algumas atividades que compunham a rede de segurança social ampliada, na perspectiva keynesiana (ALMEIDA, 1999).

Segundo ALMEIDA (1999), a revolução gerencial preconizada pelas propostas de reforma do Estado a partir dos anos de 1980 foi orientada para o mercado e marcada pelo gerencialismo. Formatou o novo gerenciamento público mundial fundamentado em alguns consensos, apesar de aplicações diferentes, segundo a realidade social dos diversos países. Destacaram-se:

- Flexibilidade gerencial com quebra dos monopólios estatais e redução do funcionalismo público;
- Remoção das barreiras burocráticas (normas, procedimentos e estruturas organizacionais) privilegiando o gerenciamento da qualidade total;
- Atendimento das demandas do consumidor (posteriormente diferenciando-se a abordagem de “cliente” como portador de necessidades que podem ser satisfeitas através do consumo de valores de uso e “cidadãos” como sujeito portador de direitos);

- Introdução de mecanismos de competição de mercado para alcançar maior eficiência a partir de gerência mais competente;
- Foco prioritário na mudança de procedimentos e processos, relegando-se a plano secundário as alterações da estrutura organizacional.

Propôs-se a quebra dos monopólios do Estado que constrangiam a livre escolha do cidadão e defendeu-se a idéia de que a eficiência era alcançada não pela privatização, mas pela competição por consumidores, o que provocava um melhor funcionamento dos serviços.

No caso da saúde, a partir dos anos de 1970, a discussão acerca da crise econômica e da crise do Estado de Bem Estar Social também suscitou questionamentos sobre os resultados obtidos. Avaliaram-se os custos/benefícios alcançados pelos sistemas de saúde construídos especialmente a partir da segunda metade do século XX e fundamentados na afirmação da saúde como direito de cidadania. Tais sistemas buscavam garantir o acesso aos serviços de saúde para todos os cidadãos de acordo com seu perfil de necessidades, independentemente da sua condição sócio-econômica. Atribuía-se ao Estado o provimento e o financiamento destes serviços de modo a promover a universalização e a equidade enquanto igualdade de oportunidades no consumo de bens do setor.

Nos anos de 1980, em sintonia com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, o debate conceitual sobre equidade avançou, discutindo a intervenção estatal na área da saúde, preconizando uma reforma dos sistemas de saúde prioritariamente voltada para uma atuação mais eficiente e efetiva, questionando-se, inclusive, a manutenção da assistência médica entre os benefícios da rede de segurança social. Os grandes eixos das mudanças propostas para o setor relacionaram-se tanto a uma contenção dos custos da assistência médica através da busca por maior eficiência como à reestruturação do *mix público privado*, redefinindo as atividades e responsabilidades de execução e financiamento além de um aumento da participação financeira dos usuários no custeio dos serviços que utilizavam (ALMEIDA, 1999 e 2002).

Por um lado, a face conservadora dessa reforma restringiu-se à discussão da assistência médica, núcleo central da estruturação dos sistemas de saúde em todo o mundo, focados

no desenvolvimento tecnológico e no hospital como local privilegiado de incorporação e distribuição dessa tecnologia, responsável pelo consumo de grande parte dos recursos em todos os sistemas. O objetivo principal era reduzir o gasto neste sub-setor, reforçar o papel do comprador dos serviços, enfraquecer o poder dos monopólios dos prestadores, especialmente médicos, minimizando a autonomia desses profissionais. Os processos decisórios de produção e da gestão do cuidado passaram a ser influenciados pelos administradores, financiadores, prestadores e consumidores (ALMEIDA, 1999; MERHY, 2002).

No plano ideológico, as reformas propostas foram processos tecnocráticos que despolitizaram a área setorial, enfraquecendo e minimizando os princípios de equidade e justiça social, restringindo-os à discussão econômica dos custos e limites de caixa e buscando, no plano técnico, alternativas mais eficientes e efetivas para alcançar determinados objetivos. Nesse sentido, as reformas sanitárias foram geralmente identificadas como reformas orientadas pelo mercado, abordando as iniquidades através de uma segmentação dos beneficiários com redução da intervenção do Estado e do financiamento público e focalização dos serviços e benefícios estatais nos mais pobres, respondendo às necessidades segundo um cardápio mínimo, uma “cesta básica de saúde” (ALMEIDA, 2002).

Tais reformas difundidas em todo mundo, disseminaram modelos de organização e funcionamento dos sistemas de saúde baseados principalmente na introdução de medidas racionalizadoras da assistência médica para redução dos gastos com a atenção hospitalar, desenvolvendo-se práticas de desospitalização e extra-hospitalares como ações de medicina preventiva, atenção primária e atenção domiciliar; separação entre provisão e financiamento dos serviços com distinção entre prestadores e compradores; constituição de mercados regulados e gerenciados por mecanismos de competição fortalecendo modalidades em franca expansão como a Atenção Gerenciada ou *managed care* e reestruturação do *mix público privado*, diversificando suas combinações através de incentivos e subsídios tanto nos aspectos da demanda e oferta como na utilização dos serviços e benefícios.

A realização de um balanço dos países da América Latina nas décadas de 1980 e 1990 demonstra, de modo geral, pouco ou discreto crescimento econômico, maior

concentração de renda e aumento do número de pobres e da exclusão social, resultando em intensificação das desigualdades sociais. Este cenário estava associado à crise financeira e às medidas realizadas pelo Estado com planos macroeconômicos de ajustes e estabilização condicionados pelos credores internacionais, hegemonizando uma política neoliberal. Segundo ALMEIDA (2002) esta dinâmica ocorreu concomitante a complicados processos de transição democrática, produzindo políticas públicas mais radicais do que em outros países do mundo e que provocaram o interesse de bancos e organismos internacionais com a questão social dos países dependentes de forma a vincularem seus empréstimos e apoios financeiros à recomendação de certas reformas sociais.

Nesse sentido, a América Latina, incluindo o Brasil, se diferenciou dos Estados Unidos e países europeus onde as reformas setoriais foram motivadas principalmente pelo excesso de gastos, sem correspondência de sucesso nos indicadores analisados. Na nossa região, a inclusão da reforma setorial na agenda política foi consequência do aumento dos índices de pobreza e piora das condições de vida e saúde, pela redução dos investimentos públicos nos setores sociais e pela emergência de novos atores políticos que vocalizaram demandas sociais (ALMEIDA, 1999).

Contribuíram ainda de maneira crescente, organismos e agências internacionais como o Banco Mundial com apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e que de forma ativa e prescritiva influenciaram as reformas sociais desses países. Pretenderam assegurar uma melhor utilização dos recursos, conciliando eficiência e equidade através de um conjunto de proposições que reorientou a oferta pública para a prestação de serviços básicos e de baixo custo direcionando-os para os mais pobres, buscando maior eficácia e abrangência. Tais proposições provocaram uma modificação das regras de financiamento e da concessão de benefícios afetando tanto o setor público como o privado, promovendo um fortalecimento do papel do Estado nos processos de regulação e fomentando-se a participação do setor privado no provimento de serviços de saúde e previdência (ALMEIDA, 2002).

De forma geral e respeitadas as diferenças regionais, as reformas sociais implementadas em países da América Latina e sustentadas pelas políticas neoliberais acentuaram o

individualismo e submeteram a política social ao componente econômico. Enfatizaram, dessa forma, o histórico conflito entre administração de recursos escassos e superação das desigualdades sociais. Ou dito de outra forma, entre eficiência e justiça social, interpretando a ciência econômica como ciência do comportamento livre de juízos valorativos e encarregada de propor soluções viáveis e eficientes mesmo à custa de terríveis sofrimentos sociais (TESTA, 1997).

Como alternativa, defende-se que a discussão das reformas sociais deve ocorrer primeiro no âmbito político e não no âmbito técnico, resgatando princípios e valores de equidade, solidariedade e justiça social, assumindo a imprecisão e a ambigüidade dos processos sociais historicamente construídos e necessários para a tomada de decisão. Trata-se, na verdade, de escolher qual o “*grau de desigualdade (e de conflito) que uma sociedade está disposta (ou consegue) suportar*” (ALMEIDA, 2002:14).

Especificamente no Brasil, a década de 70 foi marcada por intensas discussões políticas motivadas pela presença maciça das forças repressivas, pelo alto índice de desemprego, pela miséria e por altos índices de morbi-mortalidade. Constituíram-se movimentos de oposição política e ideológica ao regime militar, com forte caráter de denúncia e reivindicação de melhores condições de trabalho, de saúde, de liberdade de expressão e de participação social e que se concretizaram dentre tantas linhas de frente, na luta pela anistia e pela democratização do país.

Na década de 80, apesar dos agravamentos das desigualdades sociais e aprofundamento da crise do Estado de Bem Estar Social em escala mundial, o Brasil apresentou grandes avanços políticos na área da saúde que culminaram com o movimento pela Reforma Sanitária, realização em 1986 da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a aprovação da Constituição Federal de 1988 que estabeleceu a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e definiu as diretrizes do sistema nacional de saúde. Em setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde criou o Sistema Único de Saúde (SUS) definindo a universalidade, equidade, integralidade e controle social como princípios finalísticos e a descentralização e a hierarquização como principais estratégias organizacionais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Entretanto, no início da década de 1990, é sancionada a lei Orgânica da Saúde com vetos presidenciais, iniciando-se um movimento de contra-reforma na tentativa de rever os direitos sociais assegurados pela Constituição. Em 1995, o tema da Reforma de Estado adquire centralidade na agenda política do governo Fernando Henrique Cardoso no sentido de promover o crescimento sustentado da economia a partir do ajuste econômico. Nesta perspectiva, foram criados o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), a Câmara de Reforma do Estado e o Plano Diretor para Reforma do Aparelho de Estado (BRASIL, 1997; JORGE, 2002).

A reforma administrativa do Estado Brasileiro elaborada pelo Ministro do MARE, Bresser Pereira, apresentou evidente sintonia com os movimentos reformistas de cunho neoliberal implantados em outros países do continente americano e europeu, patrocinados pelo Banco Mundial e por agências internacionais. Manteve as mesmas premissas teóricas e as estratégias adotadas, buscando somente uma suavização ideológica do discurso neoliberal. Defendeu que a causa fundamental da crise econômica brasileira era a crise fiscal resultante do desequilíbrio financeiro da estrutura do setor público associado ao tamanho excessivo da dívida externa. Através de uma redução do papel e das responsabilidades do Estado propôs uma separação das funções de financiamento e execução formulando nesta perspectiva, a proposta das Organizações Sociais (OS). Como um modelo jurídico de entidades de direito privado, estas organizações públicas não estatais seriam responsáveis pela prestação de serviços sociais de natureza pública com autonomia financeira e administrativa sendo reguladas através de contratos celebrados com o Estado baseados na definição de compromissos mútuos e processos de avaliação de desempenho (JORGE, 2002; ALMEIDA, 1999).

O principal indutor da política de reordenamento do setor saúde foi a forma de alocação dos recursos financeiros através da Norma Operacional Básica de 1996 do Piso Assistencial Básico (PAB) para atenção básica e dos incentivos do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agente Comunitário (PAC). Tendo como referência o pressuposto de uma escassez de recursos e a necessidade de controlar o sistema para melhor atendimento ao cidadão, o projeto de reforma propôs ainda uma intensificação da descentralização, flexibilizando os critérios de habilitação de estados e municípios e definindo o poder e as atribuições de cada nível através da Norma Operacional Básica de 1996. Organizou também um Sistema de Atendimento de Saúde composto por um



subsistema de atenção básica e outro de atenção especializada e hospitalar e montou ainda um sistema de informações para avaliar custos, desempenho e qualidade da atenção (BRASIL, 1996; ALMEIDA, 1999).

O *mix público privado* brasileiro é bastante peculiar caracterizado por um pluralismo de serviços e instituições que compõem uma rede ainda desarticulada e fragmentada, atendendo de forma desigual os vários grupos populacionais conforme o poder aquisitivo dos beneficiários. O setor de saúde suplementar composto por operadoras de planos e de seguros é expressivo, cobrindo cerca de 42 milhões de pessoas em 2005, segundo o Sistema de Informações em Saúde Suplementar, com uma distribuição bastante heterogênea entre os estados, concentrando-se especialmente no sul e sudeste do país. A maior parte destes beneficiários utiliza em algum momento serviços públicos de saúde, especialmente, nos atendimentos de maior complexidade e alto custo como assistência de urgência/emergência e procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Por outro lado, parcela importante da população “SUS dependente”, estimada em torno de 115 milhões de pessoas, também compõe sua cesta básica de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando em determinadas circunstâncias serviços privados pagos fora dos pacotes contratados (ALMEIDA, 1999).

Apesar dos grandes avanços observados no processo de regulação do setor de saúde suplementar a partir de legislação específica iniciada em 1998 e da criação em 2000 e da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), observam-se ainda desafios relacionados à qualidade do modelo assistencial praticado, especialmente no campo da micro-regulação, conformado pelas relações estabelecidas entre operadoras, prestadores e beneficiários. Além disso, subsídios e incentivos presentes através de deduções fiscais e repasse para o preço dos planos e seguros pagos por toda a população, aprofundam as desigualdades na área da saúde do país (ALMEIDA, 1999).

Segundo NORONHA e SOARES (2001), o sistema de saúde brasileiro ingressa na primeira década do novo século com grandes desafios agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal introduzidos na década de 1990. Apesar do amplo processo de descentralização implementado principalmente a partir das Normas Operacionais Básicas do SUS publicadas entre 1993 e 1996, identificam uma contração de

investimentos públicos com deficientes mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária, uma desigualdade importante na assistência prestada para brasileiros de poder aquisitivo distinto, uma intensa heterogeneidade de serviços e de qualidade de assistência entre os diversos estados e municípios do Brasil. Apontam a necessidade de uma reorientação dos marcos da política macroeconômica, comprometendo recursos políticos, financeiros e administrativos com o processo de continuidade de uma reforma setorial democrática cujos avanços referem-se principalmente a uma redução das profundas desigualdades existentes (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

## **2.2- A TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA E A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA EM SAÚDE – O CAMPO DAS TECNOLOGIAS LEVES**

A Atenção Gerenciada (AG) ou *managed care* tem seus antecedentes históricos na década de 1960 vinculados aos trabalhos de Alain Enthoven, economista norte-americano que desenvolveu proposta de programação, planificação e orçamentação para o Departamento de Defesa Americano visando analisar os custos das ações de guerra e os resultados obtidos. Em 1977, Enthoven apresentou ao governo Carter projeto sobre plano de saúde por escolha do consumidor introduzindo a competição regulada no mercado privado. Como ponto de partida, diagnosticava os altos custos da assistência médica e propunha o controle administrativo sobre as decisões clínicas com redução dos exames complementares e tratamentos de alto custo além de estimular a competição entre grandes organizações prestadoras de serviços e de financiamento, estabelecendo disputas por preços. Buscava reorganizar novos modelos de atenção dos prestadores privados tendo como referência as políticas e diretrizes das instituições seguradoras e financeiras (MERHY, 2002).

O grande desenvolvimento da Atenção Gerenciada nos anos de 1980 nos Estados Unidos está associado a uma institucionalização dos planos de saúde de *managed care* como alternativa adequada de controle e contenção de custos relacionados à assistência médica e à inflação setorial. A AG consiste numa reatualização dos planos de saúde que se propõem a oferecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais. Busca fundamentalmente o controle da

utilização dos serviços tanto na demanda como na oferta, articulando as funções de prestação e de financiamento e contendo custos através de medidas que regulam a relação médico-paciente, interferindo na decisão clínica. A Atenção Gerenciada privilegia o atendimento básico através da obrigatoriedade do médico generalista, diminui o acesso às especialidades e ao hospital e controla rigidamente a atuação do profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa, basicamente de vertente econômica e centrados nos custos dos procedimentos (ALMEIDA, 1999).

Segundo MERHY (2002), a Atenção Gerenciada considera a saúde como um bem de consumo necessário a ser disputado no mercado e recomenda uma forte interferência do setor administrativo na produção e na gestão do cuidado, segundo uma racionalidade instrumental que aborda a doença como sinistralidade. Para controlar os processos microdecisórios da prática clínica, responsáveis finais pela incorporação tecnológica e custos dos serviços, o modelo de Atenção Gerenciada desenvolve e enfatiza diversos mecanismos gerenciais, formatando a partir dos meados da década de 80, a chamada competição gerenciada ou competição administrada.

Dentre as práticas gerenciais, destacam-se a adoção de protocolos clínicos pré-definidos, revisão da produção dos serviços com acompanhamento da incorporação de insumos e utilização de exames complementares e medicamentos, análise da prática médica e do desempenho de cada profissional contratado ou credenciado, incorporação do médico generalista como porta de entrada do sistema médico-assistencial, controle do consumo de serviços em cada tratamento, exigência de autorização prévia para utilização de procedimentos diagnósticos e curativos especializados. Nas diversas etapas desses processos introduz-se a atuação de um administrador com performance de um auditor, responsável pela mediação entre prestadores e usuários e pela regulação do uso das tecnologias do cuidado (COSTA, 2004).

O modelo da Atenção Gerenciada imagina um setor saúde francamente segmentado por grupos populacionais específicos com riscos de adoecimento e morte específicos, consumidores finais de ações de saúde reguladas por intervenções dos administradores na lógica econômico-financeira e executadas através de prestadores de serviços financiados por compradores inteligentes. Aposta que é possível combinar uma tecnologia da ação do setor administrativo sob os custos da assistência médica com

oferta de ações mais baratas e eficazes, resultando num grande impacto sobre o custo geral do sistema. A Atenção Gerenciada pretende que os serviços de saúde sejam mais competitivos entre si sendo regulados pela lógica do mercado na disputa por financiamento e clientela (MERHY,2002).

Ainda são controversos os resultados sobre a qualidade da assistência prestada através dos planos de atenção gerenciada nos Estados Unidos. Entretanto, é necessário considerar que as restrições impostas através de processos de auditoria, rotinas e protocolos clínicos assim como os incentivos financeiros existentes para os prestadores que adotarem rigidamente os parâmetros estabelecidos pelos administradores modificam drasticamente o que caracteriza o trabalho em saúde, desapropriando os profissionais da dimensão cuidadora, do saber-fazer centrado na razão do usuário e suas necessidades, provocando o surgimento de novos modelos de atenção, novos padrões e combinações tecnológicas (UGÁ *et al*, 2002; COSTA, 2004).

Para os países da América Latina, a Atenção Gerenciada ganhou contornos privatizantes a partir da concepção de que deve existir uma “cesta mínima” para o consumo de ações de saúde, disponível para todos os grupos sociais e que o acesso a novas modalidades assistenciais é incorporado segundo o poder aquisitivo dos usuários através dos prestadores privados. Para tanto, alguns governos propuseram novos modelos de gestão e de organização dos sistemas de saúde, apontando no caso brasileiro para a transformação dos hospitais públicos em Organizações Sociais (MERHY, 2002). No caso da Colômbia, desenvolveu-se o pluralismo estruturado, versão latino-americana da competição gerenciada e que propõe duas formas de inserção da população no sistema de saúde. De um lado, assegura para a população abaixo da linha de pobreza, através de regime subsidiado e transitório, o acesso a um pacote básico de atenção que pode ser gradualmente expandido e de outro, distingue a população com poder aquisitivo suficiente para consumir um pacote mais ampliado de intervenções médicas (ALMEIDA, 1999).

De toda forma, as propostas da Atenção Gerenciada em seu modelo norte-americano típico e nas variações existentes em diversos outros países, modificam drasticamente a inserção e as relações entre os principais atores do processo de produção e da gestão do cuidado. De forma genérica, provocam a configuração de quatro grandes agentes do

sistema de serviços de saúde diferenciando os administradores, financiadores, prestadores e consumidores. No campo da micropolítica intervém no próprio ato de cuidar e de operar a sua gestão, desenvolvendo tecnologias que transferem o processo de decisão sobre as ações de saúde e sobre os recursos tecnológicos que devem ser utilizados na prática clínica das corporações médicas (saber médico) para o campo dos administradores, estratégia considerada indispensável pelos financiadores para reduzir os custos dos serviços de saúde (MERHY, 2002 ).

Neste movimento, contrapõem-se a autonomia e o controle exercidos pelo médico sobre os processos produtivos e condicionados historicamente pela pressão da medicina tecnológica aos interesses imediatos do capital e especialmente o gerenciamento do cuidado passa a ser um recurso estratégico, implicado então com os objetivos das grandes corporações financeiras e direcionado para o controle dos custos. A principal aposta é de provocar uma reestruturação do trabalho em saúde interferindo tanto na produção como na gestão do cuidado, fabricando uma transição tecnológica em direção a um novo patamar produtivo.

No Brasil, a utilização do ideário da Atenção Gerenciada encontra ressonância principalmente no campo da saúde suplementar, conferindo direcionalidade aos processos de reorganização das operadoras de planos de saúde. A racionalidade imposta pela lógica econômico-financeira de contenção de custos através da interferência no processo de produção e gestão da assistência é cada vez mais evidente no mercado privado da saúde brasileira. Por um lado, modifica de forma significativa a inserção dos profissionais da saúde, especialmente os médicos, estabelecendo novas modalidades contratuais e de credenciamentos que restringem a autonomia e o poder de negociação destes prestadores. Por outro, implanta estratégias e práticas gerenciais de macro e micro-regulação<sup>4</sup> capazes de modificar a relação entre profissional e usuário, estabelecendo uma parametrização do processo de produção do cuidado, base para uma avaliação de desempenho dos serviços e dos prestadores.

---

<sup>4</sup> Os conceitos procedem de CECÍLIO (2003) sendo que a macro-regulação refere-se ao controle que o Estado faz sobre as operadoras de planos e seguros saúde através da legislação e regulamentação existentes e a micro-regulação ou regulação operativa diz respeito às formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e beneficiários, existindo nesse campo um amplo conjunto de

O conceito de tecnologia será abordado a partir da contribuição de MERHY (1997) referindo-se especificamente ao que ocorre no processo de produção da saúde – serviços e relações – constituindo-se como potente analisador das ações resultantes e dos modos de produzi-las, desvendando os nexos estabelecidos entre a matéria-prima, a inserção dos sujeitos, as atividades operantes e os instrumentais utilizados nas diversas etapas do processo produtivo. Distingue-se nessa abordagem, o trabalho vivo do trabalho morto, conceitos discutidos pela corrente marxista e transpostos para uma análise do trabalho em saúde no sentido de se destacar o potencial criativo do trabalho humano em ato.

Para MARX (1985) o trabalho é compreendido como uma práxis que expressa a relação do homem com a natureza e com o mundo em processo de mútua produção a partir de um recorte interessado da realidade. É condicionado a partir de necessidades construídas historicamente segundo a inserção deste homem no mundo, resultando em relações sociais, culturais, ideológicas, políticas e afetivas. É a partir do agir do trabalhador constituído por saberes, práticas e produção de relações que os componentes do trabalho em si, matérias primas e instrumentos organizados e articulados, resultam nos produtos do trabalho. Este é um agir em ato, vivo, criativo que exige o saber e o fazer para se materializar concretamente nos produtos. Como trabalho morto entende-se aqueles produtos-meio que estão envolvidos, matérias-prima e instrumentos, e que apesar de terem sido trabalho vivo quando produzidos, já se cristalizaram, já estão instituídos. Trabalho vivo é o trabalho criador, que está em ação, instituinte de outros produtos e que exige certo auto-governo do trabalhador para utilizar o trabalho morto e concretizar as finalidades que persegue (MERHY, 1997).

No caso do trabalho em saúde, o consumo pelo usuário dos bens e serviços resultantes ocorre imediatamente na produção da ação a partir da construção de um “espaço interseção” entre o usuário e o trabalhador. Espaço este entendido como produto dos sujeitos nas suas interseções e interações, existindo para os dois em ato, no momento da relação em processo quando os sujeitos se colocam como instituintes, em encontro e negociação de necessidades não exclusivamente vivenciadas como carência, mas também como “desejo de ser positivamente”, na perspectiva dos homens como “máquinas desejantes” segundo GUATTARI e DELEUZE (1974).

---

atores que incluem os especialistas da intermediação e comercialização de planos e seguros, fornecedores de insumos e equipamentos, indústria farmacêutica, meios de comunicação (COSTA, 2004).

Historicamente, o mundo vem experimentando momentos de mudanças profundas nos processos de produção de riqueza, bens e serviços. Nesse sentido, destaca-se a Revolução Industrial que reestruturou completamente o modo das sociedades se organizarem, produzindo novos grupos sociais. E marcadamente as últimas décadas do século XX com a introdução de tecnologias que modificaram de forma radical a divisão técnica e social do trabalho, o perfil de qualificação profissional, o mercado de trabalho, os procedimentos produtivos e o ciclo de acumulação de capital. As revoluções tecnológicas ocorrem pela introdução de novos equipamentos, mas também por novas formas de gerir os processos de trabalho desenvolvidos, capturando o trabalho vivo, criativo e o auto-governo dos trabalhadores de forma a conformá-los num certo padrão de produção, atuando no interior dos processos micropolíticos. Portanto, a micropolítica é o lugar onde se governam os processos institucionais através da formulação e decisão de projetos e onde se governam e ocorrem também os processos de trabalho conferindo direcionalidade e concretude aos atos produtivos (MERHY, 1997 e 2002).

A captura do trabalho vivo está associada particularmente na atualidade à capacidade de gestão das organizações, desenvolvendo-se modelos e práticas gerenciais menos burocráticos, que conferem flexibilidade e plasticidade às instituições, transformando-as em organizações inteligentes, capazes de elaborar soluções para os problemas complexos que enfrentam de natureza semi-estruturada. Este é um tema corrente da Teoria Geral de Administração, que propiciou o desenvolvimento de modelos gerenciais mais flexíveis e participativos nos diversos setores produtivos. Como exemplo, observam-se os programas de Gestão da Qualidade Total e suas variações implementados nas empresas marcadamente no final do século XX, visando uma gestão organizacional voltada para a eficiência e efetividade das ações a partir de maior controle e racionalização dos processos institucionais e de trabalho.

No caso da saúde, o trabalho possui natureza muito menos estruturada pelo que ocorre no “espaço interseçor”<sup>5</sup> entre usuário e trabalhador, no padrão de produto final e no grau de satisfação que gera. O trabalho vivo, em ato, intervém permanentemente na gestão

---

5 Espaço interseçor é um termo utilizado por MERHY (1997) para representar as relações entre sujeitos em processo (usuário e trabalhador da saúde) nas suas interseções e interações, sendo originário de DELEUZE.

institucional e na gestão dos processos de trabalho atuando na dimensão política/organizacional como na dimensão operadora dos processos de produção do cuidado, constituindo-se como força instituinte, transgredindo e modificando o padrão pretendido pela aplicação de tecnologias gerenciais.

É importante destacar que no nível político/organizacional, as instituições de saúde são complexas, caracterizadas por uma multiplicidade de atores, protagonistas e defensores de diferentes projetos, saberes e práticas, de natureza marcadamente multidisciplinar e que disputam cotidianamente espaços de poder formal ou informal que assegurem o exercício de sua autonomia e a concretização de seus interesses, contrapondo-se explicita ou sub-repticiamente à macro racionalidade imposta pelos objetivos institucionais. Trata-se, de fato, de um conjunto de atores em situação, que fazem um recorte interessado da realidade, operando na lógica profissional e corporativa ou na lógica administrativo-burocrática em defesa de seus interesses e projetos.

Da mesma forma, no nível da organização dos processos de trabalho, existe também uma tensão constitutiva para o gerenciamento da produção do cuidado originária na fragmentação dos atos assistenciais segundo a lógica das profissões e materializados através da realização de práticas isoladas dos diversos núcleos de competência técnica dos profissionais cuidadores. Este protagonismo dos trabalhadores restringe o exercício coordenador das estratégias gerenciais e encontra também no protagonismo dos usuários que buscam uma abordagem mais acolhedora e abrangente, outro ponto de tensionamento, referente neste caso, ao próprio ato de cuidar (MERHY & CECÍLIO, 2003; MERHY, 1998).

Nesse sentido, a micropolítica do processo de trabalho em saúde deve ser entendida como um cenário de permanente criatividade e de constante tensionamento entre diversas forças instituintes que operam pelo conhecimento, pelo imaginário, por processos desejantes e também por mecanismos instituídos, fixados como trabalho morto e que buscam a perenização da ordem institucional. Não cabe, portanto, a noção de impossibilidade de mudança, pois o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em relação à produção do trabalho, às configurações tecnológicas existentes e às maneiras como os espaços de gestão encontram-se ordenados. De fato, no cotidiano institucional verificam-se ruídos que operam abrindo



fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, colocando em xeque o sentido e a lógica da produção bem como sua gestão (MERHY, 1997).

Na verdade, a dupla dimensão do trabalho vivo, em ato, permite o desenvolvimento de novas tecnologias no campo da produção concreta do cuidado e no campo da ação governamental de gestão dos processos institucionais e que conferem direcionalidade aos modelos tecnoassistenciais a partir de um olhar ético-político em defesa da vida individual e coletiva. Pressupõe, portanto, que o trabalho vivo opera permanentemente em processo e em relações (MERHY, 1997).

FLORES (1989) traz uma outra abordagem do cotidiano organizacional e das possíveis intervenções gerenciais a partir da compreensão de que as rupturas e falhas no instituído são fenômenos lingüísticos das práticas institucionais e que expõem sempre um ato de linguagem entre pares e que ilocucinariamente põem à vista uma ação comprometida com uma intencionalidade que está além daquela presente na mensagem emitida como forma locucionária do ato de fala. Como intenção ilocucinária, as rupturas do instituído criam a explicitação de compromissos que não estão imediatamente identificados na fala, mas nos atos. Compromissos que devem ser apreendidos, explicitados, compreendidos para que no plano gerencial possam ser compatibilizados na busca de um processo cooperativo entre os pares no interior das instituições. Este autor identifica os ruídos como atos de conversas criadoras de compromissos para a ação entre as distintas áreas da produção e dos níveis organizacionais, destacando a ação gestora cotidiana que todos detêm como o lugar vital para se pensar o processo organizacional a partir do desenvolvimento de uma capacidade de escuta e de indução de processos cooperativos entre os agentes institucionais.

MERHY (1997) entende tais ruídos como interrogadores do cotidiano, analisadores potentes para possibilitar o agenciamento de novos processos no campo da subjetividade que opera nos espaços de auto-governo do trabalho vivo, permitindo a invenção de novas missões, novos sentidos e novas configurações dos processos de trabalho para enfrentar as complexas necessidades de saúde e desenvolver novas práticas gerenciais. Aposta no resgate da dimensão cuidadora do processo de trabalho em saúde, concretizada numa clínica que se abre para novos encontros interseções onde as subjetividades, como qualidade e condição essencial do homem, fabricam novos

processos e arranjos tecnológicos no campo das necessidades de saúde e das ações cuidadoras individuais e coletivas. O trabalho vivo, em ato, tensiona e se expressa, singularizando em processos existenciais auto-referenciados, a vivência e a manifestação das necessidades, das demandas e das ações de saúde desenvolvidas, exigindo do trabalhador processos de escuta, de fala e de ação personalizados (MERHY, 1998).

No campo das práticas gerenciais, pensar o trabalho vivo, em ato, significa compreender a gestão como exercícios de governo realizados pelo conjunto de atores e que operam como mecanismos instituintes em um determinado modo de gerir e articular os saberes e fazeres do trabalho em saúde. É a possibilidade de desprivatizar e expor nos espaços públicos os distintos auto-governos, submetendo-os a um controle coletivo dos interessados tanto no nível das equipes que realizam os processos de trabalho como no nível organizacional onde se formulam as políticas e os projetos institucionais.

Os serviços de saúde se apresentam como arenas onde diversos agentes operam com intencionalidades que se refletem nas ações, disputando projetos e interesses e o cotidiano institucional é simultaneamente o mundo do instituído, das significações, onde existem e funcionam os acordos e contratos e o espaço onde se produzem os ruídos, os estranhamentos, as falhas, o sem sentido, forças instituintes que buscam novos caminhos.

Segundo MERHY (1997), os modelos assistenciais representam as diretrizes básicas de um determinado projeto político para o setor saúde a partir dos interesses dos diversos grupos sociais e se concretizam enquanto modos técnicos de se promover os atos de saúde, constituídos por várias modelagens e combinações tecnológicas. Nesse sentido, estão apoiados nas dimensões política, técnica e assistencial sendo denominados modelos tecnoassistenciais.

Entendem-se como tecnologia os recursos utilizados na produção do cuidado - máquinas, equipamentos, saberes, práticas e processos relacionais estabelecidos entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e os usuários. MERHY (1997) propõe uma sistematização das tecnologias em saúde, adotando a seguinte tipologia:

duras – tecnologias bem estruturadas tais como os equipamentos, máquinas ou ferramentas organizacionais as normas e organogramas;

leve-duras – tecnologias que expressam saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde sendo leves no sentido de se referirem a um saber adquirido e que se encontra inscrito na forma dos profissionais agirem e duras por se constituírem como um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, normalizável e normalizado;

leves – tecnologias não-estruturadas e produtoras de relações, de encontro de subjetividades a partir do trabalho vivo como no caso da produção dos atos de saúde a partir da escuta, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculo e nos processos de gestão a partir da forma de governar os processos de trabalho, produzindo projetos terapêuticos usuários centrados.

As diferentes formas de organizar tais modelos demonstram como se arranjam as tecnologias duras, leve-duras e leves, conformando processos de transição tecnológica e de reestruturação produtiva. Por transição tecnológica entende-se o processo de introdução de novas tecnologias ou novas configurações para as existentes e que geram novos produtos ou maneiras diferentes de se produzir os antigos provocando uma reestruturação produtiva. Um novo patamar onde se modifica a divisão do processo de trabalho, a qualificação dos trabalhadores, o mercado de trabalho e o ciclo de acumulação do capital.

No trabalho em saúde, MERHY (2002) distingue a dimensão centrada nos saberes técnicos específicos e em certas ordens profissionais e a dimensão cuidadora presente em qualquer prática de saúde independentemente do recorte profissional. O núcleo cuidador do trabalho em saúde adquire materialidade no espaço da clínica onde se produz o encontro de sujeitos e se manifesta por processos interseçores de fala, de escuta, acolhimento, vínculo, posicionamento ético, produzindo projetos terapêuticos centrados nos usuários e suas necessidades.

No modelo da medicina tecnológica, o projeto terapêutico é expressão de um somatório de atos fragmentados, produzindo procedimentos que geram novos procedimentos e onde a racionalidade impressa advém do saber-fazer bem estruturado, característico dos núcleos de competência técnica relativos a cada categoria profissional. Esta dimensão

do trabalho em saúde reduz ao máximo, quando não elimina a dimensão cuidadora como componente estratégico, subsumindo as tecnologias leves e centrando o foco das ações na produção de procedimentos. No que se refere aos processos gerenciais, sua capacidade restringe-se ao comando de unidades de produção de procedimentos profissionais numa assistência parcial e pouca resolutiva.

Historicamente, no caso dos modelos baseados na medicina tecnológica, verifica-se uma parceria entre os serviços hospitalares e o capital financeiro possibilitando um terreno produtivo propício para investimentos e acumulação tanto para o empresariado dos serviços de saúde como para a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Entretanto, tal parceria levou a um encarecimento progressivo da assistência médica devido aos custos elevados da incorporação tecnológica além de não promover eficácia global do conjunto das ações de saúde praticadas.

Um dos indicadores da crise do modelo da medicina tecnológica é o desenvolvimento de novas combinações entre a competência profissional centrada e a dimensão cuidadora a partir de intervenções administrativo-gerenciais que alteram os processos microdecisórios que conduzem a prática clínica e a sua gestão. É possível identificar uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva provocadas pelo capital financeiro interessado na capacidade lucrativa do setor saúde e baseadas principalmente nos núcleos tecnológicos não dependentes de equipamentos (MERHY, 2002).

E nessa disputa, aparece como espaço tecnológico emergente, o campo das tecnologias leves, o espaço da produção das relações para intervenção estratégica do capital financeiro que necessita controlar os custos do projeto terapêutico sem perder competências e a identidade como ação cuidadora, de saúde, fidelizando e adscrevendo clientela num mercado repleto de concorrentes. Nesse sentido, as tecnologias atuais da gestão e do planejamento, afinadas, inclusive, com a história da saúde pública, priorizam atividades de prevenção e promoção na abordagem de controle de grupos populacionais de alto risco e desenvolvem modalidades assistenciais multidisciplinares, extra-hospitalares e intersertoriais, reinterpretando a epidemiologia e a administração dos serviços de saúde a luz do controle dos custos. Captura-se, dessas formas, a microdecisão médica e de outros profissionais de saúde pela microdecisão gerencial, burocrática e administrativa em defesa dos interesses do capital financeiro. Atualmente,

este é um ponto crucial para o controle dos custos dos sistemas dos serviços de saúde, prioridade estratégica dos modelos baseados na Atenção Gerenciada.

O impacto desse processo de transição tecnológica e reestruturação produtiva no setor saúde ainda necessita ser percebido e analisado completamente. Entretanto, são evidentes os efeitos provocados no mercado público e privado dos serviços de saúde e no mercado de trabalho, especialmente no que se refere à inserção dos profissionais médicos, desapropriados de sua autonomia e sujeitos a uma precarização de seus contratos trabalhistas. Por outro lado, ocorre o desenvolvimento de novos saberes e práticas assistenciais e gerenciais formatando novas modalidades e combinações tecnológicas, modificando significativamente as instituições de saúde na sua dinâmica e funcionamento internos e na sua relação com os sistemas de saúde.

### ***2.3- DA AÇÃO INSTRUMENTAL DO PLANEJAMENTO AO AGIR COMUNICATIVO***

As questões colocadas buscaram abordar as políticas de saúde enquanto políticas sociais relacionadas à determinada concepção do Estado e Sociedade. Procurei também discutir o processo de trabalho na área da saúde, considerando sua especificidade, complexidade e tendências atuais de estruturação produtiva e de gerenciamento, destacando o território das tecnologias leves como o lócus privilegiado para reflexão e análise. Na verdade, este contexto mais abrangente é fundamental para a delimitação do objeto a ser investigado, contribuindo para que as variáveis deste estudo possam ser construídas a partir de uma compreensão da totalidade histórico-social.

Nesse sentido, este trabalho pretende combinar uma abordagem menos aprofundada das questões estruturais da macropolítica com o desvendamento dos pontos considerados estratégicos para a investigação e análise do planejamento e gestão como tecnologias qualificadoras da produção do cuidado e do ensino nas organizações hospitalares universitárias. Adota como ponto de partida uma visão que considera o mundo objetivo como produto social e histórico, portanto, em constante movimento. A análise do planejamento em saúde que será apresentada traz este desafio – resgatar a evolução

histórica do processo de planejamento especialmente na América Latina, destacando o enfoque estratégico e o enfoque situacional para aprofundar depois sobre o planejamento e gestão nas organizações hospitalares. Todavia, nessa revisão surge de forma instigante um novo enfoque do planejamento, agora como estrutura comunicativa, baseado no entendimento intersubjetivo, resultando na produção de um acordo entre sujeitos lingüística e interativamente competentes, possível a partir de convicções comuns atingidas através de um desempenho discursivo. Trata-se de uma abordagem do planejamento a partir da Teoria da Ação Comunicativa do filósofo e sociólogo alemão contemporâneo Jürgen Habermas da Escola de Frankfurt, estudado de forma privilegiada e cuidadosa pelo professor Francisco Javier Uribe Rivera da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, referência fundamental para o resgate dos conceitos-chave discutidos a seguir.

O ponto de partida para a Teoria da Ação de Habermas é uma crítica à ação racional de Weber<sup>6</sup> que analisando a sociedade capitalista, introduz o conceito de “racionalização” para descrever o processo de desenvolvimento das sociedades modernas caracterizado por uma ampliação crescente de esferas sociais submetidas a critérios técnicos de decisão racional. Weber distingue duas formas básicas de ação racional. De um lado, a ação referenciada a um objetivo, voltada para o cumprimento de fins próprios, racionalmente avaliados e perseguidos e cuja racionalidade se refere à escolha dos meios como possibilidades de ação ou recursos que irão possibilitar o alcance destes fins numa relação meios-fins – racionalidade instrumental. A eficácia da racionalidade instrumental é medida pela produção do estado de coisas no mundo objetivo e pela normatização técnica dos meios, tendo predominado a análise econômica de custo/benefício como o principal critério para a tomada de decisão nos processos de planejamento. Por outro lado, Weber discute a ação racional em relação a um sistema de valores, interpretáveis como éticos, estéticos, religiosos ou qualquer outra forma e cuja racionalidade se refere à escolha das condutas dentre as várias alternativas existentes capazes de cumprir os valores desejados - racionalidade substantiva, prática ou normativa. Nesse caso, o ator age racionalmente aceitando todos os riscos, não para

---

<sup>6</sup> Max Weber, intelectual e sociólogo alemão do final do século XVIII discutiu a ação social como comportamento humano quando o ator atribui a sua conduta um significado ou sentido próprio esse sentido se relaciona com a conduta de outras pessoas. Estudou a sociologia da religião, a política como vocação do Estado e a burocratização da sociedade.

obter um resultado exterior, mas para permanecer fiel a sua crença consciente no valor (RIVERA, 1995).

Entretanto, para Weber, a escolha dos valores é um processo que não possui fundamentação objetiva, pois as decisões de natureza valorativa são basicamente subjetivas e irracionais considerando que a realidade se caracteriza por uma pluralidade de interesses, onde não é possível uma universalização de questões normativo-valorativas a partir do uso da razão, de argumentação ou interpretações críticas que estejam apoiadas numa dimensão social. Para este autor, a decisão valorativa ocorre sempre no plano subjetivo por um querer não fundamentável, não sendo passível, portanto, de motivação e de regulação sociais. O que Weber considera racionalizável é o que justifica a preferência dos sujeitos, é a forma pela qual os sujeitos se orientam em relação aos valores. Nesse sentido, a racionalidade normativa expressa a tomada de consciência dos atores individuais de uma forma de agir que lhes é peculiar e que inclui tanto os valores subjacentes como a escolha lógica e racional dos fins. Esta racionalidade recusa a objetividade das normas práticas, levando a uma subjetivação dos fins valorativos e remete à racionalidade instrumental através de uma objetivação econômica dos meios.

Na moderna sociedade industrial, o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico propiciou o crescimento e aperfeiçoamento das forças produtivas, modificando as atribuições do Estado, responsável cada vez mais por intervir na economia, conciliando determinações do capital global com interesses nacionais. Há uma descaracterização da esfera política ocupada agora em encontrar soluções técnicas eficazes para gerir problemas derivados da interação social. A racionalidade instrumental da ciência e da técnica invade as esferas institucionais da sociedade, ampliando seu campo de atuação e transformando as próprias instituições. Substitui-se o espaço da interação comunicativa construído historicamente para subsidiar as decisões práticas que diziam respeito às comunidades pela discussão de problemas técnicos e as instituições produzem suas normas a partir de interesses instrumentais, onde os fins orientam os meios, independentemente de um sistema de valores éticos e políticos (GONÇALVES, 1999).

De forma distinta, Habermas critica a racionalização da ação social, argumentando que a racionalidade normativa ou material se constitui rigorosamente quando algumas normas éticas penetram nos âmbitos da vida adquirindo uma força unificadora da ação, constituindo-se, dessa forma, socialmente o sistema de valores. De fato, o conjunto destas normas configura uma moral no nível dos meios e dos procedimentos da ação, universalizando os princípios morais, capazes de regular a esfera das relações interpessoais e do comportamento dos indivíduos, impondo uma certa ordem social. Habermas critica o subjetivismo da racionalidade normativa de Weber, relacionando-o a uma ética dos fins últimos e não a uma ética de responsabilidade, onde os atores individuais se desobrigam de prestar contas em público das suas intenções e modos de fazer, desconhecendo as conseqüências possíveis de seus atos.

Para Habermans, o mundo social é lugar de institucionalização das normas e valores sociais - necessidades sociais e interesses coletivos - produzidos a partir de um processo interativo de convivência entre sujeitos capazes de comunicação e ação e que regem o bem-viver das comunidades. Contrapõe-se de forma mais ampla a Weber que constrói um paradigma filosófico definido como o paradigma do sujeito ou da consciência. Neste paradigma, as relações inter-pessoais são entendidas como entidades pertencentes ao mundo objetivo, na forma de coisas, “reificando” as relações, tratando o sujeito como algo isolado no mundo que pode ser representado e manipulado. Além disso, este paradigma desconsidera que o conhecer e o agir do sujeito necessitam de um saber prévio – um saber técnico e um saber das normas – resultado de um processo de aprendizagem por cooperação social e realizado através da linguagem (RIVERA, 1995).

A subjetividade do indivíduo é construída a partir de uma complexa rede de interações e ao menos potencialmente, a interação social é dialógica, interativa. A invasão da racionalidade instrumental no âmbito da ação humana interativa esvazia seu significado comunicativo e produz no homem contemporâneo formas de pensar, sentir e agir fundadas no isolamento, individualismo, competição e rendimento. De forma otimista, Habermas propõe o resgate da racionalidade comunicativa para a esfera das decisões dos problemas sociais, assumindo que o homem atribui sentido as suas ações através da linguagem e manifesta sua subjetividade através do diálogo (GONÇALVES, 1999).



Habermas propõe um novo paradigma da comunicação, cuja palavra chave é o entendimento, significando a produção de convicções intersubjetivas que coordenam as ações dos participantes a partir de uma motivação por razões e segundo um sistema de valores. Substitui-se o sujeito pela inter-subjetividade e a comunicação é resultado de uma relação entre sujeitos capazes de linguagem e de ação quando se entendem através de convicções comuns sobre algo no mundo. Habermas constrói o conceito de racionalidade comunicativa definida quando os planos de ação dos atores implicados ocorrem mediante atos de entendimento, um acordo racional que não pode ser obtido por uma intervenção deliberada sobre as decisões do oponente e nem por uma ação intrumental com vistas à obtenção de determinado fim (RIVERA, 1995).

Numa taxonomia definitiva, Habermas identifica quatro tipos de ação e de relações com o mundo. A ação teleológica composta pelos elementos instrumental e estratégico, a ação normativa, a ação expressiva e a ação comunicativa. A ação instrumental se baseia num saber empírico e nela se concentram as tarefas técnicas de controle da natureza e dos estados das coisas que fazem parte do mundo objetivo, buscando-se a partir da objetividade e padronização os melhores meios técnicos para se obter o êxito, realizando-se um fim desejado. A ação estratégica também é voltada para o êxito, baseia-se na idéia de conflito entre os sujeitos e sua finalidade é a interferência ou o grau de influência que pode provocar sobre as decisões do adversário. Os atores estão exclusivamente orientados para o sucesso do seu agir e buscam influenciar por ameaças ou sedução a definição da situação ou os motivos e decisões dos oponentes. Portanto, a ação teleológica inclui as dimensões instrumental e estratégica, referindo-se ao conhecimento que os homens partilham em relação ao mundo objetivo formado pela totalidade das coisas que existem e que podem ser produzidas (RIVERA, 1995).

A ação normativa é aquela estabelecida pelas normas sociais, ocorre no plano do direito e da moral e regula o comportamento dos atores sociais, orientando-se pela legitimidade, pelo consenso valorativo e não pelo critério de êxito ou eficácia e sua violação gera sanções. A ação normativa subentende o mundo social e o mundo objetivo. Os habitantes deste mundo são as relações interpessoais legítimas, as expectativas recíprocas de comportamento e as normas. A durabilidade e universalização da norma dependem do exercício discursivo da sua legitimidade e do

grau de reconhecimento da mesma pelos indivíduos e grupos. De outra forma, a ação expressiva é a exteriorização das intenções, necessidades, desejos e sentimentos subjetivos. Refere-se às manifestações externas do mundo interno do ator (RIVERA, 1995).

Finalmente, a ação comunicativa definida por Habermas pressupõe o uso da linguagem como um meio para se obter o entendimento, fazendo com que os falantes ao se relacionarem com o mundo, expressem de forma reflexiva suas manifestações ou emissões sobre as coisas, normas sociais ou vivências internas com pretensões de validade que podem ser reconhecidas ou questionadas. Para Habermas, o entendimento é o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade e a ação comunicativa integra o mundo objetivo, o mundo normativo e o mundo interno de forma crítica, estando sempre presente nos atos de entendimento reflexivo. No agir comunicativo, os atores buscam harmonizar internamente seus planos de ação e as conseqüências esperadas, subordinando a orientação finalística ao entendimento alcançado através da linguagem. A ação comunicativa é um mecanismo de coordenação das outras ações – teleológica, normativa e expressiva – e sua orientação preferencial é o entendimento (RIVERA, 1995).

A Teoria dos Atos de Fala foi desenvolvida inicialmente pelo filósofo inglês John Langshaw Austin (1911-1960) sendo modificada depois por John Roger Searle (1932-) e, de certa maneira, por Jacques Derrida<sup>7</sup> (1930-2004). Segundo esta teoria, os atos de fala contêm um elemento de conteúdo cognitivo ou proposicional que corresponde à descrição das coisas ou à prescrição das obrigações e o elemento performativo ou ilocutivo através do qual os agentes não apenas dizem algo, mas realizam uma ação que pode não fazer parte explicitamente do ato de fala, mas que está sempre presente de forma potencial, latente. Na verdade, os atos comunicativos representam interações que contribuem para produzir outras ações e para organizar as relações no mundo, possuindo três funções básicas e correlatas. A conversação entendida como a

---

<sup>7</sup> Jacques Derrida é um filósofo argeliano pós-moderno, criador do método chamado “desconstrução” que consiste em desfazer o texto na sua forma original para revelar seus significados ocultos, encorajando a pluralidade de discursos e legitimando a não existência de uma única verdade ou interpretação. Para Derrida, a racionalidade instrumental aprisiona as ações sociais e defendeu que o discurso e o conhecimento devem ser construídos de forma diferenciada. Orientou suas interpretações na estruturação e lógica dos textos por considerá-los como fonte primária dos discursos políticos, sociais e culturais.

constatação do estado de coisas desvincilhada de uma orientação exclusivamente instrumental; a produção das normas sociais a partir do estabelecimento das relações interpessoais legitimamente reguladas e a expressão autêntica das vivências interiores e dos sentimentos.

Nesse sentido, as comunicações que os sujeitos estabelecem entre si são mediadas pelos atos de fala e manifestam relações com o mundo objetivo das coisas, o mundo social das normas e das instituições e o mundo subjetivo das vivências e sentimentos. A cada um desses mundos correspondem diferentes critérios para julgar e interpretar os atos de fala, acatando ou não suas pretensões de validade que são a verdade das afirmações (relativa ao mundo objetivo), a correção e adequação das normas (relativa ao mundo social) e a autenticidade das expressões das vivências e sentimentos (relativa ao mundo interno). A ação comunicativa integra estes três mundos, possibilitando um entendimento reflexivo. A legitimação destes valores – verdade, correção e autenticidade – não é alcançada por uma racionalidade meio-fim, mas ocorre através do uso da linguagem que permite uma interação entre as pessoas, organizando-as socialmente em processos de argumentação e entendimento a partir de princípios reconhecidos e validados pelo grupo (GONÇALVES, 1999; RIVERA, 1995).

Para Habermas, o discurso é uma situação lingüística ideal, onde o conflito de idéias deve ser encarado argumentativamente. Seu objetivo é fundamentar as pretensões de validade das opiniões e das normas no processo comunicativo para se alcançar o entendimento mútuo através do consenso, pressupondo a interação e a participação dos atores que se comunicam livremente e em simetria (GONÇALVES, 1999).

Sob outro ângulo, ARENDT (1993) reconhece que podem existir verdades que estão além da linguagem com grande relevância para o homem no singular. Entretanto, os homens no plural que vivem, agem e se movimentam nesse mundo só podem experimentar o sentido das coisas pela linguagem, construindo significados inteligíveis para si e para os outros. Nesse sentido, é através do discurso que o homem se torna um ser político.

Tais conceitos são essenciais para se discutir o enfoque do planejamento como estrutura comunicativa, constituindo-se como eixo orientador para abordar de forma crítica os modelos normativo, estratégico e situacional praticados no mundo contemporâneo como tecnologia de gestão das sociedades, das políticas e das organizações. Compartilha-se da idéia de que é necessário alargar a racionalidade do planejamento para além da visão normativa-funcional que o reduz a um cálculo de utilidade centrado no recurso econômico ou do enfoque estratégico que concebe a seleção dos fins como uma racionalidade instrumental, considerando os outros atores como recurso ou restrição para viabilização do próprio projeto.

Como alternativa para uma razão transformadora, a Teoria do Agir Comunicativo traz elementos teórico-metodológicos potentes para um novo enfoque do planejamento, ressignificando-o como um sistema de falas com pretensões de validade entre sujeitos que operam interativa e lingüisticamente uma coordenação das ações através de um sistema de valores e de convicções comuns sobre a situação e as intenções dos atores, realizando acordos e consensos voltados para o futuro como compromissos de ação dotados de legitimidade (RIVERA, 1995).

De forma genérica, o planejamento é uma capacidade inerente ao ser humano, constituindo-se como um cálculo que preside e precede a ação no sentido de intervir de forma intencional sobre determinada realidade, buscando alcançar resultados desejados. É um meio tecnológico composto de saberes e práticas, apresentando-se como método de intervenção sobre as dimensões da realidade social na busca de efeitos finais previamente colocados. De fato, apesar das distintas configurações que o planejamento adquire nas diferentes experiências histórico-sociais, verifica-se a pretensão comum de constituir-se como tecnologia para a ação humana a partir de uma perspectiva instrumentalizadora da intervenção sobre as diversas práticas sociais, visando alcançar resultados previamente estabelecidos. Na vida do homem contemporâneo, o planejamento é tema prioritário concretizando-se como prática social transformadora a partir da construção de relações sociais alternativas à lógica reguladora do mercado, como ação governamental que produz políticas ou como instrumento para a gestão nas organizações (MERHY, 1995).

Para entendê-lo como campo de saber tecnológico é preciso verificar a natureza do que o planejamento toma como objeto de sua intervenção e as possibilidades concretas do seu agir instrumental sobre as práticas sociais para a obtenção de determinados fins. É fundamental analisar, inclusive, a pertinência e os limites de se instrumentalizar o campo da política, entendendo-a como lugar de produção social capaz de gerar processos e efeitos não funcionais, imprevisíveis e não controláveis. Sem desconsiderar, entretanto, a capacidade que o homem possui de agir instrumentalmente, de modo sistêmico-funcional sobre as dimensões da realidade social, produzindo benefícios coletivos, quando intervém submetido a um controle público e segundo uma lógica ético-prática (MERHY, 1995).

Como prática social transformadora, o planejamento tem se apresentado como tecnologia de gestão de sociedades, buscando a construção de relações sociais alternativas à ordenação imposta pelo mercado na lógica capitalista, constituindo-se como práxis<sup>8</sup> revolucionária e como método de ação dos sujeitos sociais transformadores, seja nas experiências do bloco soviético a partir da década de 1920, seja nos movimentos sociais dos partidos de esquerda latino-americanos após a década de 1960 (MERHY, 1995).

Na teoria da transformação social de tradição marxista, aposta-se na existência de alguns agrupamentos sociais que carregam na sua determinação a potencialidade de serem os sujeitos históricos capazes de modificar radicalmente os processos sociais através de uma ação crítico-revolucionária articulada a uma consciência de classe, desenvolvendo novos modos de operar sobre a realidade, rompendo com o processo estrutural determinante. Nesse sentido, defende-se que o desenvolvimento das forças produtivas através da constituição do proletariado e dos avanços tecnológicos é a pulsão histórica para o processo emancipatório dos seres humanos, base para as transformações estruturais.

---

<sup>8</sup> O conceito de práxis é um dos elementos centrais do marxismo. Entendida como a atividade humana prático-crítica capaz de transformar o ambiente externo tanto natural como social a partir de um real concebido subjetivamente. Para Marx, a natureza compreende tanto o material de que o homem se apropria como a sociedade. A práxis faz a mediação entre estes dois elementos, transformando as formas naturais através de um complexo de determinações particulares historicamente definidas, resultando também na transformação de si mesmo, do outro e da sociedade (BOBBIO, 1987).

No caso soviético, consagrou-se um método de planejamento social total, que buscou organizar as ações do Estado, tornando-se prática de determinação das relações sociais segundo uma racionalidade instrumental e um modelo normativo. Nessa situação, o planejamento representou o próprio processo para fundar novas sociedades, tornando-se o método de intervenção do Estado Socialista, invadindo o devir histórico com uma intervenção instrumental desconhecendo que há um conjunto de práticas sociais não passíveis de instrumentalização racional burocrática. Como resultados, ao tentar construir uma tecnologia de governar o processo histórico, o Estado Socialista desembocou numa práxis totalitária, mas ao desenvolver uma tecnologia de governar processos de trabalho, efetivamente levou a um aumento de eficiência e de eficácia dos meios (MERHY, 1995; GONÇALVES, 1995).

No caso da América Latina, o planejamento surge na década de 1940 segundo modelo normativo postulado pela CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – que apostava na superação da pobreza, miséria e desemprego advindos da troca entre os países desenvolvidos do centro e sub-desenvolvidos da periferia. Para isso, propunha substituição da política de importações pelo processo de industrialização, promovendo numa primeira etapa crescimento econômico, seguido de desenvolvimento integrado (econômico e social) com melhora das condições de vida das populações. Tratava-se de um enfoque econômico-instrumental e normativo, onde o político é um dado estranho, um interventor no processo de planejamento, responsável por modificar as prioridades programadas, segundo uma racionalidade não-científica. Apesar de uma aplicação generalizada nos países da América Latina, este modelo não propiciou resultados compatíveis com os objetivos, recebendo severas críticas desenvolvidas especialmente por Mário Testa e Carlos Matus, autores de enfoques que irão ressaltar o caráter interativo e a natureza política do planejamento.

Como instrumento e atividade de ação governamental, o planejamento apresenta-se como tecnologia de gestão de políticas, construindo tanto as políticas públicas com a ação estatal como as políticas setoriais, públicas ou privadas. Como política setorial busca ordenar o desenvolvimento social, utilizando o planejamento como instrumento de governo para controlar parte da relação Estado e Sociedade, conformando o Estado capitalista intervencionista. Tal perspectiva de ação surgiu com Keynes, um dos mais

importantes economistas do século XX, responsável por propostas de intervenções estatais na economia com o objetivo de estimular o crescimento e baixar o desemprego através de uma política de controle do Estado sobre os gastos governamentais em determinadas áreas da economia e sobre os mecanismos que regulam a dinâmica do mercado de trabalho. Keynes parte de uma compreensão que as crises cíclicas enfrentadas pelos países possuem natureza econômica. Ao defender a intervenção governamental na economia, seu principal objetivo era o aperfeiçoamento do sistema capitalista combinando o “altruísmo” social através do Estado com o movimento individual de ganhos através da livre iniciativa privada, considerando que tal equilíbrio não ocorre por vias naturais.

Apesar de admitir que o processo de formulação e implementação de políticas ocorra sob disputa entre diferentes sujeitos que conformam a natureza e a relação do Estado e Sociedade, constituindo distintas arenas institucionais, Keynes aposta no planejamento como instrumental básico para promover políticas públicas setoriais capazes de impactar efetivamente determinadas situações sociais. Através de uma abordagem sistêmico-funcional que pretende alterar o processo de determinação das relações sociais, busca explorar a gestão dos meios segundo uma ação intervencionista do Estado que formule e implemente políticas setoriais, agindo de forma instrumental sobre a configuração dos fins, promovendo maior controle político (MERHY, 1995).

Os princípios keynesianos orientaram as políticas econômicas dos países ocidentais até a década de 1970 sendo substituídos pelas idéias dos economistas neoclássicos que criticavam o Estado interventor por considerá-lo oneroso, burocrático e ineficiente. Tais críticas desencadearam mudanças profundas nas relações estabelecidas com a Sociedade, criando novas tendências acerca do papel do Estado e reorientaram o processo de planejamento como tecnologia de gestão das políticas para o campo do neoliberalismo e gerencialismo conforme já comentado.

Como instrumento de gestão organizacional, o planejamento tem sido tema prioritário das diversas correntes metodológicas da Teoria Geral de Administração buscando, geralmente, intervir sobre os processos de trabalho desenvolvidos, reorganizando-os segundo uma lógica administrativa e reguladora que busca construir procedimentos

mais eficazes que promovam um aumento de produtividade. Nesses casos, o planejamento tem operado de modo instrumental em campos e dimensões da realidade do mundo do trabalho e das organizações, especialmente a partir das propostas de Taylor e Fayol<sup>9</sup>, promovendo, inclusive, uma eficácia operacional importante.

De forma genérica, administrar significa planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar as organizações e seus processos produtivos com a finalidade de se obter maior produtividade e eficiência a partir da definição da missão e objetivos institucionais, elegendo-se as estratégias adequadas para obtenção dos resultados desejados. Historicamente, a Teoria Geral da Administração (TGA) começou com propostas de intervenção que enfatizavam a organização dos processos de trabalho no nível operacional com a Administração Científica de Taylor. Em seguida, priorizaram-se as intervenções na estrutura organizacional utilizando-se os princípios orientadores da Teoria Clássica da Administração de Fayol e da Teoria Burocrática de Weber. Posteriormente, a Teoria Estruturalista ampliou o campo da Administração, abordando tanto a organização formal como a informal. A reação humanística surgiu com ênfase nos recursos humanos através da Teoria Comportamental e do Desenvolvimento Organizacional e mais recentemente desenvolveu-se a Teoria dos Sistemas que destacou as intervenções no ambiente, seguida da Teoria da Contingência que priorizou as discussões do desenvolvimento e incorporação tecnológicos.

Tradicionalmente, não foram desenvolvidas metodologias específicas para subsidiar os processos de gestão dos serviços de saúde, aplicando-se de forma geral os princípios da Teoria Geral de Sistemas numa perspectiva funcionalista. Ignoram-se as contradições estruturais entre os componentes dos sistemas e dos serviços de saúde, apostando-se nas reformas administrativas como o principal instrumento para reordenar as organizações sanitárias.

Nesse sentido, os serviços são organizados a partir da demanda por consumo de ações prioritariamente médicas, segundo uma racionalidade capitalista baseada na eficiência

---

<sup>9</sup> Fayol, engenheiro francês, fundador da Teoria Clássica da Administração, buscou o aumento de produtividade e da eficiência das empresas através de intervenções na estrutura organizacional e no processo administrativo enquanto Taylor, engenheiro norte-americano considerado o pai da Administração Científica, destacou a organização racional do trabalho, reestruturando o método e a divisão das tarefas entre os operários.



como categoria para orientar o padrão de funcionamento das instituições. Mesmo hoje, de forma majoritária e incluindo as unidades públicas, compreende-se que a organização dos sistemas de saúde ocorre a partir do mercado, capaz de induzir modelos e estratégias de reestruturação dos serviços no sentido de uma crescente política de incorporação tecnológica e de aperfeiçoamento e controle dos processos internos com vistas a uma maior eficiência e competitividade. Nesta visão funcionalista, os serviços de saúde são organizações sistêmicas, constituídas por partes/setores que consomem insumos e desenvolvem certos processos internos, resultando em determinados produtos que serão consumidos por seus clientes de forma que a satisfação dos usuários realimenta o sistema e fecha o ciclo produtivo (MERHY & CECÍLIO, 2003).

Tendo como referência o ideário do projeto cepalino que buscava enfrentar o subdesenvolvimento das sociedades latino-americanas combinando desenvolvimento social com crescimento econômico, teve início a implantação de uma metodologia específica de planejamento para o setor saúde que buscava alcançar maior efetividade das ações e políticas direcionadas para os problemas sanitários. Como produto dos esforços conjuntos da Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e instituições venezuelanas de estudos e formação de recursos humanos como o Centro de Estudos de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES), surgiu, no início dos anos de 1960, o Método CENDES-OPS – Programação em Saúde, inspirado no planejamento econômico setorial e considerado a primeira proposta sistematizada de planejamento em saúde para a América Latina.

Baseado no planejamento normativo, o Método CENDES-OPS propõe um método de governar o setor saúde a partir de uma compreensão objetiva da realidade, buscando articular uma maneira ótima de utilizar os recursos disponíveis em relação aos problemas existentes, enfrentando a habitual condição das sociedades subdesenvolvidas que simultaneamente apresentam escassez e má utilização de recursos e diversidade de problemas de saúde. Para isso, adota um enfoque técnico-econômico do planejamento, assumindo o Estado como sujeito capaz de instrumentalizar uma ação sobre o sistema social, entendendo a realidade de saúde a ser modificada como uma problemática bem estruturada.

Nessa perspectiva, o sistema social é considerado um sistema objeto, sem relações interativas, caracterizado por comportamentos mais ou menos estáveis e previsíveis, que obedecem a causalidades que podem ser conhecidas e enunciadas através de leis de caráter eminentemente econômico. O conhecimento destas leis permite ao planejador prever com precisão os efeitos decorrentes da sua atuação sobre o objeto que reage de maneira comportamental, produzindo resultados estáveis. Não há o reconhecimento da existência de outros atores planejando, admitindo-se um diagnóstico único acerca dos problemas existentes, podendo ocorrer discrepâncias por erro do planejador ou dos instrumentos utilizados e o plano proposto se define como caminho ótimo a ser seguido na perspectiva da eficiência econômica.

De acordo com este enfoque, o método torna-se um imperativo para orientar a decisão do Estado no enfrentamento dos problemas de saúde, contextualizando o planejamento no campo da técnica e da normatização para definir as prioridades das políticas sanitárias, construindo planos com ações estabelecidas e aplicáveis de forma generalizada às distintas realidades sócio-históricas dos países subdesenvolvidos da América Latina. Invade, dessa forma, o campo da política com uma intervenção instrumental que pretende obter um ótimo de relação entre meios disponíveis e fins últimos.

Segundo RIVERA (1995), a planificação sanitária possui uma dimensão instrumental necessária e associada à utilização de critérios de eficiência econômica na organização dos recursos e atividades, à aplicação de um saber médico e epidemiológico de natureza empírica e parcialmente padronizável que irá subsidiar intervenções objetivas nos corpos e ambientes, possuindo como orientação finalística precípua, o compromisso de resultar em impacto positivo sobre a saúde das pessoas e populações. Entretanto, a racionalidade formal não é o único e nem o mais importante componente do cálculo do planejamento tendo em vista o caráter social dos fins sanitários e as especificidades do trabalho em saúde.

Com relação à definição dos fins sanitários, enfoques tecnocráticos como o método CENDES-OPS buscaram o modelo da racionalidade instrumental para equacionar esta escolha, objetivando as metas com priorização de grupos nosológicos que permitiam uma prevenção maior de mortes ao menor custo para os quais se destinavam maiores

volumes de recursos. Acreditava-se que as medidas decorrentes dessa priorização levariam a um aumento geral de expectativa de vida e da capacidade produtiva das populações de modo que investir em saúde promoveria o crescimento econômico, ignorando-se o princípio da equidade (RIVERA, 1995).

A utilização de indicadores epidemiológicos e técnicos de baixa capacidade de discriminação das desigualdades sociais e a indefinição dos grupos sociais prioritários que poderiam se beneficiar desse crescimento econômico e do maior consumo de serviços de saúde demonstram que os meios subordinam os fins nesse modelo tecnocrático de planejamento, onde a meta final é a maximização dos resultados econômicos. Nessa perspectiva, o que orienta a definição dos fins é a identificação de uma preferência social que seja compatível com a análise econômica. Entretanto, na impossibilidade de se construir uma função de bem-estar social a partir das preferências pessoais, o método tecnocrático opta pelo ideal de crescimento de consumo de serviços de saúde seguido pelo crescimento econômico. Dessa forma, considera como evidência de preferência social apenas o apelo formal ao crescimento produtivo, entendendo que os fins coletivos podem ocorrer como resultado do somatório das preferências individuais, fortalecendo a proposta da livre escolha individual perante os bens públicos (RIVERA, 1995).

Todavia, de forma distinta, os bens públicos não são consumidos como mercadorias individuais, não se ajustam simplesmente às preferências pessoais e não comportam claros valores de economicidade. Doença e necessidade de serviços para abordá-la têm caráter compulsório, universal e os serviços existentes são disputados politicamente. RIVERA (1995) propõe que a definição de um nível ótimo de saúde ou de recursos ocorra no plano da política e da comunicação dos cidadãos. Nesse sentido, as finalidades sanitárias devem ser estabelecidas a partir do conceito de justiça distributiva (entre desiguais) numa noção de interesse público que deve ser qualificado e especificado em intervenções que objetivem o direito à saúde.

Avançando nessa discussão a partir das contribuições de Offe e Habermas, RIVERA (1995) defende que o processo de definição de preferências sociais em saúde deve buscar por um lado uma maior representatividade social através da valorização dos discursos práticos que permitam reconhecer os interesses e as necessidades sociais dos

diversos grupos de população. Por outro lado, deve desenvolver critérios que identifiquem e expressem as preferências através principalmente do uso do enfoque antropológico e do epidemiológico-social de necessidades construindo e utilizando indicadores potentes para discriminar as desigualdades tais como indicadores de vida, morbidade, mortalidade, serviços e uso operacional da categoria espaço-população.

Como limitante à aplicação da racionalidade instrumental do método CENDES-OPS, vale destacar ainda que no setor de serviços a unidade produção-consumo ocorre sempre no mesmo espaço de tempo e lugar e entre trabalhador e clientela subentendendo a realização de um processo de comunicação e interação social indispensáveis para a efetividade dos serviços e para aceitação por parte do cliente. No caso dos serviços de saúde, além dessas características existe ainda hipertrofia e grande autonomia dos centros operadores identificados com o trabalho técnico-assistencial, coordenados a partir de saberes, normas e práticas adquiridas em nível dos centros formadores e das associações profissionais, imprecisão dos produtos e dos critérios de eficácia, dificuldade de padronização e normatização dos processos de trabalho específicos devido à imprevisibilidade da demanda, à diversidade e individualidade do cuidado, à falta de parâmetros claros para enquadrar tais processos numa relação custo-benefício, observando-se também problemas para coordenar as diversas categorias profissionais que compõem a equipe de saúde, definindo suas responsabilidades.

Frente à crise de legitimidade pela falta de resultados previstos dos processos de planejamento normativo produzidos em vários países da América Latina, em 1975 é publicado o documento *Formulación de Políticas* em seminário internacional promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde, contextualizando o planejamento no campo da política, sujeito às características do sistema social onde existem diversos atores que planejam e que são portadores de múltiplos interesses e projetos em disputa, reconhecendo, então, a existência de conflito no interior do campo social. A ruptura do pensar normativo para o pensar estratégico ocorre a partir da compreensão de que existem aliados e adversários no jogo social e que é preciso uma análise de viabilidade das proposições políticas preliminares para subsidiar o planejamento e a operacionalização de estratégias capazes de neutralizar a ação dos oponentes e ampliar a capacidade de governo, possibilitando acúmulo de poder e implementação do plano.

Este novo paradigma do planejamento baseado no enfoque estratégico defende que o ator que planeja é um ator social inserido na realidade e capaz de transformá-la desde que seja portador de um projeto e que controle recursos, existindo, entretanto, outros atores, outros diagnósticos e análises situacionais para uma mesma realidade. O sujeito planejador faz parte do processo e do sistema planejado de tal modo que sua ideologia, percepções, valores, saberes são fortemente influenciados por sua inserção sócio-político-cultural e por sua história. O campo onde ocorre o planejamento é social, complexo, histórico, mal definido e incerto, pois é fruto de um sistema de ideologias e valores que dão forma e estrutura à realidade, predominando os problemas semi-estruturados. A incerteza que caracteriza os sistemas sociais resulta da complexidade e da falta de previsibilidade, não sendo possível prever o futuro e decidir com a certeza de não equivocar-se ou precisar as respostas sociais decorrentes a determinadas intervenções deliberadas ou cursos de ação.

Nos anos de 1980, este pensar estratégico do planejamento é abordado de forma diferenciada por dois grandes teóricos - Carlos Matus e Mário Testa - desdobrando-se em duas vertentes conceituais e metodológicas cujas questões essenciais serão ressaltadas com o objetivo de subsidiar as discussões acerca do planejamento e gestão nas organizações hospitalares universitárias, especialmente no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Mário Testa é um sanitarista argentino, consultor da Organização Pan-Americana de Saúde e professor universitário que participou ativamente da equipe que produziu o método CENDES-OPS, constituindo-se em seguida como uma das principais referências de análise crítica desse método e da formulação do enfoque estratégico do planejamento.

Um dos elementos centrais do seu pensamento é o Postulado da Coerência, marco referencial para compreender e analisar o papel transformador do planejamento em saúde em países da América Latina. Diferentemente da suposta estabilidade existente nos países europeus desenvolvidos, Testa defende que o planejamento pode ser um potente recurso para promover mudanças políticas e sociais, considerando a grande labilidade organizacional das sociedades latino-americanas e o significativo poder de

determinação que os propósitos governamentais geralmente apresentam sobre os métodos adotados.

Para Testa, a eficácia de um método de planejamento, compreendida como a capacidade de promover mudanças que envolvem o deslocamento de poder, necessita de coerência entre os elementos que compõem os dois níveis de seu postulado através do estabelecimento de relações de determinação e condicionamento entre eles. Compreende a determinação como a definição de limites dentro dos quais um fenômeno pode ocorrer e o condicionamento como uma força impeditiva que limita o que pode acontecer.

Num primeiro nível, Testa identifica os propósitos do governo (crescimento, legitimação ou mudança), o método de planejamento (enfoque normativo ou estratégico) e a organização (campo de disputa onde sujeitos sociais possuem algum tipo de poder capaz de gerar métodos de intervenção na realidade para impor sua institucionalidade). Argumenta que nos países latino-americanos, os propósitos governamentais comprometidos com os interesses do capital e com a reprodução do sistema determinam o método de planejamento e a organização no sentido de se manter a hegemonia dominante de como o setor saúde se constituiu nas sociedades capitalistas. Nessa perspectiva, o método determina a organização e condiciona os propósitos e a organização condiciona o método e os propósitos, constituindo-se no elemento mais frágil desse postulado. Num segundo nível, o papel do Estado determina os propósitos governamentais; a Teoria de Governo e de Desenvolvimento Social determina o método de planejamento; a História determina o papel do Estado e a Teoria; o papel do Estado determina a própria Teoria.

Testa explica a ineficácia dos métodos de planejamento para promover as mudanças necessárias através do caráter reprodutivo dos propósitos do Estado, da falta de uma teoria de governo que dê conta das situações de transformação social e da incapacidade das organizações de estabelecerem normas permanentes para enfrentar as alterações conjunturais e para determinar seus métodos de trabalho. Apesar de reconhecer que a organização e o método são os componentes mais determinados, Testa aposta que eles podem condicionar os elementos que os determinam a partir do estabelecimento de uma relação dinâmica, onde a revisão crítica do método e o enfoque estratégico

comprometido com um propósito de mudança podem gerar organizações mais democráticas e participativas levando a uma institucionalização organizacional de práticas mais solidárias. Nesse sentido, podem-se inverter as relações anteriores de forma que a organização passa a determinar o método a partir da formalização das suas relações internas e da normatização dos comportamentos e métodos de trabalho. Esta institucionalização organizacional pode ocorrer de forma democrática equilibrando as relações entre História e organização e gerando comportamentos baseados nas capacidades profissionais através de um fazer útil e efetivo, determinando, inclusive, os propósitos de governo.

Mario Testa parte do pressuposto que os sujeitos sociais se estruturam como formas de saber através das práticas sociais produtivas, transformando-se os sujeitos individuais em sujeitos sociais e estes em sujeitos sociais coletivos (grupos ou classes) para se transformarem então em atores sociais, portadores agora de projetos e participantes das relações de poder no contexto da ação estratégica. Nessa perspectiva, o poder é uma categoria central para este autor – “o poder exercido na ação consciente do povo que luta pela sua libertação”. Pode existir como poder societário fundamentado nas relações sociais de produção e materializado na esfera política do Estado e como poder cotidiano no nível das práticas dos sujeitos sociais no interior das organizações capazes de gerar relações mais democráticas e solidárias, potentes para questionar e provocar reformulações no poder societário.

Na abordagem do poder no setor saúde, Testa identifica o poder técnico vinculado ao controle do saber técnico nas suas diversas modalidades (clínico, epidemiológico, administrativo e teórico) e expresso em diferentes âmbitos (docência, pesquisa, serviços); poder administrativo relacionado ao saber das normas e ao manejo dos recursos econômicos para financiamento e alocação e o poder político correspondente ao saber que mobiliza grupos sociais, desencadeando práticas para a defesa de certos interesses.

A partir da compreensão da organização como centros de poder e local de institucionalização dos sujeitos sociais através das suas práticas, Testa advoga a idéia que não há um método universal de planejamento capaz de abrigar o conjunto de concepções e de interesses que norteiam os projetos dos atores sociais no campo da

saúde. Mas defende que o método é um recurso potente para acumular poder para intervenção na realidade e que se associado a uma práxis transformadora pode ser parte das tecnologias de gestão do processo histórico.

Apesar de Testa entender o plano como uma estrutura comunicativa composta por canais de conversação entre os múltiplos atores organizacionais, constituindo-se numa ferramenta científica e técnica que acumula e distribui poder, fundamenta este componente interativo-comunicativo do planejamento marcadamente a partir de uma visão bipolarizada da produção econômica, reconhecendo a classe dominante e dominada. Nesse sentido, acredita que o trabalho pode produzir uma nova ordem comunicativa não deformada e livre de poder e nesta concepção, a democracia é, na verdade, uma expressão da ideologia da classe dominada. Além disso, compreende a estabilidade ou labilidade organizacionais de maneira muito determinada, associando-as ao grau de desenvolvimento das forças produtivas do sistema capitalista (RIVERA, 1995; MERHY, 1995).

Entretanto, as contribuições de Testa são valiosas e mais recentemente destacam as formulações teóricas que consideram as organizações como espaços onde se desenvolvem jogos de linguagem, constituindo os sujeitos sociais e criando redes de compromissos e responsabilidades com os objetivos da instituição. Tais formulações incentivam a produção de espaços de diálogo, encontros, cultura e expansão e recomendam a realização de uma análise ampliada que inclua o processo produtivo e as práticas sociais como alternativa capaz de subsidiar a compreensão de instituições hipercomplexas<sup>10</sup> a exemplo daquelas que combinam produção científica com prestação de serviços (TESTA, 1997).

TESTA (1997) defende ainda a necessidade de se formular dispositivos analíticos capazes de considerar a imprecisão e a ambigüidade dos processos sociais para a tomada de decisão, contemplando aspectos institucionais que vão além do que prevê a teoria convencional da Administração. Inclui questões que dão uma organicidade própria às instituições, conferindo-lhe caráter de sujeito social, enfatizando tanto a

---

<sup>10</sup> São instituições onde todos os problemas institucionais se manifestam em sua máxima dificuldade, necessitando de abordagem que combine enfoque econômico com o enfoque social para a tomada de decisão e reposta aos desafios que se apresentam.



existência de características que são históricas como aquelas que se projetam para o futuro dando origem a outros movimentos.

Tais questões são pertinentes ao contexto deste estudo que busca investigar o processo de planejamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais nos últimos anos. Contribuem explicitando que a definição dos critérios orientadores para o estabelecimento dos projetos institucionais prioritários é resultado da tensão existente entre os distintos grupos de interesses internos e externos que atuam na problemática que gera o projeto. Isso significa que cada projeto opera como um analisador da situação institucional importando distinguir e abordar tanto os fatores que fazem parte das raízes históricas que geraram a necessidade do projeto – *motivos porque* – como aqueles que se constituem na imagem-objetivo do futuro que se deseja alcançar – *motivos para*. Dessa forma, amplia-se a investigação e análise para além do quadro descritivo do presente, aumentando-se a potência explicativa e de intervenção.

Em outra perspectiva, apresenta-se Carlos Matus, economista chileno que iniciou seus trabalhos na CEPAL e ex-Ministro da Economia do governo de Salvador Allende. Este autor foi responsável pelo desenvolvimento do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) como recurso para aumentar a capacidade de gestão de um ator social denominado G em situação de Governo no sistema político.

Ao introduzir o conceito de situação, faz uma ruptura epistemológica com o planejamento normativo destacando o caráter auto-referenciado e os interesses políticos envolvidos em toda explicação da realidade. Para Matus, a realidade é um produto da permanente disputa entre os diversos atores sociais que atuam de forma intencional e reflexiva segundo uma racionalidade que pode ser instrumental, estratégica e comunicativa. Diferentemente do planejamento normativo que admite somente uma explicação para a realidade, o enfoque situacional, defende que co-existem vários atores sociais em conflito e que explicam a realidade de maneira diferente segundo suas particulares inserções, seus interesses e projetos específicos. A realidade reflete, portanto, um estado de equilíbrio instável, sendo marcada pelo conflito existente entre as diversas forças sociais que se encontram dialeticamente, produzindo ativamente cada situação.

MATUS (1987) formula a Teoria da Produção Social e discute uma taxonomia da ação social a partir de Habermas. Na primeira, compreende a realidade social como resultado da construção de atores sociais em conflito e em constantes processos de interação e interprodução, diferenciando três níveis que configuram os três planos básicos de uma sociedade concreta, historicamente situada. Tais planos interagem reciprocamente através de relações de determinação e condicionamento. No primeiro nível, existem os fatos compreendidos como fenômenos ou fluxos resultantes da produção dos atores sociais. No segundo nível, ocorrem as *fenoestruturas* constituídas por acumulações ou estoques de poder dos atores econômicos, políticos, sociais e ideológicos das organizações. Finalmente, no terceiro nível, observam-se as *genoestruturas* ou o plano das leis básicas compostas pelas estruturas econômica, jurídica, política e ideológica, determinantes das capacidades de poder e de produção de resultados dos atores sociais.

Matus defende que a produção e reprodução das sociedades supõem relações entre fatos, acumulações e regras básicas. Todavia destaca que em última instância ocorre um papel essencial desempenhado pela estrutura econômica no sentido de se estabelecer os limites e as possibilidades para a compreensão e para a ação humanas. A situação é um recorte da realidade explicada através de problemas que dificultam ou obstaculizam interesses e projetos do ator social em foco, analisada como fenômenos ou fatos problemáticos que podem ser explicados em função das relações de poder e das genoestruturas consideradas essenciais. Para este autor, as relações sociais são parte da estrutura econômica sendo por ela determinadas.

De forma distinta, Habermas compreende a situação como a realidade de mundo delimitada por um plano de ação coordenado intersubjetivamente através de uma comunicação dialógica com a finalidade de se chegar a um resultado consensual.

Com relação à taxonomia da ação social, Carlos Matus identifica a ação comportamental e a ação interativa com sentido estratégico. A ação comportamental é característica do planejamento normativo onde um único ator, o Estado, planeja e produz uma ação instrumental sobre o sistema econômico, esperando comportamentos previsíveis numa relação de causa-efeito tradicional. Por outro lado, na ação interativa co-existem dois ou mais atores sociais em processo de interprodução e o sistema planejado é um sistema complexo, criativo, subjetivo, surpreendente.

De posse destes conceitos fundamentais, Matus elabora o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como método para planejar a intervenção de um ator Governo na realidade. Seu principal objetivo é acumular poder através de um maior controle sobre os recursos vitais para a realização de seus projetos, aumentando sua capacidade de gestão e conferindo direcionalidade ao futuro da sociedade a partir de uma determinada situação institucional. Combina tais variáveis construindo o Triângulo de Governo, onde o ator G necessita articular seu projeto com uma governabilidade sobre os recursos e com uma capacidade de gestão que deve superar a dos seus oponentes. Para Matus, ser Governo é sempre produzir-se e reafirmar-se como governo, criando condições de viabilidade para a sua intervenção e para a implantação de seu projeto (MERHY, 1995).

Aumentando a capacidade de governar as ações a partir dos propósitos governamentais, o ator G amplia sua governabilidade e acumula poder diante de outros atores, podendo provocar alterações sociais para a construção de uma sociedade mais igualitária. Nesse sentido, Matus formula o PES como método de ação governamental voltado para as transformações sociais, subordinando, em certa medida, a política a uma visão instrumental, funcionalista.

Segundo RIVERA (1995), Carlos Matus entende a realidade a partir da situação de conflito, priorizando uma abordagem estratégica para o ator em foco como forma de enfrentar as diferenças, buscando neutralizar ou submeter a ação dos outros atores ao seu próprio êxito, compreendendo o poder como variável das relações conflitivas e como capacidade de produzir resultados. Todavia reconhece que Matus resgata a comunicação no processo de planejamento aplicando a Teoria dos Atos de Fala e defendendo uma estrutura democrática para a planificação.

Nessa perspectiva, compreende também o plano como estrutura comunicativa, constituído basicamente de compromissos e de operações compostas por atos de fala e formas de ação. Este autor defende ainda uma revalorização das estratégias de negociação e de cooperação entre os atores em defesa da legitimidade dos planos e assume a incerteza, a subjetividade e a criatividade inerentes à elaboração dos planos. Entretanto, exagera nas pretensões controlistas do planejamento e confunde agir estratégico voltado para o êxito com agir comunicativo voltado para o entendimento,

considerando os outros como recurso ou restrição para o próprio projeto. Nessa concepção, estratégia é entendida como uma atuação empírica do poder para reduzir o campo de ação dos outros atores visando implantar determinado projeto político (RIVERA, 1995).

Com o objetivo de estabelecer os passos metodológicos para operacionalização do PES, Matus diferencia quatro momentos - explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional - que expressam cada um deles um marco temporário de realização preferencial de uma determinada ação do planejamento. Todavia, tais ações são recorrentes e às vezes simultâneas no horizonte temporal de um plano.

No momento explicativo, os atores apontam fatos problemáticos e os explicam através da Teoria da Produção Social correlacionando-os às acumulações de poder dos atores sociais e às regras básicas do sistema social. Operacionalmente, o PES utiliza o fluxograma situacional que consiste na construção de uma rede explicativa (estímulo-resposta) dos problemas selecionados, abordando-os através de descritores e de indicadores quali-quantitativos, analisando-os nos três planos da produção social.

No momento normativo, define-se o conjunto de módulos de ação compostos pelos projetos de ação, operações, ações e subações que correspondem aos diferentes níveis de desagregação de uma problemática e de instâncias administrativas da organização. Como resultado final, pretende-se construir um plano de ação entendido como um processo de cálculo que combina os critérios de coerência global da instituição com criatividade descentralizada a partir de uma interação lingüística entre os vários espaços de ação e que expressam sua valoração específica sobre os problemas selecionados e as operações definidas para enfrentá-los.

No momento estratégico, faz-se análise de viabilidade do plano em função da governabilidade do ator social que planeja em situação de conflito, analisando-se os recursos de poder político, cognitivo, financeiro e organizacional necessários e existentes para implementar os módulos de ação definidos no momento normativo. A partir desta análise, elaboram-se estratégias capazes de aumentar a governabilidade e viabilizar o projeto pretendido.

Por fim, no momento tático-operacional ocorre a mediação contextualizada do plano, combinando conhecimento e ação concreta com transformação dos módulos de ação em módulos de gerência e realidade administrativa. Matus propõe inovações importantes introduzindo a criação de um sistema de alta responsabilidade onde os atores assumem compromissos de executar ações específicas em prazo definido, implementando, inclusive, um subsistema de petição e prestação de contas que pressupõe um processo sistemático de acompanhamento e de comunicação com clara definição de responsabilidades. Propõe ainda a racionalização do sistema de agenda dos dirigentes e a gerência descentralizada por operações. Defende que a vida da instituição seja colonizada pelo plano podendo desencadear reformas administrativas e de organogramas a partir de uma nova forma de funcionamento institucional centrada no alcance de objetivos do plano estratégico, interligando planejamento e gestão numa nova modalidade denominada então, gestão estratégica (CECÍLIO, 1997; RIVERA, 1995).

São inegáveis os avanços conceituais e metodológicos promovidos pelo enfoque estratégico e situacional. Em especial, a abordagem do planejamento no campo da política e o reconhecimento da necessidade de uma explicação policêntrica e de um cálculo interativo que levem em conta a existência de outros atores com outros projetos no processo de planejamento. Entretanto, tais modelos continuam a privilegiar o agir finalístico em relação ao entendimento intersubjetivo buscando articular uma conexão explicativa baseada em processos de determinação e condicionamento entre o agir dos sujeitos sociais e as macroestruturas ou *genoestruturas* gerais onde o componente econômico, derivado das relações produtivas, é impositivo, obscurecendo a importância de outros elementos. Trata-se de uma abordagem mais sistêmica que subordina as relações sociais e organizacionais às regras básicas do sistema social na perspectiva matusiana e ao papel determinante da História, do Estado e da Teoria de Desenvolvimento Social na visão de Testa.

Nesse sentido, autores como HELLER (1985) indagam sobre a insuficiência do ideário marxista para analisar e compreender as sociedades modernas frente às profundas mudanças políticas, econômicas, tecnológicas, sociais e culturais do capitalismo tardio. Destacam a necessidade de uma atualização teórica com revisão do materialismo histórico e dialético, superando a visão economicista e tecnicista do planejamento e das

relações sociais. Segundo RIVERA (1995) trata-se de avançar numa reflexão compreensiva que realize uma correspondência entre o desenvolvimento das forças produtivas, do Estado e o desenvolvimento das relações sociais, culturais e individuais.

Impõe-se uma relativização do caráter determinante da razão funcional dos aparelhos econômicos e do poder e a natureza de classe dos Estados Nacionais. Nesse sentido, pretende-se construir uma alternativa conceitual e metodológica que resgate a importância que os indivíduos e grupos possuem na construção da ordem social, assumindo a subjetividade, os projetos singulares e a construção de valores e normas sociais como uma dimensão irreduzível, capazes de promover processos interativos baseados no entendimento intersubjetivo, na cooperação e na negociação.

Defende-se a ética como filosofia prática que (re)valorize a razão comunicativa, configurando projetos potentes para conciliar os diferentes interesses e inserções dos planos individuais e dos atores sociais em situação, resultando numa nova ordem social e organizacional assentada na moral, no direito e na cultura. Esta nova ordem gerada pelo agir comunicativo se diferencia daquela produzida pelo agir estratégico por se constituir através do entendimento intersubjetivo linguisticamente mediado acerca dos fatos do mundo objetivo, dos sistemas de valores e das normas do mundo social e das vivências e sentimentos do mundo subjetivo. A racionalidade comunicativa fundamentada por Habermas pretende o desenvolvimento das capacidades cognitivo-morais dos indivíduos, das capacidades normativas dos grupos sociais e do saber cultural e das capacidades críticas dos cidadãos (RIVERA, 1995).

Objetivamente, busca-se uma compreensão comunicativa do planejamento através de uma coordenação intersubjetiva da ação ao nível de definições comuns e consensuais que envolvem os quatro momentos do PES. Para isso, adotam-se matrizes discursivas capazes de argumentação e harmonização das diferenças, produzindo acordos que levam ao entendimento entre sujeitos e à legitimação dos compromissos voltados para o futuro. Nessa perspectiva, o planejamento possui várias racionalidades correspondentes à taxonomia definida por Habermas e composta pela ação teleológica (instrumental e estratégica), normativa e expressiva coordenadas pelo agir comunicativo e redirecionadas para processos de cooperação e negociação.

Analisar o planejamento como tecnologia de gestão significa resgatar o campo da política, das organizações e dos processos de trabalho enquanto objetos de reflexão e intervenção, incorporando como opção conceitual questões afeitas a uma nova ordem entre sujeitos. Apesar de este estudo limitar-se à investigação do processo desenvolvido no Hospital das Clínicas/UFMG e especificamente na Unidade Funcional Pediatria, o marco referencial utilizado traz estes elementos complexos e abrangentes. É um desafio compatibilizar tantos componentes no sentido de uma direcionalidade que seja capaz de cumprir os objetivos definidos nesta dissertação, sem perder de vista o potencial que a complexidade analítica traz. Nessa direção, serão abordadas na seqüência as organizações hospitalares universitárias e os principais modelos teóricos que fundamentam o processo de produção do cuidado e do ensino nestas instituições de forma a definir a moldura do cenário do processo investigativo.

#### ***2.4- AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES COMO ANALISADORES INSTITUCIONAIS***

Para CARAPINHEIRO (1998), o hospital é uma instituição social, viva, complexa, dotada de grande autonomia e dinamismo interno, imersa numa realidade social e historicamente determinada, constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna. Como objeto de investigação e análise, o hospital pode ser abordado na sua dimensão específica de hospital em si ou como peça integrante dos sistemas de saúde. Entretanto, mesmo que cada uma destas abordagens possibilite aprofundamento em temas específicos, são inter-relacionadas e complementares, dando sentido para a compreensão do hospital como grande analisador dos modelos de práticas de saúde e de estrutura de poderes e saberes, incorporando a noção moderna de serviço público e representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados.

Segundo FOUCAULT (1986), o hospital como instrumento terapêutico e de intervenção sobre o processo saúde-doença com o objetivo de curar é uma invenção que data do final do século XVIII. Até então, o hospital não era uma instituição médica e nem a medicina era uma prática hospitalar. Era habitado por pobres e doentes cuidados por

leigos e religiosos, um lugar misto de assistência, exclusão e realização de valores espirituais. A prática médica era individualista baseada na transferência de conhecimento por textos e receitas através da própria corporação. A formação do médico não incluía a sua experiência no hospital e a sua atuação referia-se a uma luta contra a doença naquele indivíduo. Não existia um saber médico hospitalar e nem a função médica nos hospitais.

O nascimento do novo hospital surge especialmente nas instituições da marinha e do exército, relacionado às questões econômicas de controle de tráfico de mercadorias, necessidade de controle da disseminação de doenças e altos custos da formação de oficiais. É marcado por um processo geral de reorganização a partir da disciplina compreendida como técnica de exercício de poder fundamentada nos processos de gerir o homem, controlar sua multiplicidade e maximizar sua capacidade de trabalho. Esta disciplina torna-se médica e se vincula a uma disciplinarização do espaço hospitalar e a uma transformação do saber e da prática médicas. No primeiro caso, observa-se uma preocupação crescente com a arquitetura do hospital que passa a ser considerada um fator e instrumento de cura, desenvolvendo novos critérios para distribuição espacial dos doentes, segundo fatores de risco epidemiológico e ambiental. Por outro lado, modifica-se a formação médica, deslocando-a dos grandes e clássicos tratados para o cenário hospitalar, desenvolvendo uma prática baseada na intervenção sobre os indivíduos, a população e o meio ambiente.

A clínica aparece como uma dimensão essencial da organização tanto na perspectiva assistencial para a cura como para a formação e transmissão do saber médico. Modifica-se o sistema interno de poder e o médico torna-se o principal responsável pela organização hospitalar, invertendo-se as relações hierárquicas com o pessoal religioso. A presença do médico se afirma e se multiplica no interior dessas instituições. Além disso, constitui-se um campo documental no ambiente hospitalar com registro e análise de um amplo espectro de informações sobre os doentes e as rotinas de trabalho estabelecidas pelos profissionais, possibilitando vigilância e controle dos indivíduos e ambiente. A disciplinarização do espaço hospitalar permite curar, registrar, formar e acumular saber, hegemonizando um modelo de medicina e de saber e poder médicos, vigentes ainda.



Abordar essa evolução até os dias atuais, centrando o objeto privilegiado de investigação e análise no hospital universitário, é desafiante na medida em que se faz necessário realizar um estudo sociológico do hospital, discutindo-o como um potente analisador das macropolíticas da saúde e da educação no país e dos diversos formatos institucionais existentes para dar concretude aos modelos de práticas de cuidado e ensino desenvolvidos, transpondo para o campo da micropolítica os princípios orientadores e as diretrizes mais gerais. Entretanto, a abordagem da medicina e do hospital como objeto de investigação sociológica é recente. Historicamente, observava-se uma racionalidade científica baseada no caráter “intrínseco, natural e biológico”, imposta pela hegemonia do modelo médico para explicar os fenômenos da saúde, da doença, da morte e das relações estabelecidas com os profissionais e serviços de saúde, prescindindo do arsenal teórico-metodológico de outros campos do conhecimento diferentes da ciência médica.

A primeira fase da relação entre a sociologia e a medicina é marcada pelo tensionamento entre esses saberes, expresso por CARAPINHEIRO (1998), utilizando as contribuições de Strauss que fez a distinção entre a “*Sociologia na Medicina*” e a “*Sociologia da Medicina*”. No primeiro, as Ciências Sociais têm caráter de colaboração, terreno de sociologia aplicada, contribuindo para a resolução de questões e de problemas da saúde relacionados às respostas dos pacientes ao processo de adoecimento. De outro modo, na “*Sociologia da Medicina*” configura-se uma independência das Ciências Sociais como campo aplicado e comprometido com a ordem médica, fazendo-se o estudo da Medicina como instituição social através da análise da sua prática, das relações sociais que lhe dão corpo e do sistema de valores que lhe fazem sentido. Entre os anos de 1960 a 1970, predominou a abordagem da “*Sociologia na Medicina*” e o sociólogo cumpriu papel de consultor nos problemas clínicos onde a perspectiva médica era omissa ou insuficiente, delimitando uma especialização denominada “sociologia clínica”, alinhada às práticas dos profissionais médicos, participando de forma semelhante aos profissionais chamados “paramédicos” no processo de diagnóstico, tratamento e adesão dos pacientes. Após os anos de 1970, critica-se este papel exercido pelos cientistas sociais e como alternativa conceitual e metodológica, propõe-se uma abordagem das características estruturais da Medicina – suas instituições, profissionais e práticas – como questões sociais.

As investigações sociológicas a respeito do hospital também foram influenciadas por estas mesmas tendências explicativas da sociologia médica e se expressaram através de dois modelos, o da “sociologia da doença e dos comportamentos frente à doença” e o modelo da “relação médico-paciente”. Na prática, o hospital tornou-se local privilegiado dos estudos sociológicos, pesquisando a influência dos fatores sociais e culturais dos pacientes frente às diversas situações de doença, discutindo diferentes formas de percepção e comportamento sobre os fenômenos da saúde e do adoecimento. Além disso, o hospital abrigou estudos sobre os modelos de socialização dos profissionais médicos e enfermeiros e o confronto com as práticas reais do seu exercício profissional, priorizando as investigações nos hospitais universitários voltadas para a análise dos modelos de educação médica, estendendo-se depois para o estudo dos problemas relativos à formação dos outros profissionais.

Uma segunda fase é marcada pelo interesse do hospital enquanto organização, estudada inicialmente através dos hospitais psiquiátricos pela possibilidade de debater questões de ordem sociológica e política sobre a sua relação com a sociedade e sua organização interna, particularmente discutindo o seu papel e caráter regulador e segregacionista dos desvios sociais frente ao mundo exterior e suas funções político-ideológicas voltadas para a conservação e reprodução da diferença entre o normal e o patológico na vida social.

Posteriormente, constroem-se parâmetros analíticos para abordagem sociológica dos hospitais, inclusive para os não psiquiátricos, discutindo seu papel na sociedade através de temas variados que abordam de forma mais genérica a evolução e a inserção dos diferentes sistemas hospitalares em diferentes comunidades assim como as relações particulares advindas de determinado hospital em uma sociedade. Estudos que abordaram também sua estrutura social interna marcada pelos objetivos, estrutura de poder e de gestão, pela maneira como se organizam e funcionam. Discutindo também seus vetores de ação, expressos nas formas e fontes de financiamento, de incorporação tecnológica, de especialização da medicina e surgimento de novas categorias profissionais, nos canais de informação e comunicação internos e externos. Questões que transcendem o campo das instituições hospitalares, associando-se e reproduzindo as orientações históricas e sociais das políticas de saúde em geral.

Sem desconsiderar, entretanto, a existência de um sistema próprio de valores e normas não estranho e nem descolado do modelo geral historicamente estabelecido e vigente e que, dialeticamente, preserva no âmbito hospitalar, uma significativa margem de definição e tomada de decisão acerca das políticas particulares de organização do trabalho e das forças protagonistas em saúde, relacionadas a processos específicos de produção e reprodução das relações institucionais de poder (CARAPINHEIRO, 1998).

Dito de outra forma, o hospital - sua estrutura social interna e seus vetores de ação – e a inserção que apresenta na sociedade e em certo sistema de saúde se constituem em potente analisador dos poderes dominantes no setor saúde, sendo espaço de mediação entre as opções econômicas de base e as condições e exigências particulares do seu próprio sistema de produção, não sofrendo a repercussão mecânica das orientações político-ideológicas hegemônicas e nem possuindo autonomia total (CARAPINHEIRO, 1998).

Entretanto, os principais olhares desenvolvidos até agora, privilegiam a análise do hospital como organização ou empresa, sendo ainda majoritária a abordagem realizada através da área de gestão e da administração derivada do acúmulo conceitual e metodológico das investigações realizadas em outros setores da produção de bens e serviços, principalmente os industriais. Tais olhares priorizam os estudos sobre a eficiência, discutindo a aplicação dos recursos econômicos e financeiros e o desenvolvimento de processos de planejamento e gestão com vistas à modernização institucional, racionalização dos recursos existentes e otimização da capacidade instalada para cumprimento de ações e serviços definidos através de objetivos e diretrizes organizacionais, desconhecendo a multiplicidade de atores em cena e interesses e projetos em disputa .

Oriunda de tópicos da disciplina planejamento em saúde, a área de especialização recente denominada de Economia da Saúde é compreendida como o estudo, a pesquisa sistemática e a aplicação de instrumentos econômicos às questões estratégicas e operacionais do setor saúde. Surge como elemento de contribuição à administração de serviços no sentido de otimizar as ações e assegurar à população a melhor assistência à saúde, reconhecendo que os meios e os recursos são limitados e que o processo decisório geralmente é centralizado. Nesta perspectiva, a Economia da Saúde explora temas gerais como a análise das políticas, sistemas e serviços de saúde em vários níveis,

estudo de indicadores e níveis de saúde correlacionados às variáveis econômicas, a evolução da indústria da saúde nos diversos sistemas econômico-sociais existentes, o emprego e os salários dos profissionais de saúde. O hospital apresenta-se, então, como peça indispensável para a análise da evolução do sistema de saúde através da investigação de temas estratégicos que consideram desde a caracterização econômica do sistema hospitalar e do sistema de saúde geral, o surgimento e desempenho dos diversos tipos de hospital e suas múltiplas relações com os usuários e outros prestadores até questões relacionadas à equidade e às práticas de democratização interna destas organizações (PIOLA & VIANA, 1995).

Entretanto, são tão diversas as vertentes teórico-metodológicas dos estudos acerca dos hospitais, que não foi possível incluí-las numa perspectiva unificada conhecida como uma “sociologia do hospital”, recorrendo-se, então, à “sociologia das profissões” e à “sociologia das organizações”. A contribuição específica da “sociologia da medicina” refere-se à diferenciação entre a natureza do fato patológico (doença) como realidade orgânica (estado definido pela Medicina e pelos médicos) ou como realidade social (estado definido em função da sociedade e de acordo com as modalidades que cada sociedade estabelece como sendo suas). Nesse sentido, é fundamental conhecer e discutir as diversas representações e interpretações existentes sobre saúde, doença, sofrimento e morte; sobre as formas jurídico-legais e políticas impostas a certos estados biológicos e sobre a determinação dos saberes e práticas médicas e de outros profissionais na institucionalização social das experiências individuais e de grupo social relativas aos processos de saúde, doença e sistemas de tratamento (CARAPINHEIRO, 1998).

Segundo MINAYO (2000), os objetos das ciências sociais são complexos, contraditórios e inacabados, essencialmente qualitativos, apreendidos por aproximações sucessivas devido a sua carga histórica, política, cultural, ideológica. A saúde e a doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente e importam tanto os efeitos no corpo como as repercussões no imaginário, ambos são reis em suas conseqüências.

Visto assim, o hospital é uma peça chave no processo de institucionalização social da saúde, da doença e das tecnologias desenvolvidas para a sua abordagem, modelando

experiências individuais e coletivas a respeito desses processos. Constitui-se como *locus* privilegiado de representações concretas das relações entre ciência, qualificação técnica e especializada da medicina, surgimento e arranjos de novas categorias profissionais e de tecnologias na construção de novos sistemas de tratamento e de novas realidades médicas e técnicas sobre os fenômenos da saúde e da doença e sobre a circulação de saberes científicos ou não e das articulações entre eles (CARAPINHEIRO, 1998).

Tais questões se tornam mais complexas quando, além das características mencionadas de hospital geral, o objeto de análise direciona-se aos hospitais universitários (HU), agregando especificidades que criam novos cenários de investigação, ampliando a potência desses hospitais como analisadores de macro e micropolíticas, incorporando dimensões onde emergem temas de ordem técnica e social a partir dos processos de inserção da academia, especialmente, das escolas médicas e das políticas de ensino e pesquisa e sua relação e articulação com a assistência. Na verdade, observa-se a existência de duas grandes instituições – de assistência e de ensino e pesquisa – numa só. Em tensão cotidiana, onde se confrontam em processos interligados e a dominância de alguma delas modifica a estrutura organizacional e direcionalidade das ações.

Em geral, a complexidade inerente ao hospital universitário leva a um gigantismo organizacional pela multiplicação de serviços que funcionam de forma isolada e autônoma e pelo acúmulo excessivo de meios materiais e tecnológicos. Aponta ainda para o surgimento de novos problemas de ordem técnica e social, provocando mudanças que afetam a profissão médica e as outras categorias profissionais que atuam no ambiente hospitalar, participando de processos que envolvem a assistência, ensino e gestão. Paralelamente, verifica-se uma progressiva modificação no perfil da clientela com inclusão de grupos que reconhecem a saúde como direito, demandando maior qualidade e resolutividade dos atos cuidadores, especialmente médicos. Como resultado, observa-se uma insuficiência dos modelos de gestão tradicionais, requerendo outros mais flexíveis e que possibilitem o surgimento de novas estruturas de poder e de arranjos entre os diversos grupamentos profissionais que movimentam o hospital.

Como valor social, o hospital apresenta-se como local de confronto de diversos quadros de referência cultural dos doentes, influenciados pelo mundo objetivo, normativo e subjetivo dos diversos grupos profissionais, contribuindo para o desenvolvimento de

modelos de regulação social baseados em comportamentos e condutas que formatam uma ordem hospitalar. Caracterizada por uma despersonalização e apagamento das marcas individuais que reduzem o sujeito à condição de doente e que se iniciam com a desapropriação dos bens individuais dos pacientes na entrada da internação e o encaminhamento para um leito, avançando com a definição de horários de visitas ainda muito restritivos e limitantes do contato com o mundo exterior e a imposição de regras de circulação e de silêncio. Utilizam-se documentos e prontuários, aonde uma nova biografia vai sendo registrada, a “biografia de um doente” que lhe confere uma nova identidade, mesmo em caráter temporário. A instituição como um todo e seus profissionais esperam que o paciente acate as normas e regulamentos assim como as decisões dos vários especialistas.

Utilizando a contribuição de diversos autores, CARAPINHEIRO (1998) discute que o hospital é uma organização burocrática especial, diferenciando-se do tipo ideal de Weber constituída por autoridade hierárquica, divisão do trabalho com base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade, configurando-se mais como administração estável do que eficiente.

A característica mais específica do hospital moderno é a existência de um sistema dual de autoridade, composto por uma estrutura administrativa burocrática e pelo poder e autonomia dos médicos. A primeira linha de mando desce da administração ao pessoal diretamente vinculado às atividades fins, definindo-se de forma clara a autoridade e a responsabilidade de cada nível hierárquico e os respectivos sistemas de comunicação. Outra linha tem origem no poder carismático dos médicos, fruto do saber capaz de curar doenças e salvar vidas e da competência técnica capaz de se opor e se sobrepor às exigências da administração a partir do trabalho clínico desenvolvido e em defesa da manutenção dos privilégios profissionais. Nesse sentido, coexistem estas duas linhas de autoridade, tensionadas cotidianamente a partir de sua natureza diferente – uma racional-legal (autoridade administrativa) e outra carismática (autoridade do corpo médico), resultando nas normas administrativas e nas normas profissionais, respectivamente. A legitimidade decorrente do poder carismático não está associada à razão, mas à crença e respeito ao caráter extraordinário do líder e as normas profissionais e o sistema de valores do corpo médico influenciam de forma contundente a organização hospitalar, contrariando as pressões administrativas.

Por um lado, a profissão médica produz e reproduz continuamente a auto-regulação, consagrando a autonomia individual de cada médico dentro dos limites impostos pela profissão. Por outro, os médicos têm que gerir cotidianamente casos excepcionais decorrentes do trabalho clínico, adotando regras que são mais de natureza profissional, contrariando a impessoalidade das regras burocráticas. Com efeito, normas e valores profissionais dos médicos e particularmente dos docentes afetam mais a estrutura hospitalar do que são afetados por ela e as relações formais de autoridade administrativa são de natureza predominantemente consultiva. Apesar de mecanismos de coordenação/gerência desenvolvidos pelos novos arranjos organizacionais objetivarem a supervisão sistemática do trabalho médico e o cumprimento de normas administrativas, eles mantêm preservadas a autoridade e a autonomia individual de cada profissional, não garantindo, inclusive, o cumprimento das orientações gerais.

No que se refere à divisão do trabalho resultante do envolvimento e inserção das diversas categorias no processo de produção do cuidado com estatuto social e corporativo elevados, verificam-se comumente características de autoritarismo, rigidez e coordenação inadequada mais vinculadas à realidade profissional do que às características administrativas. De modo geral, a profissão médica é aquela que possui uma verdadeira autonomia sustentada pelo saber e pela competência técnica e quando reforçada pela condição de autoridade acadêmica, é capaz, inclusive, de influenciar e dirigir o trabalho das outras categorias profissionais numa relação de dominação institucionalizada. Condiciona uma forma especial de organização e divisão de trabalho, produzindo efeitos através de mecanismos semelhantes àqueles observados no modelo burocrático e visíveis na relação e experiência com outros trabalhadores e usuários além de construir entre os próprios médicos, diferentes arranjos e graus de autonomia e responsabilidade.

CARAPINHEIRO (1998) ressalta que de maneira preponderante, a profissão médica dirige e avalia o trabalho das outras categorias sem ser objeto regular de direção e avaliação por parte de outras profissões ou instâncias diretivas, demonstrando a existência de uma hierarquia de competências com valores diferenciados não somente em relação às outras profissões como também entre seus pares. Além disso, usufrui de benefícios e privilégios institucionais relacionados à angariação de recursos e acessos a

informações estratégicas, possuindo espaços diferenciados de negociação junto à autoridade burocrática.

Pela especificidade das relações de poder institucional derivadas do saber médico, os hospitais são considerados organizações profissionais marcadas por processos entrelaçados de autonomia elástica, responsabilidade e regulação técnica que conformam a inserção e a divisão do trabalho médicos. A autonomia elástica substitui o conceito burocrático de autoridade e acena com a possibilidade da ordem negociada, referindo-se à capacidade que os indivíduos possuem de determinar a natureza dos problemas e de resolvê-los, ampliando ou reduzindo sua autonomia de acordo com a competência profissional que apresentam. Implica necessariamente na responsabilidade pelas ações e pelos efeitos decorrentes e a regulação profissional surge para mediar a inserção destes indivíduos portadores de autonomia elástica e responsabilidade na instituição, criando um mecanismo de “monitoramento” baseado mais em orientações do que em ordens prescritivas.

É importante ressaltar que a autonomia elástica vinculada à responsabilidade traz a discussão acerca dos espaços de negociação com o outro. Está necessariamente associada aos limites do outro, possuindo seu referencial no conceito de “alteridade”, produzindo espaços de negociação permanente nos serviços de saúde. Este conceito de “alteridade”, emprestado da psicologia, marca a distinção das situações onde estão presentes e atuam como protagonistas sempre os mesmos. Entretanto, não se trata de mais um, mas da presença de um outro sujeito, capaz de comunicação e ação pela sua inserção histórica, social, cultural e pessoal. Todavia, com certa frequência, muitas matrizes discursivas das corporações profissionais e da própria academia trabalham o tema da autonomia como autogoverno, desconhecendo o protagonismo e o espaço do outro.

Nesse sentido, vale destacar que o discurso da “autonomia universitária” contém elementos que implicam numa falta de conexão e responsabilização com o mundo exterior e o conceito de “extensão” refere-se justamente à idéia do que está fora, do que é “extra-muro”, constituindo espaços próprios, preservados e distintos da totalidade sócio-cultural. Em contraposição, mais recentemente, o conceito de “rede” vem reformular os processos de comunicação e de entendimento entre indivíduos e



organizações, implicando numa revisão de posicionamentos mais isolados e conservadores de forma a provocar modificações nas relações estabelecidas.

Apesar de alguns setores do hospital funcionarem segundo uma racionalidade tipicamente burocrática, o cotidiano se faz por processos mais complexos, cuja fluidez da estrutura hierárquica e as contravenções às normas burocráticas, impõem outros modelos explicativos para compreensão destas organizações. A teoria social de Habermas diferencia duas concepções de organização. Como *locus* de significados que os atores atribuem a sua práxis através de conexões de sentido que procuram negociar em contexto dialógico, caracterizado pela multiplicidade de pontos de vista e por ações orientadas ao entendimento, importando os conteúdos valorativos, normativos e subjetivos. Ou como formas de racionalidade sistêmico-estratégica que extrapolam a orientação particular e que abstraem os elementos valorativos, normativos e subjetivos de toda ação, cuja racionalidade está orientada ao êxito. Na verdade, tais concepções refletem as diferentes racionalidades que ordenam os processos organizacionais, mas que coexistem entrelaçadas em um cotidiano repleto de diversidades. FLORES (1989) possui uma compreensão lingüística da organização, definindo-a como uma rede de conversações recorrentes que desembocam na adoção de compromissos, coincidindo gestão e comunicação.

No que diz respeito aos objetivos que definem o rumo da instituição e que subscvem a divisão social do trabalho, a estrutura de poder e os procedimentos práticos, observa-se a existência de objetivos oficiais (no caso dos HU, desenvolvimento articulado das atividades de assistência, ensino e pesquisa) e os objetivos operatórios, próprios de cada grupo da organização e relacionados especialmente aos projetos corporativos. Acredita-se que os médicos e a administração representem os grupos que detêm as tarefas mais difíceis e críticas do hospital para a concretização dos objetivos oficiais e operatórios. As tarefas difíceis são aquelas que não podem ser rotinizadas e nem atribuídas a pessoas de baixo nível de qualificação e as críticas são aquelas que representam o principal problema da organização num determinado estágio de seu desenvolvimento. No caso dos médicos, tais tarefas envolvem projetos de especialização médica e técnica e no caso dos administradores, ocorrem através de projetos de racionalização de processos para o desenvolvimento da gestão. Na verdade, apesar da enfermagem não dispor de reconhecimento correspondente, ocupa também uma posição importante, representando

aquela que realiza cotidianamente a gestão do cuidado, buscando garantir o desenvolvimento de práticas profissionais específicas além de viabilizar os procedimentos prescritos pelos médicos. Nessa perspectiva, o pessoal de enfermagem ocupa um lugar de mediação privilegiada entre os doentes e o poder médico. Portanto, na prática, apesar do hospital possuir um sistema dual de autoridade, caracteristicamente bipolar, o seu funcionamento depende de processos mais ou menos particulares ou gerais de negociação e cooperação entre os diversos atores que compõem a vida organizacional, constituindo-se num cenário de ordem negociada.

CARAPINHEIRO (1998) resgata a contribuição de diversos autores, especialmente vários trabalhos de Strauss para discutir a ordem negociada como o principal modelo para compreender a vida das organizações e a ordem social estabelecida, abordando as relações existentes entre as regras formais e informais com os processos negociativos, os territórios onde ocorrem estes processos e a participação dos distintos agentes.

Nessa perspectiva, toda organização regulamentada, totalitária ou não, dispõe da existência de diferentes racionalidades que se associam ou se contrapõem à racionalidade oficial, coexistindo padrões formais e informais de cultura e autoridade. A análise da dinâmica de ordenação e funcionamento do hospital possibilita a descoberta de processos menos aparentes e que constituem a estrutura informal, configurando pontos de interação, rotinas e relações que escapam às linhas de autoridade e aos padrões institucionais, elaborando regras que regulam comportamentos considerados importantes para a realização de projetos de poder de determinados grupos. Tal estrutura resulta principalmente das relações intersubjetivas e sua lógica fundamental está assentada no sistema de valores que regem o mundo normativo e nos sentimentos e percepções que formatam o mundo subjetivo. Por outro lado, a estrutura formal integra as regras oficiais ordenadoras de condutas consideradas apropriadas para alcançar os objetivos institucionais, significando também a maneira como a organização dirige e controla seus membros para garantir, de forma estável, o desenvolvimento das atividades previstas. Em larga medida, esta estrutura depende dos vários tipos de negociação e de interação que seus membros estabelecem entre si em diferentes áreas de trabalho, elaborando e reformulando compromissos indispensáveis para manter o funcionamento das atividades diárias da organização.

Segundo CARAPINHEIRO (1998), pesquisas realizadas em diversos países e em diferentes hospitais demonstram a existência de múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional não vinculados a uma única linha de direção ou a um único conjunto de objetivos. O hospital contemporâneo é altamente profissionalizado, reunindo uma grande diversidade de categorias com diferentes tipos de formação e socialização profissional, várias posições hierárquicas e distintas localizações no processo de produção do cuidado. Em cada profissão existe uma diversidade de ideologias, competências técnicas específicas e modelos de prática. Tal diversidade ocorre também no interior de cada grupo, conferindo múltiplas identidades profissionais capazes de gerar objetivos oficiais e operatórios diversos, potencialmente conflituosos e aptos a se colocarem como objetos de negociação.

Constantemente são criadas regras informais para regular as ações e situações, preenchendo as lacunas deixadas pela regulação formal. Neste cenário delicado, ainda mais complexo pela produção do ensino e presença da academia, constitui-se um mosaico institucional caracterizado por múltiplos processos de interação entre os diferentes agentes que participam da organização do trabalho. CARAPINHEIRO (1998) ressalta que é na delimitação dos territórios de negociação da divisão do trabalho que a questão dos objetivos institucionais se torna estratégica. De fato, há concordância geral de que o objetivo básico do hospital é recuperar o doente para o mundo em condições de saúde física e mental. Trata-se do “cimento simbólico” que fornece a coesão institucional e que fundamenta a existência da organização hospitalar apesar de subsumir uma larga margem de desacordos e de propósitos divergentes. Mascara a multiplicidade de identidades existentes, resultando em distintos modelos teóricos e práticos de se produzir o cuidado, levando a tensionamentos e conflitos de objetivos particulares.

Entretanto, para que a organização funcione e possa cumprir os objetivos que fundamentam sua existência, ocorrem múltiplos processos de negociação potentes para compatibilizar as diferentes ideologias, concepções e práticas profissionais relacionadas ao processo de adoecimento e de abordagem terapêutica dos indivíduos, promovendo encontros e combinações entre saberes e fazeres capazes de fabricar uma nova ordem que não recupera a ordem antiga e nem simplesmente estabelece um novo ponto de equilíbrio organizacional. Ao contrário, trata-se de um equilíbrio instável, onde um

novo arranjo emerge sempre que são introduzidas mudanças na ordem negociada vigente, provocando alterações frequentes na instituição.

Dito de outra forma, o hospital apresenta-se como várias oficinas de trabalho que integradas devem possibilitar a produção do cuidado com a abordagem terapêutica e a gestão dos casos clínicos. Ou como apresentado por MERHY & CECÍLIO (2001), o grande desafio dos processos de gerenciamento do hospital é coordenar adequadamente, harmonizar como numa orquestra, o conjunto diversificado, especializado e fragmentado dos atos cuidadores individuais.

Como já apontado, FOUCAULT (1986) aborda o nascimento e a organização do hospital como aparelho de controle disciplinar que assegura a ordem através de uma micropolítica onde as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade. Entende que a disciplina é uma modalidade de exercício de poder composta por um conjunto de instrumentos, técnicas e procedimentos a determinados indivíduos e populações. No caso do hospital, este processo de disciplinarização consiste na aplicação de uma racionalidade que combina desenvolvimento de atividades produtivas, redes de comunicação e relações de poder segundo critérios de eficácia econômica. A evolução desta organização está intimamente relacionada à participação crescente dos médicos no seu funcionamento seja para configurar o hospital como lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes e novos métodos clínicos seja para consolidá-lo como campo privilegiado de exercício da prática médica.

Como temática central deste processo, FOUCAULT aborda a discussão do poder médico como um poder fundamentado no saber técnico e científico, portanto, um poder-saber hegemônico no processo produtivo da saúde. A dominação médica corresponde a um conjunto de estratégias desenvolvidas para controlar o processo de trabalho, institucionalizar a autonomia profissional do médico na assistência e ocupar uma posição de soberania em relação às outras categorias, agregando-as sob as denominações genéricas de “paramédicas” ou “não médicas”. Historicamente como profissão liberal, a medicina fabricou um discurso baseado no compromisso com valores altruístas e na ética da responsabilidade, descaracterizando ou atenuando o caráter mercantilista da profissão e angariando benefícios materiais e simbólicos (CAMPOS, 1999).

Pela dominância que exerce sobre o processo produtivo em saúde, a profissão médica possui um poder monopolista sobre as outras categorias. Tal monopólio se inscreve na autonomia econômica e política que usufrui e se desdobra em autonomia científica e tecnológica referentes ao desenvolvimento dos diversos campos teóricos e práticos das especializações do conhecimento médico de forma que a profissão controla o conteúdo do seu trabalho e os respectivos processos de formação e aprendizagem. A profissionalização é marcada pela constituição de um monopólio de saberes e competências práticas e de um mercado de clientela para a sua aplicação. Requer o apoio e a proteção do Estado que concede licenças profissionais legitimando a profissão além de exercer uma dominação sobre as categorias concorrentes. Tal legitimação garante a ação reguladora do corpo científico da medicina sobre a saúde e a doença dos indivíduos no trabalho, na família e nas esferas públicas, impondo determinados padrões e valores com ordenação social (CARAPINHEIRO, 1998).

No caso da medicina, tradicionalmente, a dominação é exercida através da subordinação, limitação e exclusão do campo de saberes e modelos de práticas das outras categorias profissionais da área da saúde. Entretanto, quando o poder é derivado de um corpo de conhecimentos técnico-científicos, podem ocorrer processos de rotinização e desqualificação especialmente pela constituição de diversas áreas de especialização que resultam numa fragmentação do saber e do poder, formatando diversos saberes e poderes médicos. Por outro lado, na contramão desta tendência, a comunidade universitária resiste a este processo, preservando o monopólio profissional de alguns docentes portadores de saberes estratégicos que não são transmitidos e nem reproduzidos.

Historicamente, os médicos contribuem particularmente para o funcionamento econômico e político das sociedades capitalistas através da gestão e vigilâncias das condições de saúde física e mental dos indivíduos, garantindo produção e reprodução da força de trabalho. O hospital é o mais importante lugar da produção e reprodução dos cuidados médicos, cujo poder deriva do saber que organiza os sistemas de propedêutica e terapêutica e as atividades necessárias ao funcionamento da instituição, construindo uma racionalidade médica e uma racionalidade administrativa voltada para a eficiência.

Para FOUCAULT (1986), o poder não é um objeto, é a maneira como funcionam as tecnologias políticas da sociedade, produzindo sujeitos portadores de conhecimentos que os dotam de autonomia e liberdade desiguais. Para ele, a compreensão do poder – sua materialidade, instrumentos e estratégias – ocorre no nível das micropráticas e se apresenta como poder disciplinar e como biopoder. Dito de outra forma, as tecnologias disciplinares se desenvolvem sobre os corpos e representam uma aliança entre o poder e o saber. CARAPINHEIRO (1998) considera que as instituições e a ordem social que apresentam resultam principalmente das relações de poder que ocorrem no seu interior. Entretanto, tais relações acontecem de forma dialética configurando um equilíbrio instável, relacionado a processos de resistências e de novos instituintes. Resistências que se produzem e se afirmam através de linhas de fuga e de estratégias mais ou menos explícitas e que possibilitam novos padrões de condutas e novos compromissos para a ação.

Diante das diversas contribuições teóricas dos autores abordados neste capítulo, mais uma vez reitero a potência do hospital como analisador das profissões e dos modelos teóricos e de práticas de saúde, desnudando as relações de poder existentes e os movimentos de transformação do lugar ocupado pelos diversos atores sociais em processos cooperativos ou conflituosos. Nesse sentido, vale destacar que o padrão de hospital abordado por Foucault apresenta novidades: o protagonismo progressivo assumido pelos doentes que gradativamente se inserem nos processos de produção do cuidado como cidadãos e sujeitos portadores de direitos e de exigências; o surgimento e a valorização de novas profissões da saúde que dividem com os médicos o exercício clínico a partir de saberes e práticas que os habilitam a disputar no mercado, clientela e reconhecimento social e político; o progressivo assalariamento dos médicos com precarização de contratos de trabalho e de perda de autonomia sobre as microdecisões de sua prática clínica a partir da fragmentação dos saberes e fazeres e uma dependência crescente dos agentes financiadores da saúde; a profissionalização do sistema administrativo e burocrático, delimitando um campo de especialidade de saberes e práticas capazes de intervir de forma importante nos processos técnicos da produção do cuidado, cuja expressão máxima desta lógica se reflete nos modelos de atenção gerenciada longamente explorados.

Enfim, confirmam-se os preceitos teóricos de Foucault sobre saber-poder. Entretanto, o hospital encontra-se em franco processo de crescimento em tamanho e complexidade com acréscimo quantitativo e qualitativo de pessoal, multiplicação de serviços e das especialidades médicas e significativo desenvolvimento tecnológico. Tais fatores promovem mudanças importantes na estrutura de poder, nos sistemas de comunicação dos hospitais e nas atividades desenvolvidas. Reflete um mosaico de novos protagonistas que transitam no fazer das organizações hospitalares, buscando novos espaços de inserção e atuação, instituindo uma nova ordem, tensa e caracteristicamente negociada.

## ***2.5- A INTERAÇÃO DIALÓGICA ENTRE O CUIDADO E O ENSINO EM SAÚDE***

Pretendo nessa parte estabelecer de forma mais sistemática o vínculo entre o cuidado e o ensino em saúde para demonstrar que, apesar de políticas específicas, são indissociáveis, interdependentes e interpermeáveis. Porque são formatadas numa mesma totalidade histórico-econômico-cultural-social e estão sob a influência dos mesmos paradigmas que ordenam a compreensão e as intervenções sobre o mundo dos homens e das coisas pela ciência. Trata-se de uma relação dialética, feita de mediações mútuas, entrelaçadas em rede para se expressarem, então, em determinados momentos históricos, como certos modelos teóricos e de práticas que se sustentam por um tempo até que novos elementos se imponham e os transformem, provocando rupturas no instituído e produzindo novos saberes e modelos de práticas.

Foge ao escopo deste trabalho um resgate detalhado de como se organiza o pensamento científico através da história das sociedades e sua correspondência com os diversos modelos médicos construídos. Entretanto, para sustentar e discutir este vínculo indissociável entre o cuidado e o ensino em saúde, tomo como ponto de partida uma rápida abordagem de como surgem as universidades, como se estrutura a política nacional dos hospitais universitários e como se entrelaçam, na atualidade, os modelos de ensino e de prática médica. Nessa perspectiva, num diálogo coloquial entre o passado e o presente, escolho questões consideradas essenciais para fundamentar o território do

cuidar como a alma do trabalho em saúde, discutindo na seqüência quais os princípios que compõem a ética desejada para o setor.

... **Na Idade Média**, muito antes da descoberta das terras e habitantes do Brasil, o intelectual como homem cuja profissão era a de escrever e ensinar, sendo ao mesmo tempo sábio e professor, somente apareceu com as cidades. Surgiu como mais um homem de ofício dentre aqueles se instalaram no ambiente urbano, onde se impôs a divisão do trabalho. Este intelectual se tornou perceptível no século XII quando se modificaram profundamente as estruturas sociais e econômicas do Ocidente a partir de movimentos de natureza política e cultural. Os intelectuais desta época sentiam-se como homens novos, portadores do sentimento vivo de construir o novo. Imitavam os antigos, mas iam mais longe e as cidades se tornaram lugares de circulação de homens tão plenos de idéias como de mercadorias, lugares de trocas e encruzilhadas do comércio intelectual. Sob a influência dos árabes, misturaram-se saberes e costumes. O Ocidente não ouvia mais o grego, a língua científica passou a ser o latim e os tradutores foram os pioneiros dessa Renascença. Preencheram as lacunas deixadas pela herança latina na cultura ocidental e desenvolveram a filosofia e as ciências em seu conteúdo e método. A curiosidade, o raciocínio e toda Nova Lógica de Aristóteles se juntou à *Lógica Vetus*, a Velha Lógica (COSTA & TOLEDO, 2002).

O contato do Ocidente com as civilizações orientais, o encontro com as obras dos pensadores gregos que haviam sido preservados e comentados pelos árabes foram importantes para que surgisse uma nova mentalidade religiosa. O templo dos mosteiros escuros e frios com cheiro de morte era coisa do passado: Deus é luz, é aquele que chama à existência. A catedral, símbolo da cidade adquiriu transparência com janelas em vitrais e eram sempre acompanhadas de uma escola fazendo surgir uma nova orientação do pensamento religioso fundamentado então no simbolismo da luz, atingindo seu apogeu na constituição das primeiras universidades (COSTA & TOLEDO, 2002).

A palavra *universitas* significa “instituição autônoma” e inicialmente o termo se aplicou às corporações de ofício, às comunidades de mestres responsáveis pela concessão de graus e admissão de homens em profissões e às comunidades de estudantes. Os



professores das escolas-catedrais, homens de bom nível cultural, de sabedoria e com boa capacidade didática formaram associações para seu sustento e se estabeleceram em lugares próprios para atender os alunos e se desenvolverem culturalmente. Esses grupos de estudiosos e alunos evoluíram até a formação das primeiras universidades da Europa Ocidental. A Universidade de Paris de 1150 e a de Bolonha do fim do século XII são as mais antigas e influenciaram praticamente todas as universidades da Europa Medieval. A de Paris era uma corporação de professores e na da Bolonha os próprios estudantes formavam uma corporação, contratavam professores, pagavam-lhes salários e os multavam ou demitiam quando insatisfeitos com a instrução recebida. Progressivamente, a palavra veio a significar uma instituição educacional que continha uma escola de artes liberais e uma ou mais faculdades de finalidade profissional, especialmente, Direito, Medicina e Teologia (LE GOFF, 1993).

O método universitário foi a escolástica e os grandes escolásticos acreditavam que a razão humana somente podia funcionar com perfeição dentro do âmbito da fé. De formas diferentes tentaram construir grandes “catedrais de idéias” que ocupassem lugar de destaque nas cidades e desejavam que a teologia pudesse guiar as outras disciplinas. Nas cidades medievais, pensar era um ofício cujas leis foram minuciosamente fixadas. Primeiro, as leis da linguagem onde era essencial saber que relações existiam entre a palavra, o conceito e o ser e a escolástica estava na base da gramática. Depois, as leis da demonstração e o segundo estágio foi a dialética, conjunto de operações que faziam do objeto do saber um problema para ser refletido e debatido. Mas a escolástica se nutria também de textos e era um método baseado na autoridade. E à autoridade dos antigos, a escolástica juntou os argumentos da ciência e as leis da razão. No ambiente universitário medieval, a escolástica desenvolveu várias formas de aprendizado e discussão, marcando definitivamente o pensamento no mundo ocidental (COSTA & TOLEDO, 2002).

A descoberta do Brasil ocorreu em 1500 e a história se pronunciou através de diversos acontecimentos políticos, sociais, econômicos e culturais que modificaram a natureza, os índios, os portugueses aqui desembarcados, produzindo novas cartografias de cenários, poderes e relações. Ainda em 1543, na Capitania de São Vicente/SP, foi criada a primeira Santa Casa de Misericórdia por Braz Cubas seguindo-se uma série de outras localizadas nas Capitanias mais importantes. Tais hospitais eram vinculados às

Irmandades, possuindo caráter religioso e caritativo. Prestavam assistência aos pobres, marginalizados e doentes promovendo alívio para os sofrimentos e buscando a salvação eterna numa dinâmica de organização e funcionamento que ocorria desvinculada da presença obrigatória dos médicos da época. A formação de pessoas para a assistência ocorria a partir de um processo de observação dos mais velhos, estudo teórico e avaliações para a obtenção de licenças para o exercício prático nas Santas Casas de Misericórdia.

No Brasil, o processo geral de estruturação do ensino superior e especificamente da Medicina está intimamente relacionado à transferência da família real de Lisboa para a cidade do Rio de Janeiro no início do século XIX. Fato que transformou o país em sede da coroa portuguesa, provocando medidas administrativas, econômicas e culturais para estabelecer uma infra-estrutura necessária ao funcionamento do império. Como destaque, foram criadas as primeiras instituições de ensino superior para formar profissionais capazes de administrar os serviços públicos, privilegiando-se as áreas da medicina, engenharia e direito. Em 1808 foram fundadas duas escolas de cirurgiões localizadas na Bahia e Rio de Janeiro (hoje Faculdades de Medicina de Salvador e Rio de Janeiro, respectivamente), cujas atividades de ensino eram realizadas nos espaços cedidos pelas instituições hospitalares filantrópicas das Santas Casas de Misericórdia segundo um modelo onde havia uma grande independência entre hospital e medicina. Os hospitais não eram ainda instrumento terapêutico e nem os médicos eram considerados os protagonistas principais do processo assistencial.

A mudança ocorreu a partir do final do século XVIII num processo que combina o nascimento da clínica, dos hospitais e da medicina científica. Segundo Ferreira (2000), o ensino médico reflete o estágio vigente do conhecimento médico, o modelo sócio-econômico e político em vigor além das idéias predominantes da sociedade. O ensino tem ligação com o passado, com a tradição, com a história das instituições. É sensível e permeável à influência de interesses e pressões de ordem geral ou particular, produzindo transformações que resultam em novos modelos entrecruzados, indissociáveis de se produzir o cuidado e o ensino em saúde. O novo hospital formatado a partir dos últimos anos do século XVIII contém estes elementos, sendo resultado do encontro dessas influências. Por se constituir como instrumento terapêutico e como campo obrigatório da formação, aprendizagem e exercício prático do saber médico assentado em bases

científicas, reflete a necessidade de novos ordenamentos na divisão, organização e execução do trabalho nestas instituições. Cria novas demandas para a realização das atividades de assistência e ensino, especialmente exigindo um novo perfil tecnológico, um novo perfil do profissional médico e do docente.

Entretanto, no Brasil, este processo ocorre apenas no século XX com a criação, pelo governo federal em 1920, da primeira universidade do país na cidade do Rio de Janeiro, aglutinando a Escola Politécnica, Escola de Medicina e a Escola de Direito. Para grande parte dos historiadores, a fundação de muitas universidades a partir da reunião das escolas ou faculdades já existentes e sob a influência das oligarquias significou um direcionamento de recursos financeiros para os estados, local de prestígio político e de emprego para os filhos das elites. Por outro lado, o papel a ser cumprido pela universidade na vida política e social brasileira, tema sempre atual e polêmico, foi influenciado pelas forças representadas pela igreja, lideranças civis liberais e pensadores positivistas (ANTUNES, 1991).

No caso do ensino em saúde, ocorreram divergências conceituais importantes que inviabilizaram a manutenção das Santas Casas de Misericórdia como o local privilegiado para o ensino médico das Escolas de Medicina existentes em diversas cidades brasileiras. A lógica ordenadora da divisão, organização e funcionamento destas instituições estava assentada no compromisso com a prestação de serviços assistenciais. Não dispunham na maioria das vezes, das tecnologias necessárias ao processo de ensino-aprendizagem almejado nessa época e fundamentado em nova racionalidade técnico-científica que valorizava a especialização e fragmentação do ato médico global e a incorporação tecnológica com o uso crescente de novos medicamentos e equipamentos, provocando modificações estruturais e elevação de custo no funcionamento das organizações hospitalares.

Em 1948, foi criado o primeiro hospital universitário, denominado Hospital de Clínicas, propriedade da Universidade Federal da Bahia. Com a expansão observada especialmente a partir da década de 1970, os hospitais universitários tornaram-se a base dos sistemas de formação dos médicos, constituindo-se também como os principais centros de alta complexidade de atendimento no país (CALDAS JÚNIOR, 1999).

É interessante destacar que a necessidade da criação de hospitais próprios vinculados às faculdades e escolas de medicina surgiu como solução encontrada para uma dicotomia aparentemente produzida a partir da evolução do pensamento científico que passou a demandar mais e maiores recursos tecnológicos. Entretanto, aí, nesse ponto, se insere uma discussão fundamental e ainda necessária pela atualidade do tema. A ruptura do que fundamenta as relações no processo produtivo da saúde, conformando campos e objetos distintos para intervenção do saber e do modelo de práticas que estão vinculados à orientação da universidade daqueles que estão sob uma autoridade não acadêmica, resultando em instituições e poderes muito diferenciados pela importância e reconhecimento adquiridos socialmente.

Dito de outra forma, os hospitais universitários foram criados para possibilitar que as escolas e faculdades de medicina tivessem campos adequados de estágio para o processo de ensino-aprendizagem, organizados em instituições que passaram a estar vinculadas administrativamente à academia, sendo gerenciadas basicamente pela lógica do ensino. Nesta perspectiva, criaram uma dicotomia histórica ainda de todo não superada entre assistência e ensino, desconhecendo que o território do cuidar é que dá sentido ao trabalho em saúde, conferindo identidade e qualidades específicas e complexas ao processo de produção da assistência e do ensino.

Tais questões adquirem ainda maior relevância quando se resgata que até a reforma universitária gestada pela ditadura militar no ano de 1968 e que criou a estrutura departamental e os institutos dos ciclos básicos, as universidades brasileiras eram compostas pelo sistema de cátedras. Na área da saúde, este sistema condicionou a distribuição dos espaços hospitalares à estrutura de poder das escolas e faculdades de medicina, conferindo precedência de privilégios aos catedráticos considerados portadores de absoluto poder e autonomia sobre os pacientes, demais professores e estudantes e sobre o modo de se organizar o ensino e a assistência nos hospitais universitários através dos ambulatórios e leitos que possuíam e que eram financiados por dinheiro público ou por entidades filantrópicas (CLEMENTE, 1998).

Com a reforma universitária, ocorreu um reordenamento da política e da estrutura das universidades segundo os interesses do capital e de acordo com o modelo econômico em desenvolvimento, ampliando o acesso da classe média ao ensino superior e

cerceando a autonomia destas organizações. Mesmo consideradas focos de subversão e de resistência, as universidades se expandiram e a reforma passou a atender aos projetos estratégicos dos militares que sob a influência da Guerra Fria, pretendiam transformar o Brasil em “potência”. Aquelas portadoras de vínculos com o regime ditatorial passaram por uma modernização com ênfase na pesquisa tecnológica e na ligação com o setor produtivo, destacando-se a implantação de laboratórios de pesquisa, desenvolvimento e segurança nacional (VOGT, 2001).

Segundo CLEMENTE (1998), a organização departamental buscou atenuar o sentido individualista das decisões dos catedráticos assim como redefiniu os objetivos dos hospitais universitários a partir de uma lógica de racionalização dos meios, redução dos custos e integração ao sistema assistencial. Nesse sentido, propôs uma constituição dos HU como hospital geral composto por serviço de urgência/emergência, leitos e ambulatórios nas diversas especialidades clínico-cirúrgicas, formatando, conseqüentemente, modelos organizacionais de alta complexidade pelo tamanho e pela estrutura de poderes e saberes.

Com relação ao financiamento, os hospitais universitários federais eram orçamentados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) de forma desvinculada da produção de serviços assistenciais. Não possuíam um sistema contratual formal ou informal que vinculasse o repasse dos recursos financeiros ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, prevalecendo a lógica exclusiva de hospitais de ensino e pesquisa. Em 1974, através do Plano de Pronta Ação, os hospitais universitários e de ensino (HUE) se integraram aos programas de assistência médica da previdência social e em 1980 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) estabeleceu uma minuta padrão dos convênios com os hospitais universitários e de ensino condicionando as internações hospitalares à emissão da Guia de Internação Hospitalar, pagando as cirurgias de acordo com a complexidade e o uso de órteses e próteses, além de remunerar as consultas ambulatoriais e pequenas cirurgias (CARMO, 2006).

Com a crise econômica dos anos de 1980 relacionada aos elevados custos da assistência médica hospitalar brasileira, pelos altos níveis de inflação e pela incorporação intensa de tecnologia, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde

Previdenciária (CONASP) que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Este Plano estabeleceu o pagamento das internações hospitalares por “pacote de procedimentos”, introduzindo a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e extinguindo o pagamento por Unidade de Serviços (US) além de criar o programa de racionalização dos ambulatórios do Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) e o programa de valorização e integração dos serviços públicos de saúde (CARMO, 2006).

Nesse contexto, em 1982, foram definidas novas diretrizes para os convênios entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social, classificando os hospitais universitários por critérios de complexidade e desempenho, instituindo mecanismos de controle e avaliação, autorizando o uso de 10% das acomodações para remuneração adicional através de segurados pagantes e incluindo estas instituições nos sistemas regionalizados de saúde com o papel de referência secundária e terciária. A reclassificação dos hospitais universitários ocorrida em 1984 e a criação do Índice de Valorização de Desempenho em 1985, acrescido ainda de valores pela prestação de serviços-ensino, possibilitaram recursos adicionais para os HU, remunerando as AIH até 130% dos valores originais (CARMO, 2006).

Em 1989 foi criada a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), responsável num primeiro momento pela captação de recursos financeiros adicionais junto ao Instituto Nacional da Previdência Social. Entretanto, no final dos anos de 1980, os hospitais universitários foram responsabilizados pela crise financeira das universidades e com o movimento da Reforma Sanitária no país, os municípios em gestão plena assumiram a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços, incluindo os HU.

Entre os anos de 1994 a 1999, foram publicadas diversas portarias conjuntas entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde para tratar da inserção e remuneração dos hospitais universitários no Sistema Único de Saúde. Destaca-se a criação em 1994 do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (FIDEPS), repassado inicialmente através de percentuais calculados sobre o quantitativo das internações hospitalares realizadas. A partir de portaria do Ministério da Saúde publicada em 1999,

o FIDEPS teve valores fixos, calculados por série histórica de internações e repasse condicionado à assinatura de contrato de metas sob a responsabilidade dos HUE.

Apesar de diversas soluções levantadas para a crise destas instituições como a transferência do HU para o Sistema Único de Saúde (SUS), a transformação em Organizações Sociais e até mesmo a privatização, a ABRAHUE juntamente com a Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições de Ensino Superior (ANDIFES) propôs a celebração de contratos de gestão entre os Hospitais Universitários e de Ensino e os gestores do SUS, envolvendo a definição de compromissos e metas e pagamento global especialmente vinculado à prestação de serviços assistenciais.

Em 2003 foi criada a Comissão Interinstitucional com representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Ministério da Ciência e Tecnologia, ABRAHUE e ANDIFES para avaliar a situação dos HUE e reorientar a política nacional para estas instituições, formatando, inclusive, novos critérios de certificação como hospitais de ensino e em maio de 2004 foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde. Tal programa definiu as diretrizes para pactuação destas organizações com os gestores do SUS através do estabelecimento de processos formais de contratualização com negociação de compromissos de assistência, ensino e pesquisa (CARMO, 2006).

Finalmente em 2004, a Portaria do Ministério da Saúde número 1703 modificou de forma significativa a lógica orientadora do financiamento destas instituições, definindo uma política de orçamentação parcial, pré-fixando os valores da assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade e remunerando por produção a alta complexidade. Além disso, incorporou os valores do incentivo FIDEPS, estabeleceu um percentual de acréscimo nos valores financeiros para os hospitais com leitos destinados exclusivamente aos pacientes do Sistema Único de Saúde assim como criou um percentual de remuneração variável de acordo com o desempenho dos hospitais universitários avaliados através de indicadores de qualificação assistencial e participação em projetos estratégicos do Ministério da Saúde.

Apesar dos avanços atuais existentes, os hospitais universitários nasceram rompidos e na sua evolução histórica aprofundaram e cristalizaram a dicotomia entre o ensino e

assistência, operando cada vez mais como duas instituições numa só, construindo separadamente seus valores e convicções afins. Historicamente, foram desenvolvidas duas racionalidades operantes que provocam ainda permanentes tensões no cotidiano destas instituições, produzindo sistemas de autoridade e perfis de funcionamento organizacional diferenciados.

Os hospitais universitários por sua vitalidade sociológica e por sua relevância social se constituem concretamente como o espaço organizacional privilegiado para uma interação dialógica entre o cuidado e o ensino-aprendizagem segundo uma racionalidade comunicativa que pode construir valores e convicções comuns entre os diversos atores a partir do território do cuidar. Um território sempre em processo, onde estão presentes em trabalho vivo, sujeitos sociais portadores de saberes, poderes, normas e vivências produzindo atos de fala, formas de ação e relações a partir do uso de determinadas modalidades tecnológicas, escolhidas para conferirem a melhor resolutividade técnica para os problemas apresentados. A integralidade do cuidado apresenta-se, então, como produto de um fazer interativo materializada tanto no hospital em si com a articulação dos diversos saberes e fazeres dos profissionais que atuam na organização como na perspectiva do hospital na rede enquanto estação cuidadora, responsável por uma integração com as diversas equipes e serviços de saúde.

Em diversos momentos destacou-se a importância dos hospitais como analisadores institucionais potentes, capazes de desvendar as políticas e o sistema de saúde, os modelos de práticas profissionais e de incorporação tecnológica e a estrutura de poderes. Entretanto, os hospitais universitários são especialmente valiosos no sentido de possibilitarem investigação, análise e intervenções cujos efeitos se pronunciam no presente e constroem o futuro. Porque neles a produção do cuidado realizada em ato é também e simultaneamente o objeto do ensino-aprendizagem em saúde, cuidando e formando cuidadores. Nesse sentido, é importante salientar algumas especificidades da instituição ensino e da instituição assistência, abordando aquilo que caracteriza, que se problematiza e se torna também potência para subsidiar a construção de novos encontros, uma interação comunicativa, dialógica, no sentido que lhe conferiu Habermas, entre os modelos e práticas da assistência e do ensino em saúde.



Os hospitais universitários são organizações complexas portadoras de características burocráticas, profissionais e adocráticas representadas, respectivamente, pela área administrativa, corporações profissionais de técnicos da saúde e por docentes e núcleos de especialistas que convivem no cotidiano institucional disputando a relevância e o domínio de seus projetos e racionalidades. Buscam lugares de expressão e de hegemonia dos seus poderes na estrutura formal e informal, participando dos sistemas de autoridade, do desenvolvimento de atividades e da construção das redes de comunicação em processos onde se entrelaçam o instituído e as forças instituintes, os objetivos oficiais e os objetivos operatórios em processos tensos, coincidentes e conflituosos.

Segundo SANTOS (1999), os três principais fins da universidade passaram a ser a investigação, o ensino e a prestação de serviços e de forma evidenciável a explosão das funções e do caráter produtivo foi afinal o correlato da explosão da universidade, do aumento da população estudantil e do corpo docente, da proliferação significativa das universidades, da expansão do ensino e da investigação em novos campos do saber. Funções que apresentam entre si pontos de tensionamento e de contradições, expressas principalmente em três domínios. Primeiro, uma contradição entre a produção de uma alta cultura e de conhecimentos exemplares para a formação das elites e produção de padrões culturais médios e de conhecimentos úteis para as tarefas da transformação social e formação de uma força de trabalho qualificada exigida pelo desenvolvimento industrial. Segundo, contradição entre a hierarquização dos saberes especializados através de restrição do acesso e credencialização de competências e as exigências sócio-políticas de democratização e de igualdade de oportunidades. Finalmente, a contradição entre reivindicação de autonomia na definição dos valores e objetivos institucionais e submissão crescente a critérios de eficácia e de produtividade de origem e de natureza empresarial. De maneira mais simplista, significam contradições entre alta cultura e cultura popular, educação e trabalho, teórica e prática.

SANTOS (1999) destaca ainda que o universo simbólico da vida universitária continua povoado pela prioridade da investigação e pela idéia de que os avanços do conhecimento científico são propriedade da comunidade científica mesmo que sua autoria possa ser individualizada e que apenas uma parte dos docentes desenvolva efetivamente processos de pesquisa. A definição do prestígio tanto institucional como

peçoal continua vinculada à realidade ou à ficção verossímil do desempenho científico de forma a criar nas instituições e nos docentes excluídos dos processos de investigação uma marginalidade. Entretanto, historicamente a hegemonia da universidade está relacionada a dicotomia educação-trabalho. Inicialmente, quem pertencia ao mundo ilustrado estava dispensado do mundo do trabalho e quem pertencia ao segundo estava excluído do primeiro. Com o desenvolvimento do sistema capitalista, esta dicotomia assumiu outro caráter, transformou-se numa separação temporal entre os dois mundos, agora intercomunicáveis numa seqüência, educação-trabalho que busca conformar o mercado produtivo numa correspondência estável entre a oferta da educação e a oferta do trabalho, entre titulação e ocupação.

Mas com a acelerada transformação dos processos produtivos na atualidade, a educação deixa de ser anterior ao trabalho e passa a ser concomitante deste, criando, inclusive, alternativas para reduzir esse lapso temporal. A formação e o desempenho profissional tendem a fundir-se num só processo produtivo e desenvolvem-se estratégias de educação continuada, treinamento em serviço, reconversão e especialização profissional, crescendo de forma importante, a população de trabalhadores entre os estudantes universitários.

Por outro lado, a inserção da universidade na vida das comunidades é objeto de críticas freqüentes seja pela pequena mobilização do conhecimento produzido a favor da resolução de problemas sociais. Ou por não disponibilizar sua autonomia institucional e sua tradição de espírito crítico e discussão desinteressada em defesa dos interesses e projetos dos grupos dominados. O movimento estudantil mundial dos anos sessenta foi, sem dúvida, o porta-voz das reivindicações mais radicais sobre a intervenção social da universidade. Que numa perspectiva manifestou-se apoiando e subsidiando projetos políticos de democratização e de defesa dos direitos de cidadania. Em outra, significou uma ampliação e intensificação de atividades de prestação de serviços contextualizados na dinâmica da vida social, fora das instâncias e ambientes da academia, criando espaços de interação com a comunidade.

Os hospitais universitários são instituições que apresentam essa marca das funções primordiais do ensino, investigação e prestação de serviços em processos indissociáveis e simultâneos, marcados pelo encontro de intersubjetividades, característicos do

trabalho em saúde. Contêm na sua cultura organizacional os diversos elementos que caracterizam os valores e normas da universidade, configurando uma dinâmica muito específica onde o saber ocupa centralidade. Geralmente estão constituídos por serviços correspondentes às estruturas departamentais das faculdades de medicina afins, estabelecidos conforme a lógica de especialidades e sub-especialidades. Adquirem de forma crescente e atual o formato de institutos, núcleos de grande excelência técnica, porém desvinculados de um projeto global para a saúde e ensino.

Nesse sentido, os hospitais universitários são organizações adocráticas caracterizadas por apresentarem relações de poder decorrentes do domínio de certos saberes e da competência prática adquirida. Tornam-se tipicamente uma instituição de especialistas cujo valor está associado à importância que seu núcleo de competência técnica adquire no interior da missão organizacional vigente em determinado período. Atuam com elevado grau de autonomia, privatizando muitas vezes os espaços públicos de gestão segundo seus interesses e projetos corporativos. Afirmam-se a partir do domínio de seu saber e do seu modelo de práticas adquirindo poderes organizacionais e capacidade de influenciar os rumos e a dinâmica de funcionamento da instituição.

Paralelamente, a autoridade burocrática formal desenvolve processos que buscam minimizar os auto-governos implantando normas e regras de caráter controlista que pretendem ordenar a divisão e organização do trabalho, as relações hierárquicas de poder e as rotinas e fluxos das atividades. Tais processos tensionam e o hospital universitário, organização adocrática e burocratizada, mantém no dia-a-dia os conflitos de autoridade, os espaços de auto-governos e a fragmentação dos agires e poderes. Por sua vez, as corporações de profissionais técnicos da saúde presentes na vida institucional, buscam conquistar também espaços de exercício de autonomia segundo o modelo que orienta a divisão técnica do trabalho e que possui centralidade no saber médico. Os diversos profissionais técnicos que transitam nos hospitais universitários disputam novos espaços de poder e atuação a partir de um referencial simbólico de sucesso espelhado na corporação médica.

Do entrelaçamento destas racionalidades, resulta um cotidiano complexo, permeado por diferentes valores e convicções. MERHY (1999) defende que o elemento transformador dessa dinâmica de funcionamento e de relações de poder passa necessariamente pela

construção coletiva de uma missão organizacional capaz de incluir a missão de assistência, a missão de ensino e a missão de pesquisa numa perspectiva integralizadora a partir de um pacto fundamentado no território do cuidado.

Apesar de discutir questões específicas relacionadas ao ensino médico, sua análise contempla uma abrangência maior que pode ser tomada em diversos aspectos a título de exemplo para a abordagem da formação profissional em saúde. Historicamente, a escola médica tem investido na produção de profissionais centrados em campos específicos de saber e de competência prática em correspondência com o modelo médico procedimento centrado. A formação do profissional está implicada com os interesses mercadológicos que ordenam a oferta e organização de serviços mais do que com a missão de prática cuidadora, curativa e de promoção à saúde.

Para CAMPOS (1999), o aluno perde a dimensão global da sua inserção como sujeito social capaz de atuar no plano político e institucional para construir um modelo integral e resolutivo de cuidados à saúde. Além disso, avalia que a dupla vinculação que os docentes apresentam desenvolvendo atividades privadas com obrigações públicas provoca uma diminuição progressiva da presença e atuação deste segmento na vida global dos hospitais universitários. Dessa forma, o cotidiano e muitos processos decisórios ocorrem através dos médicos residentes, resultando num modelo de ensino cada vez mais centrado em aulas dispositivas e discussões semanais de casos clínicos. Destaca ainda a existência de uma crise de eficácia da clínica relacionada principalmente a uma atuação profissional fragmentada e direcionada especialmente a momentos de agudização de quadros clínicos mais prevalentes.

Considerando a interdependência do território do cuidado com o território do ensino à saúde, CAMPOS (1997; 1999) aponta a necessidade de um investimento para a construção de novas relações entre as escolas formadoras e o Sistema Único de Saúde, ampliando os espaços de formulação e realização concreta do modelo pedagógico. Defende a co-gestão entre as universidades e as instâncias gestoras do SUS como a estratégia capaz de promover a verdadeira integração docente-assistencial numa perspectiva mais ampliada da clínica e do ensino num exercício cotidiano de cooperação e negociação. Conceitua a clínica ampliada como aquela que incorpora um diversificado campo de saberes, de responsabilidades e de práticas potencializando a ação profissional

para uma maior resolutividade dos problemas de saúde. Nesse sentido, CAMPOS (1997; 1999) aposta no protagonismo dos usuários e alunos como o elemento impulsionador de uma nova ordem no sentido de provocarem com suas necessidades, linhas de fuga, novos paradigmas e novos modelos de práticas de ensino e cuidado.

Na mesma perspectiva, MERHY (1999) propõe dois campos de competência tecnológica para a formação de trabalhadores em saúde. Um núcleo comprometido com as intervenções técnicas específicas no terreno do recorte profissional e outro denominado núcleo cuidador. Constituído a partir dos encontros e combinações entre os diversos saberes e práticas dos profissionais que atuam no processo produtivo da saúde, possibilitando que os trabalhadores se responsabilizem pelas ações globais junto a usuários bem definidos, obtendo o máximo de resolutividade técnica.

Isso significa dotar os processos educacionais de uma nova racionalidade, onde a centralidade no usuário e no aluno conformam novas relações tutelares e cuidadoras. Mediar, numa concepção comunicativa, os saberes existentes, produzindo um conhecimento que transcende o campo da competência técnica específica, reconhecendo o protagonismo do doente e do estudante no processo simultâneo, indissociável de ensino-aprendizagem e assistência, resultando em sujeitos com mais autonomia e em profissionais dotados de novos saberes tecnológicos, capazes de um agir mais integralizador.

MERHY (1999) aposta na combinação das diversas competências existentes nas organizações de ensino e de assistência quando o eixo central que organiza os processos produtivos e gerenciais está localizado no território do cuidado. Defende a preservação da estrutura adocrática enquanto o domínio de saberes tecnológicos fundamentais para garantir o adequado exercício profissional, compatibilizando-a com a estrutura burocrática e com a estrutura corporativa, articulando-as em torno de uma missão integralizadora e em processos cotidianos de negociação e cooperação.

Vale destacar que a consolidação do setor saúde é um dos principais campos de ação do Estado e do capital, onde se produz políticas e trabalho e onde os processos produtivos estão implicados com os espaços de produção de sujeitos sociais no interior do território singular das práticas de saúde. Um território tenso e instável, aberto à possibilidade de

intervenções gerenciais diversas capazes de modificar radicalmente as relações, as práticas e o resultado final do agir em saúde segundo o conjunto de convicções e valores que orientam o modelo gerencial, produzindo procedimentos ou atos cuidadores. (TESTA, 1997).

O tema da gestão em saúde inclui o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias para governar tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão de diretrizes mais gerais como práticas institucionais e processos produtivos de atos de saúde, exigindo de dirigentes de organizações educacionais e de assistência estratégias de ação no terreno tecnológico, administrativo e político. MERHY (1999) aposta na gestão cotidiana da saúde a partir da temática da micropolítica do trabalho vivo como forma de atuar sobre esta dobra instituído/instituente, defendendo uma centralidade no usuário com modelos de práticas baseadas no acolhimento, no vínculo, na responsabilização tendo como perspectiva a integralidade e resolutividade do cuidado.

## ***2.6- A ÉTICA DESEJADA DO CUIDADO E ENSINO EM SAÚDE***

Segundo HELLER (1985), Marx compreendia a ética como a relação existente entre o indivíduo, sua circunstância e suas possibilidades concretas e a moral como um indicativo da relação objetiva do indivíduo com a sua espécie, a sua pertinência ao gênero humano na relação de valores. Nesse sentido, para Marx, a moral define em que medida a universalidade do gênero chega a se constituir na fundamentação ética das ações dos indivíduos sem que se submetam, entretanto, passivamente à situação. Nesse sentido, uma categoria central da ética é a liberdade, que diz da escolha do homem sobre seu lugar no mundo, seus costumes e suas normas. De forma geral, o significado de ética e moral se confunde e toda sociedade busca manter sua identidade, sua coerência e sua continuidade com a ajuda de um conjunto de regras, valores e de costumes que constituem sua tradição moral cuja função é principalmente propor um sistema de comportamento que tenha autoridade.

Para HELLER (1985) a ética é uma práxis, é filosofia prática e todo filósofo deve viver seus pensamentos, pois as idéias que não forem vividas não são efetivamente filosóficas

e todo movimento social importante precisa assumir uma atitude determinada em relação à tradição moral.

Nessa perspectiva, diante da complexidade e diversidade do trabalho em saúde é necessário discutir os valores que sustentam as opções teóricas e metodológicas apresentadas sobre a produção e a gestão do cuidado. Que fundamentam propostas concretas que possam ser discutidas e incorporadas especialmente nos hospitais universitários, mas sendo consoantes com um projeto político mais geral defendido para a sociedade e para a área da saúde.

Como princípio agregador dos diversos modelos tecnoassistenciais e educacionais possíveis nesta perspectiva, discutirei a integralidade do cuidado, por entendê-la suficientemente capaz de expressar a essência do trabalho em saúde e trazer à tona outros princípios fundamentais que compõem o sistema de valores, a ética desejada para a produção do cuidado e do ensino.

Segundo MERHY e CECÍLIO (2003) a integralidade pode ser conceituada como a combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves acessíveis de forma universal e segundo o perfil de necessidades dos usuários cuja finalidade maior é qualificar a vida e as relações.

Na perspectiva do cuidado hospitalar, esta integralidade se associa a uma defesa radical de uma sociedade mais igualitária, solidária e inclusiva onde o sistema de saúde seja universal, resolutivo e com controle social e o hospital possua gestão democrática com adesão dos trabalhadores e legitimidade social. Nesse sentido, a construção da integralidade do cuidado combina necessariamente a articulação dos diversos atos cuidadores realizados através das várias equipes no ambiente hospitalar com a integração dos diversos serviços que compõem o sistema de saúde. Aliás, *“um sistema atravessado por várias racionalidades de funcionamento, com múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única lógica ordenadora. Na realidade, a melhor imagem é a de uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias*

*da saúde e que são acessadas de forma desigual pelas pessoas ou agrupamentos que deles necessitam” (MERHY e CECÍLIO, 2003:3).*

É amplo o leque das necessidades de saúde e são complexos os esquemas de sua representação e nessa perspectiva, a integralidade só pode ser obtida em rede, combinando a utilização de serviços e de tecnologias, segundo o campo de necessidades dos usuários. Na especificidade da instituição hospitalar, a maior resolutividade da assistência é obtida através da articulação dos diversos atos profissionais em um projeto terapêutico necessariamente multidisciplinar e único, construído a partir das necessidades do usuário. Entretanto para que o cuidado integral se realize é necessário um processo mais amplo e institucionalizado de referência e contra-referência que assegure o acesso e a utilização dos diversos serviços de saúde que compõem a rede de cuidados (MERHY, 1998).

Portanto, as formas tradicionais de organizar o trabalho em saúde a partir da lógica das corporações têm sido insuficientes para garantir a integralidade, resultando num pensar e agir fragmentados tanto em termos da assistência realizada no hospital em si como naquela desenvolvida no sistema de saúde como um todo. Dessa maneira, os processos de gestão podem se constituir em recursos fundamentais para qualificar o trabalho em saúde desde que tenham a integralidade do cuidado como seu eixo central. Isso significa desenvolver mecanismos e dispositivos de coordenação no hospital e nos vários serviços que compõem a rede de forma a interferir nos processos de trabalho dos diversos profissionais a partir da razão dos usuários e de suas necessidades. Desprivatizar os espaços específicos do fazer técnico de cada profissional e romper com o isolamento histórico de cada serviço, construindo uma outra racionalidade para ordenar o processo de produção e da gestão do cuidado.

É crítico o processo de gestão do trabalho em saúde na medida em que ele tem como tarefa principal coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais e de unidades de serviços portadores de grande autonomia e permeados por interesses e projetos de diferentes ordens. Como alternativa, MERHY e CECÍLIO (2003) propõem a integralidade como o eixo ordenador dos processos gerenciais e apostam na gestão cotidiana do trabalho em saúde a partir da temática da micropolítica, onde produzem os atos e as relações.



Há uma tensão constitutiva no processo gerencial da saúde vinculada a existência das várias racionalidades operantes na conformação do trabalho e que representam os interesses e projetos dos diversos atores sociais envolvidos. Tal complexidade adquire ainda maior amplitude quando se associa a racionalidade adocrática proveniente da participação da universidade nos processos combinados de ensino e assistência. Nos hospitais, MERHY e CECÍLIO (2001; 2003) abordam as lógicas de coordenação existentes, destacando a importância do “papel silencioso” desenvolvido pela enfermagem no sentido de exercer a gestão dos cuidados ao usuário, atuando como mediadora na relação entre o médico e o paciente e buscando junto às diversas instâncias assistenciais a realização dos atos prescritivos. Segundo CARAPINHEIRO (1998), os médicos exercem uma posição de soberania sobre as outras categorias profissionais e o poder da enfermagem é entendido como um poder periférico não possuindo reconhecimento institucional como coordenadora da gestão do cuidado.

Para a remodelagem da gestão nas organizações hospitalares, MERHY e CECÍLIO (2003) propõem a combinação das várias racionalidades e lógicas de coordenação existentes a partir do compromisso com a integralidade e resolutividade da assistência, constituindo um modelo de linhas de cuidado.

Tal modelo encontra referencial no conceito de linhas de produção e está relacionado ao caminhar espontâneo ou referenciado do usuário no sistema em busca de acesso e de utilização dos diversos serviços, segundo seu campo de necessidades. Compreende a produção da saúde como resultado de um entrelaçamento e combinação de tecnologias cuja eficácia legitima a sua disponibilidade e utilização. No sentido de conferir materialidade, as linhas do cuidado podem ser organizadas de acordo com a definição e seleção de grupos de risco ou perfis nosológicos mais prevalentes, agregando numa dinâmica política e organizacional marcada pela negociação e institucionalização, as tecnologias e serviços necessários para a sua adequada abordagem tendo como perspectiva o cuidado integral e resolutivo.

No interior das instituições, as linhas de cuidado indicam o perfil organizativo e são compostas por unidades de cuidado, responsáveis em conjunto pela construção de projetos terapêuticos multiprofissionais capazes de ordenar os processos de trabalho, os

fluxos intra e entre equipes, assegurando o acesso aos recursos disponíveis para a assistência a partir de uma centralidade no perfil de necessidades dos usuários. A coordenação das linhas do cuidado envolve necessariamente o desenvolvimento de dispositivos gerenciais e técnicos para uma resolutiva articulação entre as várias unidades, incluindo processos de negociação com as instâncias e serviços burocráticos, capazes de assegurar a viabilização do projeto terapêutico.

Por outro lado, os coordenadores das linhas de cuidado devem criar e estabilizar processos e fluxos que extrapolem os limites da organização hospitalar e se transversalizem para outros serviços, considerados cada qual como uma estação cuidadora. A gestão hospitalar centrada no cuidado deve se responsabilizar não só pela assistência na sua abrangência organizacional, mas também por movimentos de construção de fluxos institucionais estabilizados e regulares entre as diversas estações cuidadoras com processos de negociação extra-hospitalar, com desenho e constituição de fóruns mais coletivos e interinstitucionais.

Em consonância com o modelo da ordem negociada compreendido como formato conciliatório das diversas racionalidades operantes no cotidiano das organizações hospitalares, MERHY e CECÍLIO (2003) discutem a rede de contratualidade como expressão dos consensos e acordos estabelecidos formal ou informalmente e traduzidos como uma rede de petições e de compromissos entre as diversas áreas do hospital. Trata-se de uma rede configurada a partir da grande interdependência existente entre as diversas unidades de produção e que não se explicita muitas vezes nas instâncias oficiais, mas que permite ao hospital funcionar. As contratualizações apesar de dinâmicas, móveis e sem limites muito precisos dão materialidade às relações entre setores, responsabilizando-os com funções e produtos específicos nas diversas etapas do processo produtivo organizacional.

MERHY e CECÍLIO (2003) apostam numa construção intencional de redes de contratualidade no cotidiano da instituição como dispositivos potentes para comprometer o protagonismo dos diversos atores institucionais com certas diretrizes e propostas que constituem a lógica de governo. Dessa forma, compatibilizam as práticas autônomas - trabalho vivo e criativo – com os espaços públicos de decisão e coordenação mediadas pela comunicação.

Nesse sentido, a comunicação é compreendida como processo fundamental e base para o desenvolvimento das atividades nas organizações, integrando múltiplas concepções, valores e comportamentos. Enquanto espaços de trocas e mediações, os hospitais são lugares de discursos e RIVERA (1995) propõe investir numa gestão de base comunicativa consensual que integre a autonomia profissional e a flexibilidade produtiva através de um processo de coordenação de equipes e de serviços baseado na adoção negociada de compromissos e de critérios e metodologia de avaliação do trabalho. Defende ainda privilegiar a gestão pautada na coletivização das decisões com horizontalização dos fluxos, sistemas de comunicação e das relações intra-organizacionais, desenvolvendo liderança comunicativa capaz de favorecer a adesão a uma dinâmica de equipe e de motivar à participação, construindo compromissos de ação. Por fim, sugere explorar a compreensão lingüística das organizações, utilizando, inclusive, o apoio da informática e criar modelos de negociação cooperativa para aprimorar a capacidade interativa e de produção de acordos.

Nesta mesma direção, CAMPOS (1997; 1999) propõe radicalizar os processos de descentralização a partir do estabelecimento de compromissos e responsabilidades, modificando a estrutura verticalizada e corporativa das organizações além de intensificar a democratização da gestão, investindo em controle social.

Finalizo aqui os argumentos que sustentam minha investigação e análise sobre o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, manifestando claramente uma concepção de Estado, de políticas sociais, especialmente da área de ensino e de saúde, comprometidas com um projeto político-ideológico que defende o conhecimento e o trabalho como elementos essenciais para uma qualificação da existência humana. Foi um longo trajeto por autores que me possibilitaram a consolidação de princípios e de concepções e por outros que me descortinaram uma dimensão nova, feita da alegria dos microvalores. Uma leveza ainda por ser vivenciada plenamente, mas que me trouxe delicadeza e novos jeitos de estar no mundo.

MAFFESOLI (2005) no seu livro *No fundo das aparências*, diz que a unicidade da constelação de valores perfeitamente heterogêneos e característicos das sociedades contemporâneas é feita do entrecruzamento e da correspondência de microvalores

éticos, religiosos, culturais, sexuais e produtivos, que sedimentados constituem o solo da comunicação. Uma comunicação que pode ser firmada também na temática da atração. Atração de sensibilidades que possibilitam novas formas de solidariedade. Desenhando uma nova carta de astronomia social complexa, onde sob a aparente divagação dos trajetos pessoais e tribais, podem ser encontrados códigos, regras, costumes deixando pouco espaço para o cálculo racional.

## **CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA**

### ***3.1 – JUSTIFICATIVA DO MÉTODO***

Na sociedade ocidental, a Ciência é a forma hegemônica da construção da realidade, considerada por muitos críticos como um novo mito por sua pretensão de ser o único promotor e critério de verdade. Isso se deve, seja pela sua capacidade de responder às questões tecnológicas do desenvolvimento industrial, seja pela linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas que os cientistas desenvolveram e que é utilizada por uma comunidade que a controla e administra sua reprodução (MINAYO, 2000).

Entretanto, apesar da sua normatividade, o campo científico é permeado de contradições e de conflitos primariamente relacionados à interrogação se o estatuto de cientificidade das Ciências Sociais é igual ou diferente das Ciências Naturais. SANTOS (2004) argumenta que as Ciências Naturais são ainda hoje diferentes das Ciências Sociais, mas cada vez mais próximas por duas razões teóricas. Primeiro, porque as características criticadas do estatuto epistemológico das Ciências Sociais passaram a ser revistas e valorizadas, apontando para o horizonte epistemológico das ciências em seu conjunto a partir da crise do modelo positivista. Segundo, porque a materialidade teórica dos avanços científicos das Ciências Naturais fez prevalecer o que há de comum entre elas e as Ciências Sociais.

Entretanto, para SANTOS (2003 e 2004) as Ciências Sociais são epistemologicamente prioritárias por proporcionarem a compreensão que dá sentido e justificativa às Ciências Naturais. Nesse sentido, defende que a ação humana é radicalmente subjetiva, não podendo ser descrita e explicada com base em suas características exteriores e objetiváveis tendo em vista que um mesmo comportamento pode corresponder a sentidos de ação diferentes. Para ele, a compreensão dos fenômenos sociais deve ocorrer a partir das atitudes mentais e do significado que os agentes conferem as suas ações, utilizando métodos de investigação e critérios epistemológicos diferentes daqueles usados pelas Ciências Naturais.

Como consequência, não tem sido possível aplicar com êxito os padrões metodológicos clássicos amparados pelo pensamento positivista na produção do conhecimento científico nas Ciências Sociais, especialmente porque os fenômenos têm um caráter histórico que não permite a sustentação de leis universais nem uma separação importante entre o objeto e o sujeito do conhecimento (TOURAINÉ, 2006). Da filosofia grega ao pensamento medieval, a natureza e o homem se pertencem mutuamente enquanto especificação do mesmo ato de criação. A ciência moderna rompe com essa cumplicidade, funda seu paradigma na distinção entre natureza e sociedade. Em termos sociológicos, este homem é a burguesia que transporta em si o espírito do capitalismo e que vai utilizar a relação de exploração da natureza para produzir um desenvolvimento das forças produtivas sem precedentes na história da humanidade, expressando nessa exploração a outra face da dominação do homem pelo homem.

A construção da hegemonia das Ciências Sociais pressupõe a superação do paradigma da ciência moderna. O paradigma emergente constitui-se em redor de temas que em dado momento são adotados por grupos sociais concretos como projetos de vida e nesse sentido, a fragmentação pós-moderna não é disciplinar e sim temática. Os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros (SANTOS, 2004).

O conhecimento avança à medida que o seu objeto se amplia, procedendo a sua diferenciação e seu alastramento, constituindo uma unicidade feita do entrelaçamento de macro e microvalores onde os objetos possuem fronteiras cada vez menos precisas, entrecruzadas em teias complexas que configuram redes. O conhecimento pós-moderno

sendo total, não é determinístico, sendo local, não é descritivo. É antes, um conhecimento sobre condições de possibilidades da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento deste tipo constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica onde cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Nessa fase de revolução científica que a sociedade atravessa, a pluralidade só é possível mediante a transgressão metodológica e a tolerância discursiva.

A inovação científica consiste em inventar contextos persuasivos que conduzam à aplicação dos métodos fora do seu habitat natural. No paradigma emergente, o caráter auto-biográfico e auto-referenciável da ciência é plenamente assumido. A ciência moderna legou um conhecimento funcional do mundo que alargou extraordinariamente as perspectivas de sobrevivência. Entretanto hoje não se trata tanto mais de sobreviver, mas sim de SABER VIVER, sendo preciso para isso, outra forma de conhecimento, compreensivo e íntimo ao objeto que se estuda (SANTOS, 2004).

O labor científico elabora suas teorias, métodos, seus princípios, e estabelece seus resultados e em outro sentido inventa, ratifica seu percurso, encaminha-se para outras direções e neste devir da cientificidade a pesquisa social é tateante, mas ao progredir formula critérios cada vez mais precisos. O objeto das Ciências Sociais possui consciência histórica, identidade com o sujeito, é intrínseca e extrinsecamente ideológico, sendo essencialmente qualitativo, exigindo para a sua compreensão uma abordagem do conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, processos, sujeitos, significados e representações (MINAYO, 2000).

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática da abordagem da realidade. Nessa perspectiva inclui necessariamente as concepções teóricas, conjunto de técnicas e a criatividade do pesquisador. Como abrangência conceitual, a teoria e a metodologia são inseparáveis e, como conjunto de técnicas, o método deve dispor de um instrumental claro, coerente, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Para MINAYO et al (1994), a pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade, vinculando essencialmente pensamento e ação e alimentando e atualizando a atividade do ensino frente à realidade do mundo. A investigação científica está relacionada a interesses e circunstâncias socialmente

condicionados, resultado de determinada inserção no real e nele encontrando suas razões e objetivos, e amparada num conhecimento vigente denominado teoria.

No entanto, as teorias são explicações parciais da realidade, um conhecimento constituído por um conjunto de proposições que orientam a obtenção de dados e análises dos mesmos e de conceitos que veiculam seu sentido. Como construções lógicas, as proposições são afirmativas sobre fenômenos ou processos e como construções de sentido, os conceitos são cognitivos, valorativos e comunicativos. De maneira geral, o discurso e o entendimento das Ciências Naturais estão vinculados a processos de pesquisa baseados nos métodos quantitativos ou explicativos e das Ciências Sociais estão relacionados à metodologia qualitativa ou compreensiva. A pesquisa qualitativa investiga um nível da realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o mundo dos significados das ações e relações humanas, respondendo a questões muito particulares (MINAYO et al, 1994). As pesquisas qualitativas são aquelas capazes de incorporar o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais de forma que “a teoria desafiada pela prática a repense permanentemente” (MINAYO, 2000:13).

A principal influência do Positivismo nas Ciências Sociais foi a utilização dos termos matemáticos para a compreensão da realidade, tentando atribuir-lhe os mesmos princípios clássicos utilizados nas Ciências da Natureza em busca de uma objetividade e precisão para prever e determinar a ação humana. Em oposição, a Sociologia Compreensiva coloca como questão central das Ciências Sociais, a compreensão da realidade humana vivida socialmente e o “significado” é o conceito central da investigação em suas diferentes manifestações como na Fenomenologia, na Etnometodologia e no Interacionismo Simbólico, tendo uma função estruturante em torno das significações individuais e coletivas que os fenômenos estudados possuem para a vida das pessoas. Nesse sentido, não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa nesse tipo de pesquisa, mas o eixo que ganha centralidade pelo papel organizador que possui para os seres humanos é a significação que tal fenômeno adquire para os atores que o vivenciam (TURATO, 2005).

Desde a Introdução desse estudo, afirmei minha implicação com o objeto investigado, constituído para possibilitar uma reflexão e análise de processos de mudança

institucional desenvolvidos no interior do Hospital das Clínicas da UFMG, e contextualizados numa historicidade de políticas nacionais de assistência e de ensino em saúde. De maneira geral, as investigações realizadas no campo da Saúde Coletiva, ocorrem, por um lado, através de estudos que separam o sujeito do conhecimento do seu objeto de pesquisa. De outro, por aqueles que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto criando métodos que transformam esta “relação-contaminação” em componente epistemológico fundamental, porém objetivável. Trata-se do desafio de fazer do sujeito militante um sujeito epistêmico, portador de um método e de conceitos que lhe direcionem a ação no campo investigativo e que possibilitem a explicação do fenômeno. Esta objetivação do sujeito não existe previamente e a sua construção permite a validação do conhecimento produzido, conferindo-lhe o estatuto de cientificidade (MERHY, 2003).

A noção de implicação não está relacionada a uma decisão consciente do pesquisador, mas inclui o assinalamento do lugar que ele ocupa, que ele busca ocupar e que lhe é designado ocupar (MERHY, 2003). TESTA (1997) reconhece que os sujeitos epistêmicos são subsumidos às lógicas de poder, à ideologia e aos afetos em diferentes contextos históricos, componentes constitutivos do sujeito pesquisador e de seus modos de operar a construção e validação do conhecimento, como uma marca do seu agir desejante sobre o mundo do trabalho e das relações.

O sujeito implicado é aquele que ao interrogar o sentido da situação em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito interessado que aposta em certas direções. Quem interroga é protagonista da produção do fenômeno sob análise, é aquele que também confere sentido e que cria neste processo a significação e a ressignificação para si e para o fenômeno. Metodologicamente, é importante a produção de novos dispositivos para interrogar o sujeito, abrindo-o para novos territórios capazes de conferir novos sentidos (MERHY, 2003).

### ***3.2- A CONSTRUÇÃO DO OBJETO***



A pesquisa é um trabalho artesanal que se realiza principalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnicas, construída em ritmo próprio e particular. Um processo em espiral que se inicia com uma pergunta e termina com um produto provisório, capaz de provocar novas interrogações e conferir novos sentidos para o pesquisador e o fenômeno estudado.

Para a realização desse projeto, diversos são os elementos de ordem institucional e pessoal que se apresentaram como motivadores, muitas vezes entrelaçados e indissociáveis. A opção pelo tema, marco conceitual e pela metodologia qualitativa representou essencialmente uma visão da realidade, uma compreensão da saúde como fenômeno histórico e social e da produção da assistência e do ensino em saúde como recurso precioso para qualificar a vida e as relações a partir de uma centralidade no território do cuidado, apostando no protagonismo dos usuários e alunos como o elemento impulsionador de uma nova ordem e de novos modelos de prática de ensino-aprendizagem e de cuidado.

Seguramente, minha graduação na Faculdade de Medicina da UFMG entre os anos 1979 e 1985 vivenciando as mudanças curriculares implantadas após a reforma de 1974, seguida da residência em Medicina Social e Preventiva no Hospital das Clínicas da UFMG, influenciou o que viria a se constituir numa trajetória profissional de inserção exclusiva nos serviços públicos. Foram diversos os movimentos e os projetos institucionais que me possibilitaram, na prática, um processo de qualificação profissional, ele próprio viabilizado a partir de uma inserção em cursos de especialização na área de planejamento estratégico, epidemiologia de serviços de saúde e de gestão hospitalar associado à participação em grupos de estudos vinculados à academia como o Laboratório de Gestão Hospitalar – LAGHOS – da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e coordenado pelos professores doutores Emerson Elias Merhy e Luís Carlos de Oliveira Cecílio.

Foi a partir da experiência de assessora da direção do HC desde 1999 que diversas indagações e reflexões se concretizaram num objeto a ser investigado. Além do histórico profissional diversificado, o grande motivador, para pensar e construir o projeto, foi o desafio de compreender as organizações hospitalares, especialmente as universitárias, através de uma abordagem que extrapolasse a investigação sobre o

conteúdo dos núcleos de competências técnicas específicas – os núcleos de excelência profissional - para se ocupar de questões essenciais. Construídas a partir de sua origem, sua dinâmica de funcionamento, suas relações de poder, seu presente e os futuros possíveis anunciados pela disputa e combinações entre os diversos projetos existentes.

Neste estudo, a análise do planejamento constituiu-se como elemento privilegiado na perspectiva de uma tecnologia de gestão utilizada para conferir viabilidade aos projetos de mudança institucional, contextualizados num cenário externo marcado pela construção histórica de novos modelos de assistência e do ensino em saúde, demandando de forma estruturante novos papéis e responsabilidades para os hospitais universitários. Como elementos mediadores desses processos, os Planos Diretores, o Projeto de Unidades Funcionais (UF) e a Contratualização com o gestor municipal foram considerados analisadores potentes para desvendar os macro e microvalores destas organizações, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da realidade do HC-UFMG. Por outro lado, a abordagem da UF Pediatria pretendeu investigar o processo de implantação e consolidação do projeto institucional proposto, discutindo a movimentação dos atores estratégicos, as reformulações implementadas e os resultados obtidos.

Como referencial teórico, buscou-se articular a contribuição de diversos autores do campo da Saúde Coletiva, do planejamento organizacional, da gestão hospitalar e dos modelos de ensino-aprendizagem em saúde, produzindo uma rede de conexões e de conversações ampliadas, capazes de promoverem entendimento e novos sentidos para trabalho institucional.

### ***3.3- ANÁLISE DOCUMENTAL***

Como objetivo geral esta pesquisa pretendeu refletir sobre a produção do cuidado e do ensino no Hospital das Clínicas da UFMG a partir de uma análise do processo de planejamento desenvolvido em diversas gestões no sentido de avaliar a sua potência e seus efeitos para promover mudanças nas racionalidades operantes no cotidiano organizacional.

Nessa perspectiva, o resgate histórico foi considerado fundamental para constituir um cenário analítico que recuperasse a origem e a evolução das instituições envolvidas assim como as relações entre elas. Na abordagem dialética, a organização representa um arranjo social histórico e sempre provisório, que se define pela multiplicidade de interesses contraditórios de indivíduos e grupos, supondo a possibilidade de entendimento. Trata-se de uma ordem negociada em que os atores permanentemente constroem e reconstroem a dinâmica de funcionamento institucional e onde a comunicação entre sujeitos está fundamentada no saber cultural, nas capacidades normativas e nas capacidades cognitivo-morais dos indivíduos e grupos (CARAPINHEIRO, 1998). Resulta daí, um mundo de vida comum, denominado cultura organizacional, produzido num jogo histórico de natureza comunicativa.

Nessa perspectiva, tornou-se fundamental recuperar a origem e a evolução da Universidade Federal de Minas Gerais, da Faculdade de Medicina, do Departamento de Pediatria e do Hospital das Clínicas, contextualizadas na historicidade das políticas de assistência e de ensino em saúde, através de revisão bibliográfica, da análise dos documentos disponíveis e do conteúdo de entrevistas que abordaram essa temática. É importante destacar as dificuldades encontradas na realização desse resgate histórico principalmente do Hospital das Clínicas pela falta de um acervo organizado que se constitua num centro de memória organizacional. Foram realizadas diversas consultas nos arquivos de documentos da Assessoria de Planejamento do HC, em sites institucionais e entrevistas com ex-diretores do Hospital das Clínicas. A recuperação do histórico da implantação e consolidação da Unidade Funcional Pediatria foi feita através de consulta e análise de documentos existentes bem como do conteúdo das entrevistas realizadas com integrantes da UF.

### ***3.4- ENTREVISTAS***

De forma progressiva, as contribuições da lingüística e o desenvolvimento da análise do discurso provocaram uma valorização das entrevistas como instrumento científico e independente para a coleta de dados das Ciências Sociais, possibilitando o

desnudamento de questões complexas, cuja abordagem exige a inclusão de vários campos do conhecimento. A linguagem ocupa papel fundamental na coordenação das ações, nas avaliações éticas e nas manifestações subjetivas e a legitimação dos valores, que toda ação comunicativa pressupõe, somente é alcançada pela argumentação a favor dos princípios reconhecidos e validados pelo grupo.

Segundo GONÇALVES (1999), Habermas distingue dois âmbitos do agir humano contidos no conceito de “atividade humana sensível” elaborado por Marx, constituídos pelo trabalho e pela interação social. Habermas entende o “trabalho” como um processo que permite ao homem emancipar-se progressivamente da natureza utilizando-se de um mesmo tipo de racionalidade instrumental da ciência e da técnica para escolher e organizar de forma adequada os meios para atingir determinados fins. Aborda o desenvolvimento humano como resultado de um processo histórico interdependente de desenvolvimento tecnológico, institucional e cultural.

Por outro lado, Habermas compreende a “interação” como uma dimensão da prática social, onde as pessoas compartilham conhecimento sobre o mundo objetivo, orientam-se conforme normas sociais e revelam algo de suas vivências. Nessa esfera prevalece a ação comunicativa como uma interação simbolicamente mediada através do uso da linguagem entre sujeitos. O discurso é, pois, uma situação lingüística ideal capaz de fundamentar a validade das proposições (teórico) e a legitimidade das normas (prático). Nesse sentido, o discurso possui um aspecto lógico-argumentativo que serve para determiná-lo como um caso específico da fundamentação das pretensões de validade problematizadas e um aspecto intersubjetivo que serve para classificá-lo como uma espécie do gênero “comunicação”. De qualquer maneira, o discurso pressupõe a interação permitindo o entendimento mútuo entre sujeitos (GONÇALVES, 1999).

MACHADO (2002) distingue o surgimento de três enfoques da entrevista que se distinguem pelo tratamento dado ao informante e pelo objeto da pesquisa considerando também o método de análise das informações obtidas. No primeiro enfoque, o principal interesse do pesquisador é a obtenção de respostas quantificáveis, a entrevista é abordada como instrumento auxiliar e o informante é secundário, podendo ser qualquer indivíduo selecionado por algum critério de aleatoriedade ou com representação estatística do grupo em foco na pesquisa. A maior ênfase é dada no treinamento do

pesquisador que deve aprender as ações que possibilitem um controle do entrevistado e do processo da entrevista, garantindo uma padronização e suficiência da coleta de dados. Geralmente, os instrumentos são elaborados através de perguntas fechadas, bem estruturadas de tal forma que limitem as possibilidades de resposta do entrevistado. Tal abordagem está amparada nas técnicas de construção de questionários e de escalas de medidas de atitude.

O segundo enfoque se inscreve no movimento amplamente discutido de oposição entre métodos qualitativos e quantitativos e surge a partir das limitações observadas nos resultados obtidos através do processo de quantificação de respostas. O entrevistado deixa de ser o sujeito abstrato, ideal do primeiro momento, reposicionando-se em duplo sentido: por um lado, ele é periférico, pois supostamente fala em nome daqueles que ele representa e de outro, ele é central, porque fala também em seu próprio nome. Além disso, não cabe mais a posição de dominação do entrevistador que praticamente obrigava o informante a se moldar a um roteiro de perguntas bem estruturadas e definidas a priori onde só cabiam determinadas respostas. A relação agora estabelecida é de colaboração e de paridade. A influência de uma orientação não-diretiva é evidente, o entrevistador deve demonstrar uma capacidade de aceitação incondicional do quadro de referências do entrevistado, uma atitude de compreensão, mais que de avaliação. Essa entrevista é denominada não diretiva e tem por objetivo avaliar as representações sociais. Tal enfoque utiliza técnicas de análise do conteúdo do material qualitativo, delimitando categorias temáticas que podem ser quantificadas posteriormente através de parâmetros não atrelados a unidades de codificação e definição de escalas. Este enfoque parece aumentar a adequação das informações aos fatos, mas em contra-partida parece diminuir a validade ou pertinência das informações em relação aos objetivos da pesquisa. Como a entrevista é aberta e sempre diferente, não é possível comparar os procedimentos dos entrevistadores e nem repeti-los e o tratamento dos dados feito através da abordagem dos conteúdos são geralmente incapazes de analisar a interação enquanto troca lingüística, reduzindo-a a um pseudo-discurso (MACHADO, 2002).

Finalmente no terceiro enfoque, a entrevista de pesquisa é definida como uma interação verbal que permite a produção de um discurso entre sujeitos determinados sócio-historicamente e sua constituição está baseada no Interacionismo Simbólico. Cada informante é tratado como sujeito único, central, porta-voz de uma determinada

formação sócio-histórica e a ação do entrevistador é colocada em questão de forma diferente dos enfoques anteriores. O discurso é obtido preferencialmente com pouca interferência do entrevistador por meio de trocas verbais pouco padronizadas. A coleta de dados não é diretiva e possui semelhanças com a escuta psicanalítica. As trocas lingüísticas realizadas no processo são objetos de análise principalmente no que diz respeito às transferências e contra-transferências, e a formulação de hipóteses ganha espaço. De maneira geral, a qualidade da entrevista está mais associada à qualidade da interação promovida entre entrevistado e entrevistador do que ao treino exaustivo do pesquisador. Como o enfoque é qualitativo, cada entrevista é analisada de forma minuciosa e o critério de interrupção da coleta de informações é a saturação dos dados obtidos. Através da enunciação do discurso do entrevistado e da observação de seus gestos, sua entonação de voz, sua postura corporal que são investigados os processos psicológicos e sua posição sócio-histórica concernentes ao problema pesquisado (MACHADO, 2002).

Nesse sentido, a entrevista é um tipo particular de interação social, onde a alternância de palavras é central, mas cada interlocutor realiza um papel que não é exatamente igual ao das conversas naturais. É o pesquisador que convida o entrevistado a falar e este diz coisas sem resposta, o que um diz é provocado pela fala do outro de acordo com uma seqüência temática, alternada em turnos de palavras. As enunciações são construídas e detalhadas para apoiar a estreita colaboração social implicada nos turnos das palavras. Neste enfoque, é fundamental analisar a inserção do entrevistador, a sua relação com o objeto de pesquisa. É a ele, sujeito sócio-histórico, ocupante de determinada posição na estrutura de produção e portador de características específicas, que é endereçada a fala do entrevistado, sujeito sócio-histórico também. Dessa forma, os protagonistas mantêm relações recíprocas, onde cada qual exerce um papel e ocupa um lugar, emergindo um discurso. Como no segundo enfoque, a coleta de dados não é diretiva, mas o objeto é diferente, tentando-se ultrapassar o nível das representações para se chegar ao real através do discurso. Para a abordagem das informações obtidas, é então utilizada uma análise do discurso em suas diferentes versões, criadas sob a influência do desenvolvimento da Lingüística (MACHADO, 2002).

Evidentemente, é possível encontrar outros enfoques de entrevista de pesquisa, seja pela combinação desses ou por uma modalidade original. Com a valorização dos estudos qualitativos, a entrevista passa a ser, progressivamente, um procedimento técnico privilegiado, predominando as abordagens não diretivas e a relação entrevistado-entrevistador é posta cada vez mais em questão no sentido de se avaliar a relação do pesquisador com o objeto pesquisado a partir do processo de interação produzido nas entrevistas, tornando mais complexas as análises realizadas.

Entretanto, o escopo desse trabalho limita-se principalmente a uma abordagem do conteúdo das entrevistas realizadas sem omitir em nenhum momento a minha implicação com o objeto da investigação. Ao contrário, as entrevistas feitas ocorreram nos moldes do enfoque interativo, com questões formuladas de maneira semi-estruturada através de um roteiro que possibilitava uma alternância de turnos de palavras desencadeadas entre a entrevistadora e o (a) entrevistado(a) a partir de um convite colocado para a abordagem de certos temas. Nesse sentido, a posição sócio-histórica dos informantes foi o principal critério utilizado para a escolha destes sujeitos e a definição temática envolveu questões consideradas fundamentais para a compreensão do processo de desenvolvimento institucional do Hospital das Clínicas da UFMG. De fato, os entrevistados remeteram sua fala para uma pesquisadora reconhecidamente implicada com o processo de mudança implantado no HC a partir da sua posição sócio-histórica, resultando numa relação essencialmente interativa.

Com o objetivo de propiciar melhor visibilidade e discussão de correspondência entre o perfil dos entrevistados e a análise do conteúdo obtido, será discutida detalhadamente no **Capítulo 5 – A Unidade Funcional Pediatria como Analisadora Institucional** – a dinâmica utilizada para a realização das cinco entrevistas feitas com docentes e com membros integrantes da estrutura gerencial da UF Pediatria.

### ***3.5- ASPECTOS ÉTICOS***

Essa pesquisa foi aprovada na Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer nº 450/05) e as entrevistas foram realizadas com o consentimento dos informantes.

## **CAPÍTULO 4 - O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS COMO ANALISADOR INSTITUCIONAL**

Neste capítulo pretendo discutir a origem e a evolução do Hospital das Clínicas (HC) abordando sua inserção na Faculdade de Medicina (FM) e na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) a partir de uma análise documental e de consultas verbais feitas a lideranças institucionais.

De forma destacada, será analisado o projeto de Unidades Funcionais elaborado em 1999 e formalmente instituído em 2001, priorizando uma apreciação de seus princípios orientadores e estratégias de implantação. De forma sintética, serão recuperados alguns indicadores quantitativos decorrentes do processo de implantação das UF, ressaltando-se, entretanto, que o principal interesse deste estudo é uma afirmação do planejamento como tecnologia de gestão baseada, sobretudo, numa análise de processo fundamentada na pesquisa qualitativa, onde a atuação dos atores ocupa grande relevância na história e nos formatos institucionais.

### ***4.1- PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG ATÉ 1998.***



A história do ensino superior em Minas Gerais se iniciou em 1839 com a criação da Escola de Farmácia na cidade de Ouro Preto seguida da Escola de Minas e da Faculdade de Direito, esta última transferida para Belo Horizonte em 1898 com a mudança da capital mineira. Em 1907, criou-se a Escola Livre de Odontologia e em 1911 a Escola de Medicina, a Escola de Engenharia e o curso de farmácia, anexo à Escola de Odontologia.

A referência da criação de um curso médico em Minas Gerais existiu desde 1789 e em janeiro de 1832, o Conselho Geral da província de Minas Gerais apresentou uma proposta onde se lia: “*Fica criada na Villa de São João d’ El Rey uma Academia Médico-Cirúrgica* (PIRES, 1927). Entretanto, somente em 1911, a Sociedade Médico-Cirúrgica de Minas Gerais declarou constituída a Escola de Medicina de Belo Horizonte com aula inaugural proferida no ano seguinte. Até a década de 1950, a Escola utilizou as enfermarias da Santa Casa como campo de ensino. Entretanto, em 1920, através de um acordo celebrado entre a Escola de Medicina e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte, pertencente à Sociedade São Vicente de Paulo, foram concluídas as obras do Hospital São Vicente de Paulo e disponibilizadas duas enfermarias, dois consultórios, salas de cirurgias e de curativos além de dois gabinetes para os chefes da cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e da Clínica Pediátrica Cirúrgica Ortopédica (PIRES, 1927).

Em 1920, foi inaugurado o Hospital São Geraldo para sede das clínicas oftalmológicas e otorrinolaringológicas no prédio até então ocupado pela Diretoria do Estado da Saúde e em 1922, foi fundado o Instituto Radium, idealizado pelo professor Borges da Costa e primeiro hospital oncológico do Brasil (SALES, 1997).

Por outro lado, a criação de uma universidade no Estado já fazia parte do projeto político dos Inconfidentes. Entretanto, a idéia somente se concretizou em 1927 com a fundação da Universidade de Minas Gerais (UMG) que aglutinou a Escola de Direito, Escola Livre de Odontologia, Escola de Engenharia e a Escola de Medicina, constituindo-se como instituição privada, subsidiada pelo Estado.

O Hospital São Vicente foi efetivamente transferido sob forma de doação à Escola de Medicina em 1931, obrigando-se a mesma a construir um pavilhão destinado ao

atendimento infantil como parte integrante do Hospital. A Universidade de Minas Gerais permaneceu na esfera estadual até 1949, quando foi federalizada e nessa época já estavam integradas também a Escola de Arquitetura e as Faculdades de Filosofia e de Ciências Econômicas. Posteriormente, criaram-se as Escolas de Enfermagem, Veterinária, Biblioteconomia, Belas Artes, Educação Física e o Conservatório Mineiro de Música. Ainda na década de 1940, uma extensa área na região da Pampulha foi incorporada ao patrimônio territorial da Universidade para a construção do campus, o que efetivamente ocorreu nos anos de 1960. O nome atual de Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi adotado em 1965.

O conjunto de hospitais da Faculdade de Medicina composto pelo Hospital São Vicente de Paulo, Hospital São Geraldo, Instituto Radium e o bloco A construído entre 1928 e 1950, foi denominado Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina em 1955 sendo iniciadas a ampliação e adaptação do Pavilhão Carlos Chagas, da Clínica de Doenças Tropicais e ampliação da Biblioteca. Em 1959, foi autorizado o funcionamento do Instituto de Medicina Preventiva além da instalação de um Centro de Saúde no andar térreo da Escola de Medicina.

Em 1967, o Hospital Borges da Costa foi incorporado a UFMG e em 1969 o Hospital Bias Fortes foi cedido à Escola de Medicina pelo governo do Estado. Em 1968, a Reforma Universitária impôs profundas alterações na estrutura orgânica da UFMG. Nesta reforma, o sistema de cátedras foi substituído pela estrutura departamental, a Escola de Enfermagem foi desanexada da Faculdade de Medicina e houve o desdobramento da antiga Faculdade de Filosofia em várias faculdades e institutos. Surgiram, assim, a atual Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, o Instituto de Ciências Biológicas, o Instituto de Ciências Exatas e seus respectivos ciclos básicos, o Instituto de Geociências e as Faculdades de Letras e de Educação.

A extinção das cátedras, com criação dos departamentos e implantação de processo eleitoral para a escolha das respectivas chefias, modificou as estruturas de poder acadêmico. Na Faculdade de Medicina promoveu uma quebra do modelo de poder em quatro dimensões exercido pelos catedráticos e que se caracterizava pela autonomia e governo sobre a utilização e organização do espaço físico, estabelecimento das atribuições e tarefas dos assistentes e alunos, definição do modelo assistencial e de

ensino e sobre as intervenções no paciente. O desenho organizacional implantado nos hospitais universitários com a criação dos departamentos buscou reproduzir os mesmos espaços de autoridade e de autonomia que existiam, criando diversos serviços na lógica das especialidades e do modelo de medicina tecnológica. No Hospital das Clínicas da UFMG, manteve as divergências e conflitos que existiam entre as cátedras, observando-se disputas por leitos e alocação de recursos tecnológicos entre as diversas clínicas sem uniformidade de modelo assistencial e de ensino entre serviços que compunham o mesmo departamento, explicitando as divisões internas.

A Faculdade completou seus primeiros sessenta anos sob a marca do regime militar, um currículo experimental com divisão entre o ciclo básico e o ciclo profissional, implantação da medicina preventiva e da pós-graduação através da organização da Residência Médica em Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Cirurgia Geral e Oftalmologia e o Mestrado em Ginecologia-Obstetrícia (CORRÊA & GUSMÃO, 1997).

Apesar dos limites impostos pelo regime militar, ocorreram diversos movimentos de cunho reivindicatório com expansão das políticas sociais, inclusive as da saúde, mesmo que com caráter de “políticas compensatórias”. Nesse sentido, as políticas públicas procuraram atender às demandas sociais e ao processo de desenvolvimento tecnológico, elaborando propostas de cunho tecnicista para a saúde e educação. O ensino médico foi objeto de críticas e insatisfação por parte de alunos e professores e em 1971 foram realizadas discussões sobre o currículo vigente e incorporados novos conceitos sobre educação médica. Desencadeou-se um processo de Reforma Curricular cujo projeto foi aprovado em 1974 e implantado a partir de 1975, caracterizado, principalmente, por um privilegiamento da formação do médico generalista com antecipação e destaque do treinamento prático. A adaptação curricular foi feita com a fusão de disciplinas, organização do ambulatório para funcionamento em dois turnos, adequação do laboratório e do serviço de radiologia, ampliação do quadro de professores através da contratação de docentes clínicos com prática generalista e implantação dos ambulatórios periféricos (FERREIRA, 2000; CORRÊA & GUSMÃO, 1997).

Um dos pontos de conflito para maior desenvolvimento curricular foi a participação de docentes especialistas em um processo de formação de médicos generalistas,

especialmente em clínica médica. Como resultado desta Reforma Curricular consolidou-se um modelo pedagógico que valorizou o ensino em ambulatórios, o treinamento prático e a integração com o sistema de saúde através de projetos de ambulatórios periféricos e do internato rural (CORRÊA & GUSMÃO, 1997).

LEMOS (1997) destaca que currículo médico implantado a partir de 1975 apresentou avanços conceituais significativos, rompendo com um paradigma que considerava o paciente como objeto de ensino, despossuído de subjetividade e de autoridade. O deslocamento do eixo do modelo pedagógico para o ambulatório possibilitou também uma mudança de modelo assistencial, priorizando a abordagem médica do sujeito usuário em um nível de assistência onde ele usufrui de maior autonomia e de liberdade para se inserir no mundo e manifestar suas necessidades.

FERREIRA (2000) salienta que o ensino da Pediatria esteve no centro das mudanças e o Departamento manteve grande identidade com a proposta de reforma, ampliando de maneira significativa seu quadro de docentes e sua participação na grade curricular. Até 1968, a cátedra de Pediatria estava constituída por sete professores sendo um catedrático e seis assistentes, a produção científica era discreta, mas o corpo docente era dedicado ao ensino, atuando no ambulatório e enfermarias e o ensino de Pediatria limitava-se a uma disciplina de 120 horas no currículo da graduação. Até 1967, o serviço de Pediatria localizava-se no antigo Hospital São Vicente de Paulo e era composto por sessenta leitos para internação de lactentes, pré-escolares e escolares e por uma unidade ambulatorial utilizada para o ensino de graduação. Após essa data, a unidade de internação foi transferida para o sexto andar do prédio central do Hospital das Clínicas e pouco depois, o ambulatório foi para o Anexo São Vicente.

Com o processo de reforma universitária de 1968, criou-se o Departamento de Pediatria que expandiu a carga horária curricular inicialmente para 210 horas e o corpo docente para 11 professores. Após 1975, com a implantação da Reforma Curricular na UFMG, o ensino da Pediatria tornou-se uma área tronco para a formação do médico geral, equiparando-se à clínica médica, cirurgia, ginecologia-obstetrícia e à medicina preventiva, passando a compor o currículo médico do quinto ao nono período, totalizando 620 horas didáticas sem contar o internato rotativo no sexto ano. Em 1994, a obrigatoriedade prevista em 1983 dos internatos em pediatria, clínica médica,

ginecologia-obstetrícia, cirurgia, traumatologia e internato rural finalmente se tornou realidade na UFMG (FERREIRA, 2000).

Por outro lado, a Pediatria apresentou o maior crescimento do corpo docente, chegando a 88 professores no final da década de 1970, provenientes na sua maioria do curso de graduação e da Residência Médica de Pediatria do Hospital das Clínicas, iniciada em 1966. Muitos docentes incorporados ao Departamento possuíam militância estudantil e participação ativa nos processos de reformulação curricular, resultando numa grande coesão e unidade interna, diferentemente de outros Departamentos como o de Clínica Médica, Cirurgia e Ginecologia-Obstetrícia caracterizados por pequena renovação docente e perda de poder e prestígio com a extinção das cátedras e fusão de disciplinas (FERREIRA, 2000).

É importante resgatar que os motivos desta relevância adquirida pela Pediatria no novo currículo originaram-se num contexto mais geral relacionado tanto ao projeto político do governo militar como às novas concepções de organismos internacionais, especialmente a Organização Pan-americana de Saúde. Observou-se no início da década de 1970 uma piora importante das condições de vida e de saúde da população brasileira, constituída na sua maioria por crianças e adolescentes até dezenove anos, resultando em aumento significativo de demanda por assistência médica. O governo procurou desenvolver políticas de caráter compensatório para conter as demandas sociais com destaque para o setor saúde. Nesta perspectiva, apesar de preservar o modelo médico assistencial privatista sustentado pela atenção médica hospitalar curativa, criou inicialmente o Programa de Interiorização das Ações de Saúde, aumentando enormemente a rede ambulatorial pública e implementando posteriormente uma seqüência de planos assistenciais capazes de reduzir os elevados gastos hospitalares (FERREIRA, 2000).

Além disso, na Conferência de Alma Ata realizada em 1978, o modelo de atenção primária foi considerado a principal estratégia para expansão de cobertura das ações de saúde para a população dos países da América Latina. No Brasil, a operacionalização desta prioridade foi influenciada pela atuação dos Departamentos de Medicina Preventiva que elaboraram diversos projetos que incorporavam as diretrizes recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de

Saúde, resultando em modelos de baixo custo como a Medicina Comunitária (FERREIRA, 2000).

Dentre as questões prioritárias abordadas, a assistência materno-infantil ocupou lugar de destaque e o ensino de pediatria foi considerado estratégico para promover a implantação da atenção primária e para a formação do médico generalista. Segundo FERREIRA (2000), esta dimensão preventiva da assistência pediátrica está relacionada às raízes comuns da pediatria e da medicina social, quando a população e especificamente a criança passaram a ser preocupação e objeto de atuação do Estado, exigindo uma assistência médica que combinasse cuidados preventivos com atenção médica curativa. Como resultado, a pediatria foi considerada área prioritária para a formação do médico.

Historicamente, o Departamento de Pediatria da UFMG apresenta um grande investimento no ensino de graduação com destaque para as atividades de extensão nos ambulatórios do HC e centros de saúde do município de Belo Horizonte. É objeto de avaliações positivas do corpo docente, dos órgãos colegiados da Faculdade de Medicina e da Universidade, possuindo um grande prestígio junto aos estudantes. De forma importante, o Departamento de Pediatria participa de processos de educação continuada através de cursos e jornadas, aumentando progressivamente as parcerias com o Sistema Único de Saúde em trabalhos de assessoria e de treinamentos. Nesse sentido, desenvolveu programas especiais como a implantação da Terapia de Reidratação Oral (TRO), controle de pacientes portadores de doença respiratória crônica, especialmente os asmáticos, reduzindo de forma significativa o número de reinternações na rede (FERREIRA, 2000).

Com relação à qualificação dos docentes, observou-se um movimento progressivo de especialização, influenciando o ensino de graduação, a residência médica e a pesquisa, e em 1994, com a reestruturação curricular do curso de Medicina da UFMG foram introduzidas várias especialidades pediátricas na forma de disciplinas optativas. O Departamento está atualmente constituído pelas especialidades de nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, nutrição, hematologia, cardiologia, hematologia, infectologia, endocrinologia, neurologia, neonatologia, genética, toxicologia, medicina intensiva e medicina do adolescente, totalizando no primeiro semestre de 2006 oitenta e

quatro professores. De forma crescente, os serviços assistenciais especializados resultantes desse processo, exercem um papel de referência para os usuários do Sistema Único de Saúde (FERREIRA, 2000).

O curso de pós-graduação *strito sensu* em Pediatria foi criado em 1995, possibilitando uma agilização do processo de titulação dos docentes e uma abertura para participação de ex-residentes e de profissionais vinculados a serviços de saúde. No ano de 2004, a Pediatria implantou o mestrado e doutorado para profissionais não médicos transformando a sua Pós-graduação em Programa de Saúde da Criança e do Adolescente além de constituir linhas de pesquisa em áreas de planejamento e gestão, possibilitando, inclusive, a realização deste projeto.

Apesar de modificações e adaptações da grade curricular, o atual modelo de ensino da Faculdade de Medicina é originário do processo de Reforma implantado a partir de 1975 e mantém, do ponto de vista conceitual, os mesmos princípios tendo como objetivo a formação de generalistas, privilegiando o ensino prático e o contacto precoce do aluno com o paciente e com os serviços de saúde, reafirmando a integração docência-assistência e ensino-serviço. Sistematiza os conteúdos teóricos, estabelecendo uma relação 3:1 entre prática e teoria (CORRÊA & GUSMÃO, 1997).

Segundo FERREIRA (2000), o ensino existe como realidade concreta, apresentando ligações com o passado, com a tradição e a história das instituições sendo sensível aos diferentes interesses e projetos que permeiam a sociedade, o setor saúde e a comunidade universitária. Nessa direção, em novembro de 2001, A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do MEC instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina substituindo o enfoque do currículo mínimo que estabelecia os conteúdos teóricos dos diversos períodos da graduação. A partir da nova Resolução, a formação médica definiu conteúdos capazes de propiciar a aquisição de competências e habilidades gerais relacionadas ao desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual, ações de gerenciamento e administração na área da saúde, desenvolvendo a capacidade comunicativa, de liderança e de tomada de decisão. Por outro lado, as Diretrizes Curriculares estabeleceram também a necessidade de dotar o profissional médico de competências e habilidades específicas associadas a uma compreensão ampla dos

determinantes e manifestações do processo saúde-doença do cidadão, família e da comunidade, integrando intervenções técnicas que consideram a inserção na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina (CAMPOS et al, 2001).

Em consonância com tais Diretrizes, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Políticas de Saúde (atualmente, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) lançou no final de 2001, sob forma de edital, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – PROMED – com apoio técnico e financeiro da Organização Pan-americana de Saúde. O projeto RECRIAR apresentado pela Faculdade de Medicina da UFMG foi aprovado, encontrando-se em processo de implantação desde 2002. Caracterizado como uma proposta de transformação curricular do Curso de Medicina, este projeto tem por objetivo propor adequações na graduação, pós-graduação, pesquisa, residência e extensão, possibilitando uma formação mais adequada às necessidades profissionais do médico tendo como contexto a realidade social e de saúde da população. O PROMED tem como referencial teórico, a premissa colocada pela Constituição Federal de 1988 que ordena o processo de formação profissional na área da saúde pelo Sistema Único de Saúde, explorando uma atuação interdisciplinar multiprofissional através de um novo modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância a partir das relações de parceria entre a universidade, serviços de saúde e instituições diversas da sociedade (LEMOS, 1997; CAMPOS *et al*, 2001).

O PROMED busca acompanhar o processo de mudança curricular das instituições de ensino médico, utilizando uma avaliação classificatória a partir do eixo de orientação teórica predominante, a abordagem pedagógica e os cenários de prática conformando uma tipologia que identifica o grau de avanço no sentido do paradigma proposto. No eixo da orientação técnica são avaliados a produção de conhecimento para as necessidades do SUS, a abordagem biológica e social dos determinantes de saúde e a oferta de pós-graduação e de educação permanente em articulação com os gestores do SUS. No eixo da abordagem pedagógica são considerados a integração entre ciclo básico e ciclo profissional, a aprendizagem ativa com orientação tutorial permanente desenvolvendo-se em múltiplos cenários e utilizando diversas fontes de conhecimento e a orientação programática do ensino baseado majoritariamente na resolução de



problemas com ênfase na realidade social. No eixo do cenário de práticas são valorizadas a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem para unidades do SUS e da comunidade, integração dos serviços próprios da escola médica com o Sistema Único de Saúde e ampla participação clínica e comunitária do aluno supervisionada pelos professores (CAMPOS *et al*, 2001).

Na Faculdade de Medicina da UFMG, o Projeto RECRIAR está sendo implantado a partir de um amplo processo de discussão na comunidade universitária e conta com a Comissão de Gestão Central e Comissões Técnicas responsáveis pela abordagem de temas específicos relacionados ao referencial teórico e metodológico adotado pelo PROMED: Inserção Precoce, Integração do Ciclo Básico com o Ciclo Profissional, Internato em Atenção Básica, Internatos Hospitalares, em Saúde Coletiva e em Urgência, Educação Permanente, Avaliação, Tecnologias no Ensino, Ética, Ciclo Propedêutico e Acompanhamento Curricular. Foram constituídos diversos fóruns para debate e formatação das estratégias, incluindo a realização de seminários com a presença de representantes dos Ministérios de Educação e da Saúde.

Considerando a complexidade do trabalho em saúde e a importância das diversas profissões envolvidas foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-SAÚDE – pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde em conjunto com a Secretaria de Educação de Ensino Superior do Ministério da Educação. O PRO-SAÚDE busca aproximar o processo de graduação em saúde da atenção primária, deslocando os cenários de ensino para os ambientes reais do Sistema Único de Saúde além de propor mudança na orientação pedagógica estimulando um papel mais ativo dos alunos na resolução dos problemas e uma concepção teórica que amplie o objeto de ensino para além da doença instalada, abordando a saúde como um processo de produção social. O projeto apresentado pela UFMG foi aprovado e contempla a Escola de Enfermagem e a Odontologia, ampliando o movimento de reformulação curricular na área da saúde em articulação com o RECRIAR.

O resgate da história do Hospital das Clínicas apresentou dificuldades relacionadas à inexistência de um acervo documental que organizasse de forma centralizada e sistematizada todos os documentos referentes à origem e evolução desta instituição de

78 anos, considerando 1928 como sua inauguração e início da construção do prédio central. A análise apresentada é resultado de consultas no arquivo documental da Assessoria de Planejamento do Hospital das Clínicas (ASPLAN/HC) complementadas por informações obtidas através de comunicação verbal com diretores do HC e integrantes da ASPLAN além da própria vivência e memória da autora deste trabalho<sup>11</sup>.

Até 1976, o Hospital das Clínicas era vinculado diretamente à Faculdade de Medicina, não possuindo autonomia administrativa, subordinando-se à estrutura de poder acadêmico vigente, constituída inicialmente pelas cátedras e após 1968 pela composição departamental. Existiam diversos modelos de assistência e de organização institucional, ordenados de acordo com os interesses de ensino e pesquisa de cada clínica. A integração ao sistema assistencial era difícil e os critérios de internação obedeciam às linhas de pesquisa existentes, além de disponibilizar casos ilustrativos para o processo de ensino-aprendizagem que incluíam pacientes com doenças raras de difícil diagnóstico. As dependências do HC eram ocupadas pelos departamentos e os docentes assumiam a assistência dos pacientes internados nas enfermarias e alguma atividade ambulatorial. Sintomaticamente, as secretarias dos departamentos eram localizadas até o início da década de 1970 dentro das enfermarias do Hospital das Clínicas. Segundo LEMOS (1997), o chefe de cada departamento da Faculdade de Medicina era um diretor do HC, executando um orçamento, assumindo encargos da administração de pessoal, de material e serviços além de se constituir como o responsável pela enfermaria e pelo corpo clínico existente, composto por professores, residentes e médicos contratados. Os ambulatorios funcionavam como porta de entrada, identificando pacientes para hospitalização (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1967).

Internamente, o Hospital possuía uma superintendência administrativa indicada pela Congregação da FM, responsável pelo desenvolvimento das atividades de suporte técnico e administrativo. Tal superintendência era auxiliada pelo Departamento de Enfermagem do HC na gerência de recursos humanos vinculados às atividades assistenciais, excluindo a gestão dos profissionais médicos e docentes. Apesar de dispor de corpo clínico, de enfermagem e de médicos residentes de adequada qualificação e de

---

<sup>11</sup> Foram feitas entrevistas informais com os professores José Maurício Carvalho Lemos, Joaquim Antônio César Mota, ex-diretores do Hospital das Clínicas, e com Geraldo Magela Garcia Primo, assessor de planejamento do HC.

instalações físicas satisfatórias, o Hospital das Clínicas já apresentava dificuldades administrativas e financeiras. Possuía um processo de produção da assistência dependente da grade curricular do ensino médico, limitando a participação de alunos de outras unidades acadêmicas da área da saúde.

Em 1976, o HC tornou-se administrativamente independente da Faculdade de Medicina, sendo denominado Hospital das Clínicas da UFMG, adquirindo uma Diretoria Geral própria escolhida pelo Reitor e um Regimento interno específico. O primeiro Plano Diretor foi marcado pela adoção do Modelo de Cuidado Progressivo ao Paciente elaborado a partir de uma proposta teórica originária da Organização Pan-americana de Saúde e, até então, ainda não implantada em nenhum hospital universitário. Nesse mesmo ano, foi constituído o Conselho Administrativo com presidência exercida pelo Diretor da Faculdade de Medicina e composto pelo Diretor do HC, Diretor e Vice-Diretor da Escola de Enfermagem, representantes de cada Departamento da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem, dos docentes de tempo integral, dos servidores técnico-administrativos, dos discentes da Medicina e Enfermagem e dos médicos residentes.

O sistema de cuidados progressivos buscou uma integração do Hospital das Clínicas com os serviços de saúde da rede, enfatizando a assistência ambulatorial e reservando a hospitalização para casos agudos e graves que exigissem cuidados contínuos. Internamente preconizou uma administração unificada das atividades de ensino, pesquisa e assistência com processo decisório mais horizontalizado e definição clara de competências. Buscou ainda uma otimização dos recursos existentes e uma redução dos custos, valorizando critérios de eficiência gerencial. Propôs organizar as atividades assistenciais conforme o perfil de necessidades dos pacientes, diferenciando cuidados básicos, intermediários e intensivos em relação à complexidade do trabalho desenvolvido pela enfermagem (LEMOS, 1997).

Nesse sentido, modificou a lógica ordenadora da organização dos leitos e dos processos assistenciais, desvinculando-a da segmentação decorrente das especialidades, de forma a priorizar a avaliação do tipo de observação e cuidados de enfermagem necessários para uma adequada assistência aos pacientes. Entretanto, este modelo teve uma existência efêmera com duração quatro meses. Como obstáculos para a sua completa

implantação e consolidação, LEMOS (1997) aponta a falta de um referencial externo de sustentação e problemas intrínsecos relacionados a uma resistência do corpo docente às mudanças propostas por envolverem ameaça de perda de poder e de autonomia com relação à gestão dos leitos e dos planos de cuidado.

É importante destacar que o Sistema de Cuidados Progressivos foi a primeira tentativa concreta de se ordenar a organização e funcionamento do Hospital das Clínicas através da definição de um modelo de atenção à saúde baseado no perfil de necessidade dos pacientes, segundo uma concepção orientada pelos princípios da reforma curricular. Este modelo foi construído num contexto institucional complexo, marcado por maior autonomia política em relação à Faculdade de Medicina, mas dependente da atuação dos professores, alunos e médicos residentes para o desenvolvimento das atividades e para a implementação das mudanças propostas.

Pelo convênio assinado em 1981 entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social foram estabelecidas novas bases de inserção e remuneração dos hospitais universitários, condicionando a receita à produção de serviços assistenciais. Introduziu-se, de forma compulsória, uma nova lógica ordenadora dos processos gerenciais, caracterizados pela existência de uma burocracia encarregada da manutenção do funcionamento do Hospital num cenário complexo. Constituído por um lado, pelo poder adocrático exercido pelos docentes da Faculdade de Medicina cuja inserção estava marcada pelo compromisso com as demandas de ensino e pesquisa, condicionando, inclusive, o trabalho cotidiano dos médicos residentes; por outro, pela participação crescente dos servidores técnico-administrativos vinculados à Diretoria Administrativa e responsáveis pela continuidade do funcionamento institucional através do provimento de condições materiais e suporte técnico e administrativo.

De forma genérica, as várias diretorias do Hospital das Clínicas elaboraram planos diretores que buscaram compatibilizar estas diversas racionalidades. Definiram estratégias que progressivamente imprimiram modificações significativas, administrando complexas e numerosas demandas de assistência, ensino e pesquisa com permanente escassez de recursos e freqüentes crises financeiras, enfrentadas historicamente com a redução do número de leitos ativos, diminuindo de 752 leitos em 1968 para 500 em 1974 e para 250 em 1978. Como resultado, verifica-se, ao longo do

tempo, a produção de novos arranjos organizacionais caracterizados por diferentes formatos e modelos administrativos, tecnológicos e estruturais. No plano interno, transformaram processos de trabalho no campo gerencial, técnico e do ensino-aprendizagem assim como a estrutura física e o parque tecnológico do HC. Externamente, produziram também novas relações interinstitucionais tanto no cenário universitário da reitoria e unidades acadêmicas como nos níveis gestores do sistema de saúde.

Nesse sentido, em 1986, o Estatuto da UFMG definiu o Hospital das Clínicas como Órgão Suplementar vinculado diretamente à Reitoria, oficializando a desvinculação administrativa com a Faculdade de Medicina. Entretanto, somente em janeiro de 2004, após ser transformado em Unidade Especial da UFMG e com a aprovação do seu novo Regimento, o Conselho Diretor, até então denominado Conselho Administrativo, teve sua composição reformulada, passando a ser presidido pelo Diretor Geral do HC e o HC adquiriu direito de voz e voto no Conselho Universitário.

Ainda em 1986 foi criada a Vice-Diretoria do Hospital das Clínicas e em 1987 foi acrescentado o setor de Emergências Médico-Cirúrgicas não Traumatológicas aos Setores Operativos do Hospital das Clínicas constituídos regimentalmente, até então, pelos Setores Ambulatorial, de Internação de Cuidado Básico, de Cuidado Intermediário e de Tratamento Intensivo apesar do modelo assistencial não se orientar mais pela atenção progressiva ao paciente desde o final da década de 1970. O novo setor ficou responsável pelo pronto atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acometidos de mal súbito de natureza clínica ou cirúrgica, mas durante seu funcionamento não priorizou atendimento externo e nem funcionava em tempo integral – fechava à noite e nos feriados e dias santificados. Em 1988, foi atribuída a função de Superintendência Clínica ao Vice-Diretor do HC, responsabilizando-o pelo controle e supervisão de todas as unidades e setores ligados à assistência direta ao paciente.

Em 1989, foi criada a Coordenadoria Geral de Enfermagem subordinada diretamente à Vice-Diretoria para realizar a normatização e acompanhamento das atividades desenvolvidas pela enfermagem, participando junto com a área de Recursos Humanos dos processos de dimensionamento, seleção, remanejamento e capacitação de profissionais de enfermagem.

Especialmente a partir de 1988, a Assessoria de Planejamento (ASPLAN) criada através do Regimento de 1976, tornou-se um local estratégico para a formulação de projetos mais integralizadores que buscavam articular modelo de atenção à saúde e modelo gerencial num ambiente marcado ainda pela dicotomia entre as políticas assistenciais e educacionais. Nessa perspectiva, os processos de gestão abordavam especialmente o trabalho institucional direcionado para a realização de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, buscando aumentar a produção de serviços, otimizar a utilização da capacidade instalada e reduzir custos. Na sua essência, procuravam preservar a autonomia e poder dos docentes, criando estratégias inovadoras para gerenciar os conflitos decorrentes dos inevitáveis tensionamentos entre atores institucionais atuantes segundo interesses e racionalidades tão diferenciados.

Dessa forma, em 1990, foi instituída uma Comissão para elaborar proposta de um novo modelo para o HC capaz de promover internamente maior integração dos serviços existentes e das atividades desenvolvidas, melhor adequação das demandas assistenciais às demandas de ensino e pesquisa, adequação dos currículos das várias unidades acadêmicas do campo da saúde à nova realidade assistencial do HC, implantação de remuneração adicional aos professores que atuavam na organização. Externamente, o modelo buscava maior integração do HC no Sistema Único de Saúde além de uma maior participação do Estado e Município no financiamento institucional (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1990; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1992; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1992a).

O modelo resultante propôs a criação de Unidades de Produção Administrativas e Assistenciais, distinguindo nestas últimas, as Unidades Ambulatoriais e Unidades de Internação, agregando-as segundo suas afinidades técnico-operacionais em grandes Divisões Assistenciais – Médica; Médico-Cirúrgica; Cirúrgica; Materno-Infantil; Pediátrica; de Emergências Médicas e Tratamento Crítico; Serviços de Apoio Propedêutico e Terapêutico. Como marco conceitual importante, tal proposta buscou integrar o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde, ensino e pesquisa dos ambulatórios e das enfermarias, constituindo uma equipe multiprofissional única e uma chefia geral auxiliada por subchefe médico, administrativo e de enfermagem para cada Divisão assistencial. Na área administrativa, o modelo propôs a constituição da Divisão

de Infra-estrutura; Divisão de Apoio Técnico e Divisão Financeira vinculadas à Diretoria Administrativa.

Tal proposta foi apresentada e debatida no Primeiro Seminário do Hospital das Clínicas, realizado em duas etapas no ano de 1992, cujo tema principal foi a “análise do modelo assistencial e suas conseqüências para o ensino, pesquisa, extensão e administração. O Seminário obteve pequena participação de docentes da Faculdade de Medicina, mas contou com a presença de professores de diversas unidades acadêmicas da UFMG como Escola de Enfermagem, Faculdades de Farmácia, Odontologia, Educação Física – cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Ciências Biológicas, deputados, vereadores, representantes das secretarias estadual e municipal de saúde, estudantes da área da saúde, Professor Gonzalo Vecina Neto da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo além da Diretoria e Assessoria de Planejamento do HC. Em 1992, o Conselho Administrativo aprovou o novo modelo organizacional do Hospital das Clínicas e as divisões previstas foram implantadas além da institucionalização do pagamento de Serviços Profissionais (SP) aos docentes da Faculdade de Medicina envolvidos em atividades assistenciais conforme valores calculados a partir da tabela de remuneração dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais do Ministério da Saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1992; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1992a).

No final do ano de 1994, o diagnóstico institucional apontou como principais problemas do HC o elevado grau de centralização do processo decisório, ausência de planejamento e de mecanismos de controle, inexistência de informações essenciais, desmotivação de pessoal e baixa produtividade, sazonalidade da produção associada ao calendário acadêmico e desequilíbrios financeiros e problemas de faturamento. Como estratégia de enfrentamento de tais dificuldades, a nova diretoria empossada em junho de 1994, propôs o “Projeto de Descentralização Administrativo-Financeira” baseado na criação das Unidades Operativas em todas as clínicas do HC. Para testar a eficácia e a validade da proposta, iniciou uma implantação piloto na Divisão Assistencial Pediátrica, escolhida pelo alto grau de organização. As questões prioritárias propostas buscavam descentralizar o processo de gerenciamento de recursos humanos, materiais, e orçamentários e financeiros. Estabeleciam metas de qualidade e produtividade, criando

alternativas para aumento das receitas, redução do custo e do desperdício além de destacar a necessidade de desenvolvimento de políticas motivacionais para os trabalhadores da instituição e de construir sistemas de informações gerenciais estratégicas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1995).

A realização do projeto piloto na Divisão Assistencial Pediátrica ocorreu no período de outubro de 1994 a junho de 1995, quando foram realizadas reuniões amplas com participação da Diretoria do HC, chefes e profissionais da Pediatria para levantamento e discussão dos principais problemas da unidade, utilizando-se um conjunto de instrumentos gerenciais elaborados para sistematizar o diagnóstico dos problemas selecionados e subsidiar as soluções. Foi feita uma avaliação positiva do projeto piloto, reafirmando a pertinência de se adotar uma administração participativa com subordinação dos interesses individuais e corporativos aos interesses gerais das unidades, com definição de metas e utilização de um método de planejamento baseado na solução de problemas. Como conclusão, propôs-se a ampliação do modelo para o conjunto de clínicas da instituição (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1995).

Entretanto, em novembro de 1995, num cenário caracterizado por importante crise financeira com redução de leitos e demissão de grande contingente de trabalhadores celetistas contratados através da Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa da UFMG (FUNDEP) e por problemas de relacionamento político-institucional com a Reitoria, a Diretoria do Hospital das Clínicas renunciou, interrompendo a implantação do novo modelo gerencial. Uma nova consulta eleitoral à comunidade universitária do Campus Saúde foi feita no primeiro semestre de 1996 e uma nova diretoria foi empossada.

Desde 1994, o município de Belo Horizonte estava habilitado na gestão semiplena, responsabilizando-se pela gerência do total de recursos financeiros gastos com a prestação de serviços de saúde na cidade, implantando processos de controle e avaliação junto aos prestadores públicos e privados contratados ao Sistema Único de Saúde. Tal fato estreitou as relações entre Hospital das Clínicas e gestor municipal, propiciando uma maior aproximação e conhecimento mútuo entre as duas instituições.

Em 1996 diante de uma grave crise financeira e com risco de fechamento de leitos e redução dos serviços ambulatoriais do HC, foi celebrado um convênio entre a Prefeitura



Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas criando a Unidade de Ponto Atendimento (PA) do Hospital das Clínicas e disponibilizando recursos financeiros para adequação da área física e compra de materiais e de equipamentos. Inicialmente o PA funcionou com profissionais remanejados do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB), que se encontrava em reforma. A partir de 1997, o Hospital das Clínicas assumiu integralmente a responsabilidade pelo PA, modificando de forma significativa sua dinâmica interna de funcionamento e sua inserção no Sistema Único de Saúde.

De maneira progressiva e irreversível, o Pronto Atendimento se constituiu na principal porta de acesso aos leitos do Hospital das Clínicas, vivenciando cotidianamente as deficiências e crises do Sistema Único de Saúde e recebendo uma demanda crescente de Belo Horizonte e municípios da região metropolitana. Internamente, o PA desencadeou processos significativos de reorganização institucional relacionados especialmente à inserção e envolvimento dos docentes com as atividades assistenciais de urgência/emergência, adaptação da estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico com o novo perfil de pacientes, ampliação do número de leitos e de salas de cirurgia, além da contratação de um grande contingente de profissionais médicos e de enfermagem para a nova unidade.

A abertura e manutenção do Pronto Atendimento provocaram mudanças profundas no modelo assistencial e organizacional do HC, desencadeando modificações na estrutura de poder vigente, nos sistemas de comunicação e no perfil de atividades assistenciais desenvolvidas. Exigiu investimentos de ordem política, administrativo-gerencial, técnica e financeira da comunidade acadêmica e hospitalar para a adequação do hospital escola ao novo papel e inserção no Sistema Único de Saúde, impondo uma nova lógica organizacional fundamentada na precedência do cuidado.

Esse processo de institucionalização do Pronto Atendimento foi progressivo e enfrentou dificuldades relacionadas às diferentes resistências dos atores que compõem a comunidade hospitalar, gerando tensionamentos frequentes no cotidiano institucional. A manutenção do funcionamento do PA impôs uma nova racionalidade constituída de novos tempos e novos processos de trabalho, de fluxo e de comunicação entre as diversas áreas e corporações. Inicialmente, como uma unidade estranha ao contexto

institucional, o Pronto Atendimento se consolidou como força instituinte capaz de provocar rupturas, reordenando a dinâmica organizacional a partir da assistência.

De forma importante, os docentes da Faculdade de Medicina apresentaram distintos graus de reconhecimento do PA como campo de sua prática docente-assistencial. Notadamente, houve um maior envolvimento dos Departamentos de Pediatria, de Cirurgia e posteriormente de Ginecologia-Obstetrícia e de algumas especialidades da Clínica Médica com participação dos professores na preceptoria junto aos médicos residentes e atuação como médicos assistentes nos plantões da unidade. De outro modo, a omissão e mesmo a resistência de algumas clínicas para legitimar o PA como unidade do HC, provocaram dificuldades na relação de seus ambulatórios e enfermarias com o Pronto Atendimento. Por um lado, desenvolveram uma prática utilitária para agilização de propedêutica de pacientes acompanhados ambulatorialmente e por outro, não se comprometeram com o seguimento dos doentes que encaminhavam para o PA em situações de intercorrência, resultando numa descontinuidade da linha do cuidado. Entretanto, apesar de tais questões, houve uma consolidação interna e externa do Pronto Atendimento como a principal porte de entrada do HC, constituindo-se como uma referência fundamental para o sistema de urgência e emergência clínica e cirúrgica não traumatológica da cidade e região metropolitana, atendendo pacientes de média e alta complexidade.

Os documentos oficiais disponíveis da gestão 1996-1998 demonstram uma identidade com as diretrizes e estratégias definidas no projeto de criação das unidades de produção, divisões assistenciais e administrativas, apostando na integração com o SUS e no fortalecimento do papel de formação de recursos humanos para a área da saúde pela ampliação dos estágios para outras unidades acadêmicas da UFMG e para profissionais da rede pública em eventos de educação continuada, além de propor um aumento de pesquisas geradoras de novos conhecimentos para a promoção da saúde. Como principal orientador do processo de gestão, destaca-se a necessidade de adequação da estrutura organizacional do HC, implantando um processo de planejamento e gestão capaz de integrar os diversos setores existentes a partir de uma descentralização administrativo-gerencial com definição de responsabilidades e compromissos com a missão e objetivos institucionais (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1996).

Em 1997, a crise financeira se agravou e houve uma grande mobilização da sociedade, da Câmara de Vereadores de BH e da comunidade universitária em defesa da manutenção do Hospital das Clínicas. Realizou-se a campanha de doação cujo lema “Doe um real, salve um hospital” contou com o funcionamento de cinquenta postos de coleta na cidade e a adesão de dezessete instituições que doaram recursos financeiros. E também num “abraço” de professores, alunos e funcionários, o HC trouxe a público sua fragilidade, a ameaça de restringir radicalmente seus serviços, comprometendo o seu papel assistencial e de campo privilegiado para a formação de profissionais da saúde.

No segundo semestre de 1997, foi feita uma grande mobilização institucional com ampla participação de docentes, funcionários técnicos-administrativos, médicos residentes, estudantes e representantes dos usuários no sentido de se construir alternativas para a crise do HC, resultante do somatório de fatores diversos relacionados tanto ao contexto nacional do papel e financiamento dos hospitais universitários como à dinâmica interna de organização e funcionamento da instituição.

Nesse contexto de crise, foi realizado no período de 20 a 22 de maio de 1998 o III Seminário<sup>12</sup> do HC, organizado através de oficinas preparatórias que discutiram a missão institucional, modelo assistencial e pedagógico, modelo organizacional, gestão de recursos humanos e financiamento, produzindo relatórios parciais que foram analisados por grupos de discussão e aprovados na sua versão final nas plenárias realizadas no evento principal.

Apesar de debates intensos sobre a precedência do ensino ou da assistência, definiu-se a missão do HC como *“desenvolver eficaz e eficientemente e de forma equilibrada a formação e a capacitação de recursos humanos e a pesquisa na área da saúde, integrando-as com a assistência, responder às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema de Saúde do Estado de Minas Gerais, constituir-se como referência para áreas específicas”*. Destacou-se ainda a necessidade do HC garantir o cumprimento dos princípios da universalidade do acesso e equidade de atendimento com integralidade e resolutividade das ações. Apesar de criticar a redução do papel do

---

<sup>12</sup> Segundo o acervo documental consultado, não existiu nenhum Seminário do HC realizado antes de 1992 e entre 1992 e 1998. Corretamente, o de 1992 é o I Seminário do HC e o de 1998 é o II Seminário. Entretanto, mantive as numerações originais contidas nos Relatórios e documentos oficiais.

Estado brasileiro no provimento e execução dos serviços e ações de saúde, propôs uma adaptação pragmática do HC a esta tendência, estruturando-se nos moldes de uma gerência empresarial e competitiva tanto no campo da saúde suplementar como no sistema público para captação de recursos e clientela (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1998).

Como pressuposto para a criação do modelo assistencial e pedagógico, afirmou que a assistência de qualidade é um fator determinante para um ensino de qualidade, destacando que o cuidado resulta de uma articulação entre os papéis de cada setor de produção com a missão institucional. Definiu a inserção do HC no Sistema Único de Saúde como unidade de referência secundária, terciária e quaternária, realizando procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade e restringindo a atenção primária ao desenvolvimento de projetos especiais vinculados ao ensino. Propôs uma porta de entrada preferencial pelo Pronto Atendimento e ambulatórios do HC e defendeu uma proporcionalidade mínima de 70% para a clientela SUS em relação aos particulares e segurados de planos de saúde, reafirmando a porta única através do PA. Além disso, propôs um funcionamento ininterrupto dos ambulatórios e enfermarias do Hospital das Clínicas, desvinculado do calendário de atividades pedagógicas e uma relação pedagógica básica com interação dos alunos de graduação, pós-graduação, especialização e capacitação técnica profissional com o paciente/família sob supervisão dos docentes e dos funcionários do HC num regime de treinamento em serviço, tomando a estrutura, função e gestão dos diversos setores como objeto de ensino e pesquisa. Propôs também uma atuação precoce do estudante abrangendo a totalidade da clientela atendida (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1998).

Uma questão de destaque no III Seminário do HC foi a discussão do modelo organizacional baseado na criação das Unidades Gestoras compreendidas como a menor unidade do Hospital das Clínicas com autonomia de atuação e de gestão de recursos humanos, físicos, materiais, equipamentos e acadêmica, resultante da agregação de setores com afinidade de produtos ou serviços. A partir de uma análise da realidade institucional, defendeu-se a necessidade de uma mudança no modelo de funcionamento do HC, constando-se que a gestão centralizada não havia possibilitado um desempenho institucional suficiente pra conferir estabilidade política, administrativa e financeira. Nesse sentido, como prioridade do processo de reorganização, elegeu-se a

descentralização do processo decisório, do planejamento e da gestão como a estratégia principal para promover o envolvimento e comprometimento dos diversos atores com os objetivos do HC, de forma a propiciar o desenvolvimento institucional e o crescimento auto-sustentado (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1998).

De forma detalhada, o Relatório do III Seminário apontou para a descentralização do processo decisório até as Unidades Gestoras como alternativa de envolver os vários segmentos do Hospital das Clínicas, qualificando processos e resultados do trabalho desenvolvido. Como princípios do novo modelo gerencial, defendeu a elaboração coletiva de um projeto institucional a ser implementado através de uma gerência participativa baseada no estabelecimento de compromissos e de co-responsabilização com os objetivos institucionais com ênfase no processo de avaliação de resultados e satisfação de clientela, na transparência da gestão e administração de recursos, na democratização das informações e na comunicação lateral. Como estratégia principal, propôs a criação das unidades gestoras com delegação de poder de decisão e de responsabilidades, encarregadas de construir planos de gestão, compatibilizando missão específica com a missão institucional através de um processo de planejamento participativo e de acompanhamento de resultados. Na área de recursos humanos, as discussões feitas recomendaram a elaboração de uma política de desenvolvimento pessoal e profissional baseada na valorização das equipes e constituída por um conjunto de diretrizes. Salientou-se a necessidade de se desenvolver uma política de avaliação de desempenho centrada no trabalho coletivo e no planejamento geral, processos de capacitação permanente do corpo técnico e gerencial, investimentos institucionais para melhorar a qualidade de vida no trabalho e implementar estratégias de seleção de pessoal com perfil adequado às necessidades dos serviços (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1998).

Com relação à gestão financeira, o Relatório do III Seminário (1998) contém uma avaliação da situação do Hospital das Clínicas, salientando a dependência do quantitativo de receitas obtidas com o faturamento dos serviços assistenciais prestados ao Sistema Único de Saúde, especialmente resultante das AIH e do incentivo do FIDEPS. Destaca ainda as freqüentes crises enfrentadas pela instituição ao longo da sua existência com sistemáticas reduções de leitos e solicitação de empréstimos à Reitoria da UFMG, acumulando uma dívida com oscilações históricas. Como alternativas

principais foram propostas ampliações do atendimento a pacientes dos planos de saúde, clientela particular e usuários do SUS especialmente na alta complexidade, diversificação das fontes de financiamento para captação de recursos através de parcerias com empresas privadas e implementação de políticas de doação e celebração de convênios com instâncias governamentais.

O III Seminário significou um marco no processo de definição política e de planejamento do Hospital das Clínicas a partir da mobilização dos diversos agentes reunidos em decorrência de uma crise que ameaçava a integridade institucional, colocando em risco a sua manutenção e funcionamento. Na verdade, uma crise que extrapolava apenas os indicadores financeiros e que possibilitou a construção coletiva de um projeto capaz de conferir direcionalidade política e operacional, segundo acordos e consensos orientados para o objetivo comum de dar viabilidade ao HC. Como resultado de um processo de agir comunicativo, referenciado no encontro entre diferentes racionalidades, as diretrizes e recomendações aprovadas possibilitaram a incorporação progressiva, no imaginário institucional, de valores e princípios fundamentais para a construção de um novo HC. Explicitaram-se novas marcas, novos desafios para o hospital escola, identificado, agora, como um hospital onde a produção do cuidado e do ensino ocorre de forma indissociável, em processos entrelaçados que exigem maior plasticidade e adesão dos diversos atores institucionais. O processo coletivo destacou ainda a importância do planejamento como tecnologia de gestão para produzir um projeto referenciado no sistema de valores comuns.

Apesar dos grandes avanços observados nos últimos oito anos, a temática institucional dominante contém questões abordadas ao longo de toda a história do Hospital das Clínicas, revestidas de roupagem nova, mas que se referem ao que funda, ao que dá sentido a esta valiosa e instigante instituição. E que exigem pelas contingências do cenário externo e pela evolução da dinâmica interna, novas estruturas de poder, novos sistemas de comunicação, novas atividades, formatando, em *continuum*, novos HC.

#### ***4.2. A NOVA DINÂMICA INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG – O PROJETO DE UNIDADES FUNCIONAIS***

A partir das diretrizes e recomendações do III Seminário do HC que apontaram para a necessidade de reformulação organizacional e de maior integração ao Sistema Único de Saúde, a gestão 1998-2000 estabeleceu como prioridade a elaboração e implantação de um projeto de descentralização administrativo-gerencial capaz de reordenar o modelo de gestão e de funcionamento do Hospital das Clínicas, possibilitando a construção coletiva de um projeto de desenvolvimento institucional capaz de comprometer e envolver os diversos atores com a viabilidade e crescimento do HC.

Adotaram-se os princípios que norteavam os modelos teóricos de gerenciamento participativo, apostando-se na implantação de uma estrutura de poder descentralizado com profissionalização do quadro de pessoal para o exercício de funções estratégicas de coordenação além do estabelecimento negociado de compromissos e metas com avaliação de desempenho e remuneração adicional.

Na essência, questionou-se a maneira como o processo decisório ocorria na instituição, caracterizado, principalmente, por negociações feitas entre a Diretoria e os chefes de serviço a partir das demandas específicas de cada especialidade, relacionadas na maioria das vezes, à solicitação de leitos, salas cirúrgicas, consultórios, recursos humanos e equipamentos. O processo de gestão era centralizado com uma nítida divisão de trabalho e responsabilidades. De um lado, a diretoria se encarregava da manutenção do Hospital das Clínicas, realizando processos de gestão interna de cunho controlista para aumento do faturamento e redução dos custos e de gestão externa buscando fontes alternativas de financiamento e empréstimos durante as crises. De outro, o corpo clínico, constituído por docentes, médicos contratados e residentes, concentrava suas atividades especialmente no ensino e na assistência, demandando incorporação tecnológica crescente e melhores condições estruturais, sem um envolvimento significativo com as questões afeitas à sobrevivência do HC. E também por sua vez, o corpo técnico-administrativo participava de forma mais efetiva dos processos gerenciais, responsabilizando-se muitas vezes pela implementação de mecanismos de controle e redução dos custos definidos no nível da Diretoria Administrativa e da Diretoria Geral, buscando mediar as demandas existentes com a escassez de recursos.

Nessa perspectiva, uma proposta apenas de descentralização administrativo-gerencial era insuficiente para modificar a dinâmica do processo decisório de forma a comprometer o conjunto de atores envolvidos no cotidiano do Hospital das Clínicas com o tema do planejamento e da gestão. Tratava-se, na verdade, de modificar radicalmente a inserção dos diversos segmentos da organização, construindo uma identidade institucional capaz de agregar interesses e projetos tão diversos. Para isso, apostou-se no processo de democratização interna, caracterizado especialmente pela constituição de fóruns coletivos considerados locais estratégicos para o planejamento, comunicação e adesão dos agentes, resultando num projeto essencialmente coletivo.

A partir do segundo semestre de 1998, modificou-se de forma significativa a lógica ordenadora do trabalho da direção do HC. Adotou-se de maneira sistemática e ampliada a metodologia do planejamento estratégico como recurso para estabelecer e implantar as prioridades institucionais a partir das diretrizes apontadas no III Seminário. Constituiu-se um núcleo de gestão composto pelos diretores Geral, Clínico, Administrativo, de Ensino Pesquisa e Extensão, pela Assessoria de Planejamento e pela consultoria<sup>13</sup> do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG. A melhoria do faturamento, a otimização da capacidade instalada, a implantação do projeto de democratização institucional e o aperfeiçoamento da inserção no SUS foram consideradas as prioridades imediatas. O papel da Assessoria de Planejamento foi considerado estratégico para a implementação das prioridades e sua composição foi ampliada através da contratação de três médicas sanitárias<sup>14</sup> provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e com experiência na área de planejamento e gestão. Decorre desse período a minha inserção na ASPLAN, inicialmente vinculada à elaboração e implantação de uma metodologia de gerenciamento de leitos para melhoria das taxas de ocupação e redução das médias de permanência, seguida de uma participação crescente nos processos de reorganização institucional.

---

<sup>13</sup> Foram contratados os médicos sanitários Lídia Tonon e Mozart de Oliveira Júnior no período de 1998 a 2000 como consultores da Diretoria do HC nos processos de definição e implantação dos projetos prioritários dessa gestão.

<sup>14</sup> Inicialmente em 1998 foi contratada a médica sanitária Maria do Carmo seguida em 1999 das contratações das médicas sanitárias Alzira de Oliveira Jorge e Mônica Aparecida Costa.



O projeto de criação das Unidades Funcionais (UF) foi elaborado no início de 1999 adotando como princípios essenciais a democratização da decisão e gestão, descentralização administrativo-gerencial, desenvolvimento do planejamento participativo e o estabelecimento negociado de uma rede de compromissos e responsabilidades com a sobrevivência e o crescimento do HC.

A proposta apresentava correspondência com a lógica de Unidades de Produção e Unidades Operativas discutidas no contexto do HC em 1992 e 1994, respectivamente, diferenciando-se, entretanto, por se constituir numa proposta mais radical de democratização, não exclusivamente vinculada à descentralização das questões administrativas e gerenciais obtida principalmente através de uma estrutura de chefias e coordenações mais ampliada. Outras instituições hospitalares experimentavam, na época, propostas baseadas na constituição de unidades de produção como a Santa Casa do Pará, Hospital Público de Volta Redonda e Hospital Universitário de Pernambuco (JORGE, 2002).

O projeto elaborado no Hospital das Clínicas propôs a criação de Unidades Funcionais constituídas pela agregação de serviços e setores que apresentavam uma afinidade de processos e produtos do trabalho realizado na perspectiva da sua missão administrativa ou assistencial. Como objetivo geral, o projeto buscou construir uma dinâmica de funcionamento do HC baseada no compromisso com a missão institucional implantando dispositivos capazes de reduzir a fragmentação e o isolamento das diferentes racionalidades operantes, agregando-as em torno de um projeto elaborado coletivamente e pautado na qualificação da assistência, ensino e pesquisa com otimização da capacidade instalada e racionalização dos recursos. Nesse sentido, propôs a implantação de um modelo de planejamento participativo e democrático construído em cada Unidade Funcional a partir do levantamento de problemas, definição de prioridades, metas e indicadores tendo como objetivo o cumprimento da missão específica e sua coerência com a missão institucional. O modelo de UF apostou no gerenciamento descentralizado dos recursos existentes, propondo uma estrutura de poder local constituída por funções de coordenação além da implantação de dispositivos no campo da gestão. Destacou a importância de uma política de desenvolvimento e de motivação de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade com o usuário e com a instituição.

Como questões estratégicas, o projeto elaborou propostas específicas de constituição das Unidades Funcionais por agregação de serviços e setores afins, criação de estrutura gerencial descentralizada, profissionalização das coordenações e de programa de incentivo ao desempenho baseado no cumprimento de metas. Além disso, apresentou demandas no campo da informação, desencadeando processos de revisão do sistema de custos e faturamento, reformulando a gestão financeira do HC no sentido da descentralização orçamentária por Unidade Funcional.

Após a aprovação pelo Conselho Administrativo do HC, o projeto de Unidades Funcionais foi amplamente discutido pela diretoria, assessoria e consultoria em todos os serviços e setores da instituição no sentido de informar e sensibilizar a comunidade além de esclarecer dúvidas. Inicialmente, a proposta de composição das UF foi o principal ponto de debate. É importante destacar que a lógica que orientou a agregação considerou a existência de relações de semelhança e dependência de processos de trabalho desenvolvidos e de seus produtos entre serviços e setores afins. No caso da área de apoio técnico e administrativo, tal afinidade ficou bem estabelecida e as Unidades Funcionais resultantes foram aprovadas. No caso das UF assistenciais ocorreram diversos tensionamentos, resultantes de um processo histórico de isolamento e conflito entre as várias especialidades (JORGE, 2002).

A proposta inicial buscava recuperar a integralidade do cuidado para faixas etárias ou grupos de risco como o eixo ordenador do processo de aglutinação dos serviços, superando a dicotomia entre os ambulatórios e unidades de internação. Construiu-se um desenho organizacional composto pelas especialidades clínicas de adulto, cirúrgicas de adulto, pediátricas, urgência/emergência não traumatológica, oftalmologia e otorrinolaringologia (devido ao compartilhamento de estrutura no Hospital São Geraldo), hematologia-oncologia, ginecologia-obstetrícia e neonatologia, assistência multiprofissional e uma unidade ambulatorial, considerada importante para nortear a política do atendimento ambulatorial do HC e sua relação com os departamentos da Faculdade de Medicina<sup>15</sup>. Após um amplo e prolongado processo de debates e negociações, a diretoria do HC finalizou a proposta caracterizada por um maior número

---

<sup>15</sup> Esta UF ficou composta pelo Ambulatório Bias Fortes e Borges da Costa por abrigarem diversas especialidades médicas e não médicas.

de Unidades Funcionais, lançando oficialmente o projeto para toda a comunidade universitária em agosto de 1999<sup>16</sup>.

Paralelamente a este processo, foram realizados quatro cursos de capacitação gerencial para profissionais de nível superior, totalizando 180 horas para cada turma, distribuídas em três módulos de concentração e dispersão, qualificando cerca de cem profissionais do HC. Tais cursos associaram conteúdos tradicionais da administração hospitalar com uma perspectiva metodológica de integração ensino-serviço, combinando teoria com períodos de prática no local de atuação dos profissionais, encarregados de desencadear, com apoio da ASPLAN, um processo coletivo de planejamento estratégico na abrangência das respectivas Unidades Funcionais. Dessa maneira, pretendeu-se constituir o espaço colegiado para construção de um plano de ação da UF, agregando representação de todos os serviços e setores componentes, almejando-se que ao final do curso, a Unidade pudesse dispor de um colegiado interno e de um plano de trabalho negociado. Além desses eventos, foram realizados dois cursos de qualificação gerencial para profissionais de nível médio capacitando cerca de sessenta profissionais.

A elaboração da estrutura gerencial das Unidades Funcionais envolveu uma revisão criteriosa das funções gratificadas existentes no Hospital das Clínicas da UFMG, apontando para a necessidade do estabelecimento de uma lógica única capaz de reformular a definição das funções estratégicas especialmente com relação ao perfil, atribuições e valores de remuneração. Verificou-se um descompasso da estrutura vigente em relação ao grau de complexidade e de responsabilidade atribuídas às coordenações e chefias assim como gratificações de valores diferentes para a mesma função. É importante destacar que de forma geral, as remunerações adicionais vinculadas a processos de coordenação foram influenciadas historicamente por pressões decorrentes dos baixos salários pagos ao quadro efetivo e contratado assim como serviram como recurso para contratar profissionais do mercado para inserção em setores estratégicos do HC. Nesse sentido, a proposta resultante do projeto de Unidade Funcional, imprimiu uma lógica racionalizadora e critérios transparentes a partir da

---

<sup>16</sup> Posteriormente, em 2005, a Unidade Funcional Informação/Documentação foi extinta e os setores integrantes foram colocados sob forma de Assessoria (Comunicação; Núcleo de Tecnologia de Informação com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística) ou incorporados a outras áreas (Setor de Internação foi agregado a Unidade Funcional Financeiro e o setor de Protocolos à Diretoria do HC). A versão definitiva da composição das Unidades Funcionais é apresentada no **Anexo 1**.

definição das atribuições e uniformização dos valores para a mesma função. Entretanto, manteve algumas distorções históricas, principalmente relacionadas às áreas de serviços gerais além de criar uma estrutura gerencial organizada de acordo com a lógica das profissões nas unidades assistenciais, implantando além do gerente, coordenação médica, de enfermagem e administrativa.

Um ponto que merece destaque foi a manutenção das Chefias de Serviços constituídas historicamente a partir da extinção das cátedras, funcionando como uma extensão dos Departamentos da Faculdade de Medicina para normatização técnica, consolidação do ensino junto aos médicos residentes e implantação de pesquisas no âmbito do HC.

Como estratégia fundamental para a motivação e envolvimento dos trabalhadores com os objetivos, processos e produtos da instituição, foi implantado o Programa de Incentivo ao Desempenho (PID), constituído pelo pagamento de uma remuneração variável de acordo com o alcance de metas previamente negociadas entre cada Unidade Funcional e a Diretoria do HC, relacionadas ao trabalho da equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para isso, foi implantado um processo sistemático de definição de indicadores gerais e específicos de desempenho de cada UF com estabelecimento negociado de metas semestrais. Os resultados obtidos pela Unidade Funcional são avaliados semestralmente, gerando um prêmio de remuneração proporcional ao alcance das metas, pagos individualmente a cada funcionário, variando apenas em função do absenteísmo específico do profissional (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2005).

Os indicadores gerais definidos e integrantes das planilhas de avaliação de todas as Unidades Funcionais administrativas e assistenciais procuraram contemplar aspectos associados ao desempenho global, resultante da inserção e funcionamento de todas as áreas e setores do HC. Nessa perspectiva, foram escolhidos o absenteísmo, a relação faturamento/custo, a satisfação dos usuários internos compreendidos como clientes entre UF, a satisfação de usuários externos dos ambulatórios e unidades de internação e indicadores de ensino e pesquisa relacionados aos docentes e corpo técnico-administrativo envolvidos na produção técnico-científica e no acompanhamento e supervisão de estágios. No caso das UF assistenciais, ainda foram incluídas a taxa de ocupação, média de permanência, produção ambulatorial, taxa de cancelamento de

cirurgias e elaboração/revisão de protocolos. Por outro lado, os indicadores específicos foram definidos em função dos processos de trabalho desenvolvidos por cada Unidade Funcional, contemplando aspectos da missão específica e prioridades selecionadas coletivamente no plano de ação.

Dentre os diversos avanços obtidos com o projeto de Unidades Funcionais, a implantação da gestão colegiada é certamente um dos elementos mais estratégicos por modificar a dinâmica do processo decisório na instituição, possibilitando a constituição de espaços coletivos de manifestação dos vários atores com seus distintos interesses e racionalidades. Potencialmente, os colegiados representam fóruns privilegiados da construção de acordos e consensos em torno de um sistema de valores e convicções comuns, produzidos de forma transparente e democrática, resultando em compromissos de ações concretas. Neste sentido, o modelo de Unidades Funcionais propôs uma reformulação do processo de gestão do HC, acrescentando ao Conselho Administrativo, hoje Conselho Diretor, instância máxima de decisão institucional, os Colegiados Internos das Unidades Funcionais e o Colegiado Gestor das Unidades Funcionais do Hospital das Clínicas.

O Colegiado Interno das Unidades Funcionais corresponde ao primeiro nível da gestão participativa sendo coordenado pelo gerente e composto pela estrutura gerencial e por representantes dos serviços/setores, funcionários, professores, alunos de graduação e médicos residentes para realizar de forma participativa e consensual o planejamento e a gestão da UF. Realiza de forma privilegiada a interlocução do coletivo da Unidade com a Diretoria do HC através da elaboração, negociação, execução e acompanhamento do Contrato de Gestão específico. Este instrumento é resultado do processo de planejamento participativo e formaliza a missão, responsabilidades, compromissos e metas da Unidade Funcional junto à direção da instituição, encarregada de prover as condições estruturais e organizacionais necessárias para o desenvolvimento das atividades propostas.

No outro nível, o Colegiado Gestor é coordenado pelo Diretor Geral do HC e composto pelo Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão, Vice-Diretor Técnico de Enfermagem, Vice-Diretor de Recursos Humanos, pelos gerentes de todas as Unidades Funcionais, coordenadores dos projetos especiais de

Atenção Domiciliar, Acreditação Hospitalar, Humanização, Núcleo Interdisciplinar de Anorexia e Bulimia e Hospital Sentinela, Assessoria de Planejamento, Assessoria de Comunicação, Núcleo de Tecnologia de Informação e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Constitui o fórum privilegiado de articulação interna e de integração das Unidades Funcionais com Assessorias e Diretorias, responsabilizando pelo planejamento e organização do HC. A primeira reunião do Colegiado Gestor ocorreu no mês de março de 2001 e de forma progressiva as pautas foram adquirindo maior complexidade, abordando temas teóricos para subsidiar as discussões mais gerais sobre política institucional e modelo de gestão assim como questões de ordem metodológica e operacional relacionadas ao processo de mudança do HC (JORGE, 2002; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2005).

Da mesma forma, durante o processo de implantação das Unidades Funcionais foram criados fóruns de discussão ampliada para estimular a participação dos diversos atores, propiciando maior adesão ao projeto. Alguns eventos contaram com a participação dos professores Luis Carlos de Oliveira Cecílio da UNIFESP e Emerson Elias Merhy da Universidade Estadual de Campinas com larga experiência na área de gestão hospitalar e processos de mudança institucional. Vários seminários e oficinas de trabalho foram realizados com a comunidade do HC e das unidades acadêmicas, especialmente a Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem, com temas que incluíram modelo de gestão, modelo assistencial, modelo de ensino, rede de contratualidade entre Unidades Funcionais e inserção do HC no Sistema Único de Saúde.

O processo de implantação das Unidades Funcionais formalizado através da assinatura dos Contratos de Gestão ocorreu de forma lenta e progressiva, refletindo a falta de organização interna e de articulação entre setores e serviços, explicitando áreas de conflito importantes. Os primeiros contratos de gestão foram assinados em julho de 2001 e os últimos no segundo semestre de 2005. De forma geral, as unidades administrativas possuíam menor grau de conflitos internos, incorporando de forma mais ágil os novos princípios da organização institucional, reformulando seus processos de trabalho no sentido de assegurar um apoio técnico e administrativo conforme as demandas e necessidades das áreas assistenciais sem perder de vista o compromisso com a racionalização dos recursos. Por outro lado, as UF assistenciais apresentaram tensionamentos entre categorias profissionais e entre especialidades, exigindo

investimentos políticos especiais. Nessa perspectiva, o processo de implantação na maioria das UF vinculadas à assistência necessitou da participação da Diretoria Clínica e da Diretoria Geral junto à Assessoria de Planejamento para conferir direcionalidade às discussões, estabelecendo as diretrizes institucionais nos pré-colegiados internos, superando divergências históricas baseadas muitas vezes em interesses pessoais e corporativos.

O Seminário de Avaliação e Implantação das Unidades Funcionais do HC/UFMG realizado em dezembro de 2001 apontou como principais dificuldades do processo a pequena participação de atores estratégicos como docentes da Faculdade de Medicina, chefes de serviço, profissionais médicos e enfermeiros; falta de motivação dos trabalhadores por desconhecimento da proposta ou resistência; inserção profissional baseada nos núcleos de competência técnica específica com atuação fragmentada e sem envolvimento com as questões gerenciais e organizacionais da instituição; insuficiência na política de financiamento dos hospitais universitários e deficiências de recursos humanos e do parque tecnológico.

Posteriormente, foram feitas diversas avaliações sobre o modelo de UF e seu processo de implantação no HC. As principais críticas referentes ao projeto relacionaram-se ao enfoque econômico abordado através de estratégias de controle e redução dos custos e elevação de faturamento com redução das glosas e aumento de produtividade com otimização da capacidade instalada.

Por outro lado, vale destacar que a maioria das dificuldades observadas durante todo o processo de implantação do novo modelo possuiu estreita relação com o que caracteriza as organizações hospitalares universitárias, conferindo-lhes grande complexidade. Nesse sentido, é importante destacar a existência das diferentes racionalidades – adocrática, burocrática e profissional – que ordenam as relações e os processos de trabalho, tensionando o cotidiano através de disputas por espaços de poder e de exercício de autonomia, subsumindo muitas vezes o território do cuidado como o eixo orientador da dinâmica de funcionamento institucional, capaz de agregar os diferentes interesses e projetos em conflito.

De maneira geral, os Planos Diretores elaborados no período de 1998 a 2006 priorizaram a implantação e consolidação das unidades funcionais como o modelo de desenvolvimento institucional do Hospital das Clínicas servindo como eixo orientador e articulador dos projetos existentes, em especial o Plano Integrado de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PLIDERH), a Humanização da Assistência e a Acreditação Hospitalar além de estabelecerem ações visando o equilíbrio financeiro e a contratualização com o gestor municipal da saúde.

Na gestão de 1998-2000, foi elaborado o Projeto de Revitalização do HC como alternativa para superar as dificuldades financeiras, possibilitando que a instituição cumprisse as suas atribuições assistenciais, de ensino e pesquisa, de maneira integrada ao Sistema Único de Saúde, segundo as diretrizes estabelecidas no III Seminário. Nesse sentido, adotou a proposta da descentralização administrativo-gerencial e estabeleceu estratégias de desenvolvimento do modelo assistencial, de recursos humanos e de modernização administrativa. Na assistência priorizou ações para ampliar a produção através da otimização da capacidade instalada com aumento de oferta para a clientela SUS, particular e de planos de saúde e da obtenção de credenciamentos de serviços de alta complexidade. O Plano de Desenvolvimento Integrado de Recursos Humanos criado em agosto de 1998 implantou o Programa de Gestão de Desempenho com o objetivo de integrar as políticas de recursos humanos no contexto do Projeto de Revitalização do HC, definindo juntamente com os trabalhadores o conjunto de ações necessárias para o alcance dos objetivos e metas de cada setor. Como estratégia de sistematização e operacionalização, constituiu o Programa de Capacitação de Pessoal, de Melhoria da Qualidade de Vida, de Movimentação e Acompanhamento Funcional e de Incentivo ao Desempenho Funcional. No caso da modernização administrativa, o HC implementou ações administrativas para aumento de receita e redução do consumo de materiais e serviços contratados, melhoria da produção e análise de informações além de estabelecer um plano de obras para adequar a estrutura ao desenvolvimento das atividades e à legislação sanitária (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 1999).

Como avanço importante no processo de democratização institucional, foi criado no I Seminário de Usuários do HC/UFMG em 29 de maio de 1999, o Conselho de Saúde como órgão de representação social, constituído por dezesseis usuários, oito representantes dos gestores e prestadores e por oito trabalhadores do HC (HOSPITAL



DAS CLÍNICAS, 1998a). O Conselho participa ativamente do processo político de definição das diretrizes da organização e do acompanhamento do trabalho desenvolvido a partir dos princípios colocados pelo Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, defende propostas de melhoria da qualidade baseadas na integralidade e resolutividade da assistência, realizando interlocuções sistemáticas com outros fóruns de participação popular através de uma inserção formal no Conselho Municipal de Saúde.

O período de 2000-2002 foi marcado pela implantação das primeiras Unidades Funcionais com assinatura dos Contratos de Gestão com a Diretoria do HC. Foram mantidas as grandes diretrizes da gestão anterior, ampliando o processo de descentralização administrativo-gerencial com implantação da descentralização orçamentária através da reformulação do sistema de custos e faturamento e intensificação das discussões sobre a constituição das UF assistenciais. Implementaram-se novas atividades na gestão de recursos humanos segundo as definições e prioridades estabelecidas pelo PLIDERH. De maneira geral, os processos de implantação das UF promoveram uma revisão dos processos de trabalho com melhor utilização da capacidade instalada de leitos, centro cirúrgico e consultórios, além de criar demandas de reorganização administrativa e de melhoria da qualidade das informações. Em 2000, os valores do FIDEPS foram pré-fixados de acordo com uma série histórica onde houve queda das internações do HC, reduzindo de forma importante o faturamento proveniente da produção hospitalar. Nesse sentido, a gestão 2000-2002 priorizou ações políticas junto ao gestor municipal no sentido de ampliar as receitas, apresentando uma proposta de oferta mais adequada à capacidade de produção do Hospital na perspectiva de assinatura do Convênio Global com o gestor do SUS/BH (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2000).

Na gestão 2002-2004 avançou-se no processo de democratização institucional com a elaboração coletiva no início de 2003 do Plano Diretor através da realização de oficinas de trabalho ampliadas com a participação de representantes dos funcionários técnico-administrativos, professores, médicos residentes, estudantes, Conselho de Saúde, unidades acadêmicas e Diretórios Acadêmicos da Medicina e Escola de Enfermagem. As linhas mestras aprovadas por consenso ampliaram as diretrizes institucionais, incluindo a aprovação do Regimento do HC em fase de discussão no Conselho

Administrativo, a obtenção da acreditação hospitalar através da Organização Nacional de Acreditação/Ministério da Saúde (ONA/MS), a consolidação do projeto de Humanização Hospitalar, a implementação de política de comunicação e de um plano de investimentos, o aprimoramento da relação com as unidades acadêmicas e o aperfeiçoamento do modelo institucional de desenvolvimento da pesquisa. O Plano Diretor estabeleceu estratégias de consolidação do modelo de unidades funcionais, priorizando a assinatura dos últimos contratos de gestão pendentes, além de propor um processo para avaliação detalhado da estrutura gerencial, colegiados internos, colegiado gestor, do Programa de Incentivo ao Desempenho e da sistemática de avaliação e negociação semestral dos indicadores e metas das UF. Destacou-se também a necessidade de aprimorar a captação de recursos financeiros através de outras fontes (especialmente emendas parlamentares) e de uma participação ativa da diretoria do HC nas gestões políticas feitas pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) junto aos Ministérios da Saúde e da Educação em defesa de uma política de financiamento adequada para os HU. O aperfeiçoamento do modelo assistencial foi considerado estratégico para o processo de negociação e de contratualização com o gestor municipal, recomendando a realização de discussões sobre as linhas de cuidado prioritárias e a inserção do HC no sistema municipal e metropolitano de saúde além de destacar a necessidade de uma maior integração dos fóruns de chefes de serviço, coordenadores médicos e gerentes das UF e representantes das unidades acadêmicas sob a coordenação da Diretoria Clínica para articular as questões do ensino e assistência. Definiram-se ainda como prioridade, a implantação do Colegiado da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão e uma reordenamento da relação do HC com a Faculdade de Medicina de acordo com as diretrizes do PROMED (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2003).

Como avanços da gestão 2002-2004, destaca-se uma ampliação significativa de serviços assistenciais na média e alta complexidade além da abertura de 28 leitos para retaguarda aos pacientes atendidos no Pronto Atendimento em parceria com o gestor municipal e de processos de reorganização dos setores componentes da linha de cuidado ao paciente cardiológico na instituição. Em 2002 foi feito o pagamento devido do Programa de Incentivo ao Desempenho referente ao alcance de metas das Unidades Funcionais com Contrato de Gestão assinado em 2001 e 2002. O projeto Telessaúde foi implantado em

2003 através de uma parceria do Laboratório de Computação Científica da UFMG, PRODABEL, HC, Faculdades de Medicina e Odontologia e Escola de Enfermagem com financiamento da Comunidade Européia e do Ministério da Saúde. Constitui-se em sistema de segunda opinião médica com discussões de casos e teleconferências *on line* além de consultas *off line* dos profissionais da rede para os especialistas do HC e das unidades acadêmicas envolvidas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2003).

No final de janeiro de 2004, o Conselho Universitário da UFMG transformou o Hospital das Clínicas em Unidade Especial<sup>17</sup> e aprovou o novo Regimento do HC. Como destaques, o Conselho Administrativo passa a ser denominado Conselho Diretor, presidido pelo Diretor Geral do Hospital das Clínicas. O modelo das Unidades Funcionais foi incorporado na estrutura orgânico-gerencial do HC através da inclusão de um representante do Colegiado Gestor no Conselho Diretor. Além disso, foi criada a Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem diretamente subordinada à Diretoria Técnica (Vice-Diretor Geral) como órgão responsável pela assistência de enfermagem prestada pelo Hospital das Clínicas assim como a Vice-Diretoria de Recursos Humanos subordinada à Diretoria Administrativa e responsável pelo planejamento e implementação de políticas de recursos humanos na instituição. O Regimento incluiu a Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) como órgão de planejamento e acompanhamento das atividades acadêmicas do HC constituída por um Colegiado e assessorada pela Comissão da Residência Médica, Comissão de Estágios, Câmara de Ensino da Graduação, Câmara de Ensino de Pós-Graduação, Câmara de Extensão e Câmara de Pesquisa. O Diretor da DEPE é docente da área da saúde da UFMG, eleito pelo Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução. O Regimento incluiu também a participação de um representante do Conselho Municipal de Saúde como membro efetivo do Conselho Diretor (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2004a).

---

<sup>17</sup> Segundo o Estatuto da UFMG, aprovado em 1999, a Universidade é composta por Unidades Acadêmicas e Unidades Especiais. A Unidade Especial é o estabelecimento de ensino que possui sede e estrutura administrativa próprias, *pode* realizar atividades de pesquisa e extensão, *mas não conduz* à concessão de diplomas de graduação ao contrário da Unidade Acadêmica que realiza atividades de pesquisa e extensão e oferece curso superior que resulta na concessão de diploma de graduação (UFMG, 1999).

No final do primeiro semestre de 2004 foi realizado o IV Seminário do HC para avaliação e reformulação dos projetos institucionais prioritários discutidos anteriormente em seminários e oficinas preparatórias, totalizando oito eventos com cerca de oitocentas pessoas, entre funcionários técnico-administrativos, docentes, discentes e membros dos Conselhos de Saúde. É importante ressaltar algumas propostas, relacionando-as ao evento de origem.

Nesse sentido, o Seminário de Ensino do HC realizado em maio de 2003 destacou que as políticas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação apontavam para uma diferenciação dos hospitais universitários no SUS como pólos de prestação de assistência qualificada e referenciada para os usuários da rede, educação permanente, desenvolvimento de pesquisas relevantes para o país, definição e avaliação de procedimentos e de incorporação tecnológica. Propôs o desenvolvimento de estratégias para melhorar a comunicação e integração entre os profissionais, equipes, professores e estudantes além de reforçar a necessidade de um envolvimento das unidades acadêmicas com o cotidiano institucional e de definir ações para manutenção da assistência ambulatorial durante todos os meses do ano, independentemente do calendário escolar (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2004b).

A Oficina do Modelo Assistencial e de Ensino do HC realizada em maio de 2004 salientou a importância da atuação da DEPE e das unidades acadêmicas para reestruturação do ensino e da assistência segundo um modelo multidisciplinar e multiprofissional. Considerando o perfil tecnológico de média e alta complexidade dos HU e suas conseqüências para o ensino da graduação baseado em currículos generalistas, a Oficina propôs uma reorientação do modelo pedagógico a partir do compromisso com a atenção integral do paciente, cuja necessidade define o perfil tecnológico dos serviços e ações de saúde a serem utilizados, devendo o aluno percorrer os diversos níveis das linhas de cuidado. Destacou também a importância do processo de contratualização com o gestor municipal manter atividades assistenciais específicas e necessárias para o processo de graduação e pós-graduação na área da saúde. Foram realizadas Oficinas de Humanização, Gestão pela Qualidade/Acreditação Hospitalar, Gestão Financeira, Informação e Comunicação além de um Seminário de Unidades Funcionais. Dentre as propostas aprovadas, vale destacar a busca da qualidade na assistência, ensino e processos de trabalho como eixo central do Programa de

Humanização e necessidade de envolver os docentes e alunos nas ações de projetos desenvolvidos no HC, incluindo participação nas discussões da gestão administrativo-financeira. Nesse sentido, foi destacada em diversas oportunidades a importância da inserção efetiva dos professores e estudantes nos colegiados internos das Unidades Funcionais (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2004b).

O Plano Diretor da gestão 2004-2006 adotou as mesmas linhas mestras da gestão anterior, avaliando o desenvolvimento das ações propostas e estabelecendo novas estratégias para resolução das dificuldades e produção de avanços. Incluiu a implantação do sistema de proteção profissional e institucional principalmente através de uma assistência jurídica aos profissionais da área da saúde que atuam no HC e o aprimoramento da segurança patrimonial do HC mediante uma definição de fluxos e rotinas para a guarda, disponibilização, uso e armazenamento dos bens móveis e imóveis nos almoxarifados e unidades de internação, implantação de mecanismos de controle de acesso em locais estratégicos com grande concentração de equipamentos e materiais além de propor ações para sensibilizar a comunidade para preservação dos bens públicos. Em 2005, foram feitos os pagamentos do Programa de Incentivo ao Desempenho referentes ao alcance de metas das Unidades Funcionais avaliadas semestralmente no ano de 2003 e de 2004 e revistos os indicadores de ensino, pesquisa e extensão, priorizando-se uma avaliação da importância e utilização do HC para a formação acadêmica. Nesse sentido, os novos indicadores avaliam as disciplinas, estágios e projetos realizados no âmbito de cada UF, a inserção dos docentes e o envolvimento do corpo técnico-administrativo com as atividades de ensino e pesquisa, valorizando também a elaboração de protocolos, manuais e participação em eventos externos (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2005a).

De forma progressiva, o HC ampliou sua inserção no Sistema Único de Saúde com participação crescente no processo de produção do cuidado além do desenvolvimento de novas atividades no campo da formação e qualificação de recursos humanos, funcionando como um “braço regulador” da Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSA) em áreas específicas demandadas pelo gestor como o Ambulatório de Regulação dos Procedimentos Cardiovasculares de Alta Complexidade criado em 2003. Como resultado desse processo, o HC é hoje um parceiro diferenciado do gestor

municipal, exercendo papéis fundamentais no Sistema Único de Saúde, inclusive em situações de crise, ampliando leitos e aumentando a oferta de serviços ambulatoriais.

Em dezembro de 2004 após um longo processo de negociação, foram definidos os termos de compromisso do Hospital das Clínicas com o gestor do SUS/BH segundo as diretrizes nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, responsabilizando o HC pelo desenvolvimento de serviços e ações de natureza assistencial, de apoio à formação de recursos humanos, educação permanente e pesquisa para atenção integral à saúde da população local e transmissão e produção de conhecimento no Sistema Único de Saúde.

Como instrumentos legais e documentos de referência, o Termo de Compromisso adotou as Portarias Interministeriais MEC/MS números 1000 e 1005 que definiram as condições e critérios para a Certificação dos Hospitais de Ensino; Portaria Interministerial MEC/MS número 1006 que criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde, destacando a definição de perfil e de indicadores assistenciais, na pesquisa, desenvolvimento e avaliação de tecnologias em saúde e na gestão hospitalar segundo necessidades da rede. A definição dos recursos financeiros para a contratualização foi feita através da Portaria do Ministério da Saúde número 1703 que estabeleceu pagamento pré-fixado para procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade segundo série histórica, incorporação de incentivos diversos, criação de remuneração variável a partir do cumprimento de metas negociadas com o gestor e contemplando projetos nacionais prioritários e pagamento por produção para a alta complexidade.

Após a certificação do Hospital das Clínicas como hospital de ensino segundo a portaria interministerial número 1000 dos Ministérios da Saúde e da Educação, em janeiro de 2005, foi celebrado o Convênio Global adotando os termos de compromissos previamente negociados. De forma geral, as grandes alterações propostas pela contratualização relacionaram-se aos ambulatórios do HC, especialmente quanto aos fluxos de acesso e ao processo de referência e contra-referência dos pacientes de Belo Horizonte e de outros municípios para serviços de saúde da rede, desencadeando discussões nos diversos fóruns colegiados do HC e estratégias de reorganização. Na verdade, enfrenta-se cotidianamente o desafio de promover a universalidade de acesso e

integralidade do cuidado no contexto de uma estrutura que apresenta limitações tanto em termos de área física e equipamentos como de recursos humanos. Além disso, verifica-se resistência de pacientes e dos profissionais médicos de implementar a contra-referência em virtude do vínculo estabelecido e da insuficiência dos sistemas locais de saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG & SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2004).

Com relação ao atendimento hospitalar, o Convênio Global destacou a inserção do HC no sistema de urgência e emergência da cidade constituindo-se como referência para a média e alta complexidade clínico-cirúrgica não traumatológica através do funcionamento ininterrupto do Pronto Atendimento, do acolhimento de gestantes e do Ambulatório de Urgências Oftalmológicas. Valorizou a implementação do Programa de Humanização, a modernização administrativa, o controle social e a gestão participativa. Redefiniu os fluxos de regulação para as cirurgias eletivas, organizando filas únicas e demandando novas consultas ambulatoriais para ratificação da indicação e avaliação de risco cirúrgico além de estabelecer tetos financeiros para a alta complexidade (HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG, 2005b).

A avaliação do Convênio Global após um ano de sua assinatura demonstrou um aumento significativo das primeiras consultas médicas das especialidades gerais assim como um reordenamento progressivo dos agendamentos via Central de Marcação do SUS BH. De maneira gradativa, observou-se um aumento dos retornos em relação às primeiras consultas possivelmente associado ao incremento da oferta de primeiras consultas para as centrais de regulação da SMSA tanto nas especialidades clínicas quanto nas cirurgias eletivas. Como principal limitante para o cumprimento das metas ambulatoriais, verificam-se ainda dificuldades para implementação do processo de contra-referência, especialmente o estabelecimento conjunto com a SMSA de protocolos assistenciais que definam os perfis clínicos para acompanhamento de usuários nos ambulatórios do HC e o desenvolvimento de estratégias mútuas capazes de vincular os pacientes contra-referenciados para a rede municipal nos Centros de Saúde, garantindo-se o acesso e a assistência adequada. De forma associada, ocorrem também dificuldades operacionais de encaminhamento da clientela ambulatorial de outros municípios com redes de serviços insuficientes para a cobertura necessária, resultando em limitações reais das indicações de alta e referenciamento dos usuários para os

municípios de origem. Apesar de tais questões remeterem a processos históricos relacionados tanto a um quantitativo imenso de pacientes vinculados cronicamente aos ambulatórios do Hospital das Clínicas quanto a uma organização bastante heterogênea das redes municipais de serviços de saúde, os avanços existentes na reestruturação ambulatorial do HC são notáveis com democratização do acesso e aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação. O desafio atual é aperfeiçoar o processo de reformulação em desenvolvimento, intensificando as estratégias conjuntas de institucionalização da contra-referência e de melhor monitoramento dos fluxos interinstitucionais estabelecidos, implantando-se medidas para as adequações que se fizerem necessárias (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2005b; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2006; CARMO, 2006).

É importante destacar que a política institucional adotada pelo HC, especialmente na gestão 2004-2006, seguiu a priorização definida no Convênio Global celebrado com a SMSA, conferindo direcionalidade ao modelo de gestão desenvolvido tanto na revisão dos processos de trabalho como na elaboração de novos projetos para captação de recursos financeiros junto às instâncias financiadoras. Tal direcionalidade exigiu do HC - direção, corpo clínico e técnico-administrativo – grandes investimentos nos campos político-gerencial, organizativo e financeiro com processos contínuos de negociação interna, ampliação de atividades, otimização da estrutura existente e reorganização de processos de trabalho, trazendo repercussões significativas no modelo assistencial e na relação com as unidades acadêmicas das Ciências da Saúde. Como perspectiva, destaca-se a necessidade de um aperfeiçoamento e ampliação de estratégias voltadas para as interfaces entre as atividades de formação de recursos humanos, produção de conhecimento e produção do cuidado (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2006).

No cenário interno, a gestão 2004-2006 finalizou as assinaturas dos Contratos de Gestão pendentes, consolidando o projeto de Unidades Funcionais. Além disso, aprovou no Conselho Diretor a versão final do documento “Modelo de Gestão Descentralizada do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – Unidades Funcionais” a partir de um processo de revisão detalhada do papel e responsabilidades dos fóruns colegiados, das funções gratificadas e atribuições da estrutura gerencial e do Programa de Incentivo ao Desempenho. Iniciou também o processo de avaliação dos gerentes das UF através de entrevistas com a direção do HC (diretorias, assessoria de planejamento,



UF de Recursos Humanos), redefinindo prioridades para o exercício gerencial. A partir da reformulação de processos de trabalhos com redefinição de fluxos, estabelecimento de rotinas, padronização de novos materiais médico-hospitalares, ampliação do parque tecnológico e realização de obras e reformas houve melhora significativa das condições para desenvolvimento das atividades docente-assistenciais.

Nesse sentido, observou-se um aprimoramento dos projetos institucionais com ampliação do horário de visitas – passou de uma hora/dia para o período de 10 às 20 horas –, implantação do Programa “Hospital Amigo da Criança” com realização de eventos de sensibilização e capacitação para a comunidade hospitalar, diversificação do Projeto Telessaúde e criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia. Realizou-se revisão dos contratos de Profissionais Autônomos com redimensionamento do corpo clínico para o desenvolvimento das atividades assistenciais e implementou-se o projeto de extensão “Inserção dos Docentes da UFMG na Assistência à Saúde da População” com pagamento da atividade assistencial para os professores da Faculdade de Medicina. Obteve-se o credenciamento do HC como Centro de Referência em Cardiologia, Alta Complexidade em Nefrologia e para realização de Transplante Autólogo de Medula Óssea e Transplante Cardíaco. Na área de ensino e pesquisa, houve a implantação do projeto ELSA de Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto em parceria com a Faculdade de Medicina, o credenciamento do Centro de Pesquisa Clínica do HC além da realização do Curso de Especialização de Controle em Infecção Hospitalar e de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Resíduos em Saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2006).

Ao se analisar a evolução do Hospital das Clínicas no período de 1998 a 2005, observa-se uma melhora significativa de todos os indicadores tradicionais do desempenho hospitalar, destacando-se o aumento da taxa de ocupação, estabilização da média de permanência em torno de 5,5 dias, crescimento progressivo de leitos e do número de internações. É importante destacar que além do incremento considerável do número de partos realizados no HC especialmente a partir de 2000, verificou-se também uma acentuada redução do número de cesarianas em relação aos partos normais, possivelmente resultante da implantação do acolhimento ininterrupto de gestantes através do Pronto Atendimento e de uma reformulação de protocolos de assistência

obstétrica com revisão de critérios técnicos e reordenamento de rotinas e de fluxos de atendimento (**Tabela 1**).

Tabela 1- Evolução da assistência segundo alguns indicadores, HC, 1998-2005

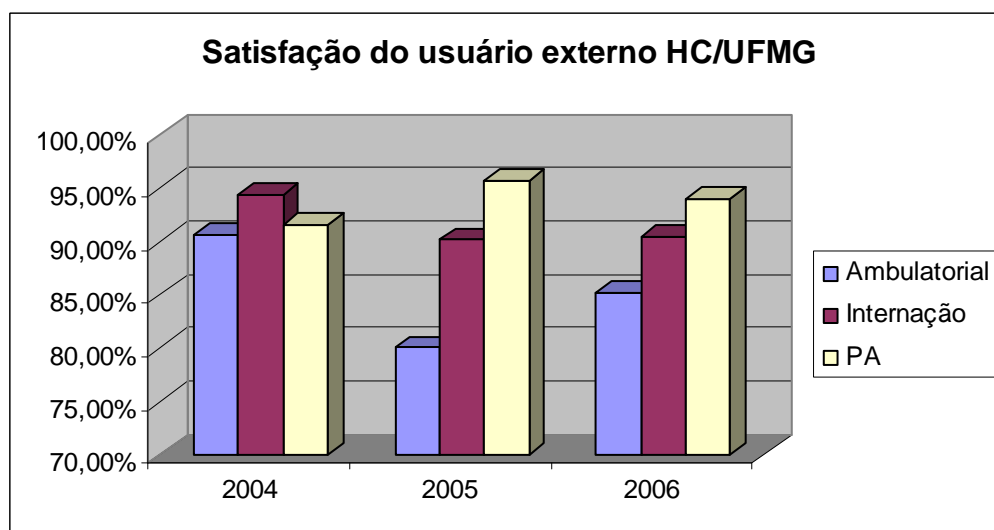
<b>Indicador</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Taxa de ocupação	74,9	78,3	79,9	79,3	80,1	80,1	81,3	80,3
Média de permanência	6,1	5,9	5,6	5,5	6,4	5,1	5,5	6,0
Nº de leitos (*)	346	326	333	332	345	359	381	397
Nº de internações	12471	13712	16244	15583	17750	18212	19846	18806
Nº de partos normais	1034	1017	1857	1982	1861	1996	1678	2060
Nº de partos cesáreos	791	972	1189	1232	1128	1177	1047	1185
Nº total de partos	1825	1989	3046	3214	2989	3173	2725	3245
Cesarianas/normais	0,76	0,96	0,64	0,62	0,61	0,59	0,62	0,58

Fonte: Assessoria de Planejamento/HC

(\*) Não foram considerados os leitos do PA

Desde a implantação do projeto de Unidades Funcionais, o Hospital das Clínicas discute o desenvolvimento de uma metodologia para avaliar a satisfação de usuários do ambulatório, enfermarias e Pronto Atendimento, construindo instrumentos de pesquisa. Inicialmente, os questionários abordaram pontos específicos de cada Unidade Funcional, sendo padronizados em instrumento único a partir de 2004. Os resultados obtidos apontam um maior grau de insatisfação dos pacientes com o ambulatório possivelmente relacionado às condições deficientes da área física, tempo de espera para marcação e realização das consultas. Por outro lado, apesar da superlotação freqüente e existência de inadequações na área física, chama atenção a importância que o PA possui para a clientela, vinculada provavelmente à qualidade da assistência prestada. No caso das unidades de internação, as principais limitações relacionaram-se à hotelaria e ao horário de visitas, ampliado a partir de 2006 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1- Satisfação de Usuário por setor de atendimento, HC, 2004 a 2006



De forma associada à ampliação das atividades assistenciais realizadas, nota-se um significativo avanço no desenvolvimento do ensino e pesquisa no HC através da configuração de novos campos de estágio da graduação e de produção do conhecimento técnico-científico. Nesse sentido, observa-se um crescimento importante na inserção de alunos de diversas unidades acadêmicas da área da saúde assim como uma elevação importante do número de residências médicas, especializações, mestrados e doutorados (**Tabela 2**).

Tabela 2- Evolução do ensino/pesquisa segundo alguns indicadores, HC, 1999 a 2005

Indicador	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alunos de Graduação	2606	2657	2717	3121	3114	3070	3162
Especialização	715	584	583	562	578	631	671
Mestrado	369	160	313	162	278	440	617
Doutorado	152	158	192	180	258	340	368
Residência Médica (*)			245	266	266	254	283

Fonte: Assessoria de Planejamento/HC (\*) Por semestre

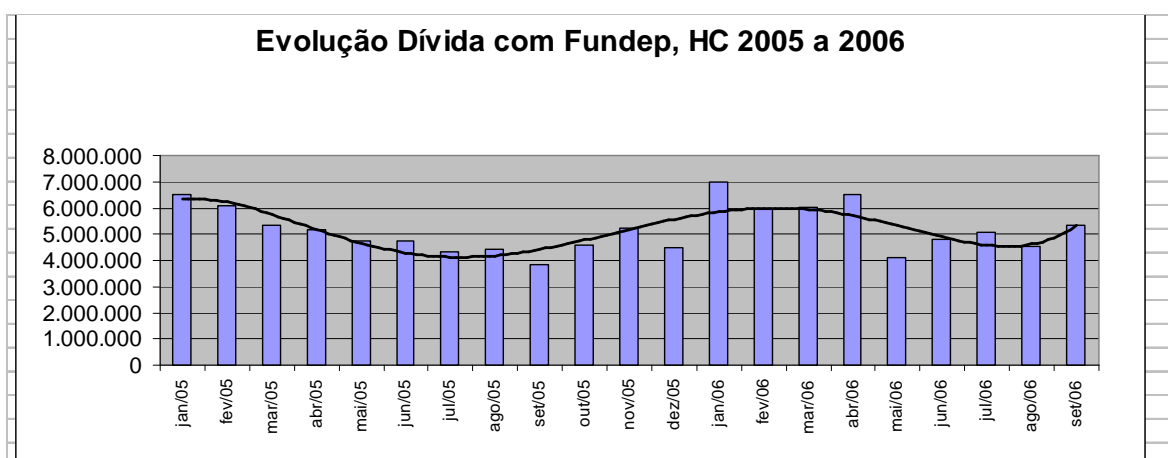
A partir de 1998, as gestões do Hospital das Clínicas da UFMG foram marcadas por duas grandes diretrizes, que já germinavam anteriormente. De um lado, o desenvolvimento de um processo de reformulação interna caracterizada por diretrizes e

estratégias que se apresentaram primeiro no campo gerencial, descentralizando a gestão e democratizando a instituição. Entretanto, a constituição dos fóruns colegiados, a revisão dos processos de trabalho, a constatação de uma grande dependência entre os diversos setores além do aparecimento de ruídos indicativos da tensão existente entre as diferentes racionalidades ordenadoras do funcionamento da instituição provocaram a emergência de outras questões no campo da produção da assistência e do ensino e expressas a partir do posicionamento dos diversos segmentos com relação à proposta de mudança institucional. Por outro lado, a construção progressiva e irreversível de uma nova inserção do Hospital das Clínicas no Sistema Único de Saúde amparada, inclusive, por diretrizes políticas nacionais, resultou num novo perfil de hospital caracterizado por um crescimento em tamanho e complexidade tanto de processos quanto de produtos.

De forma marcante, tais diretrizes aconteceram de maneira simultânea e associada, potencializando-se mutuamente. Como questão relevante, observou-se gradativamente que a implementação das diretrizes promoveu um crescimento significativo de serviços assistenciais e de incorporação tecnológica no HC tendo como referência um cenário nacional permeado de crises financeiras dos hospitais universitários federais com redução das atividades desenvolvidas. Nesse sentido, a análise da evolução das despesas e receitas do HC da UFMG demonstra a existência de um contexto institucional caracterizado por crises cíclicas relacionadas principalmente às formas de repasse sazonal de recursos financeiros dos convênios com o Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, influenciadas também por uma flutuação regular da produção e conseqüentemente das despesas e do faturamento.

Nesse sentido, o HC da UFMG mantém uma dívida com a Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa (FUNDEP) relacionada principalmente ao pagamento da folha de pessoal celetista administrada ao longo do ano (Gráfico 2). Entretanto, tal dívida apresenta valores menores em comparação a outros HU de porte semelhante e também majoritariamente dependentes das receitas geradas pela prestação de serviços ao SUS, possibilitando não só a manutenção do funcionamento global da instituição como a ampliação de serviços e o reconhecimento nacional de competência administrativa, servindo como referência para a discussão de modelos gerenciais.

Gráfico 2- Evolução da Dívida Geral do HC, 2004 a 2006



Internamente, o projeto de Unidades Funcionais adquiriu relevância progressiva no contexto institucional, mobilizando discussões, explicitando conflitos, provocando posicionamentos e desnudando resistências e omissões. Como analisador organizacional, o projeto de UF possibilitou uma publicização do cotidiano, do entrelaçamento entre o mundo das regras e normas e o mundo das transgressões e dos acordos informais, dos diferentes interesses e valores que condicionam a inserção e as práticas dos diversos atores.

Nessa perspectiva, provocou rupturas no arranjo instituído, criou espaços coletivos incorporando e valorizando a participação de segmentos historicamente marginalizados, conferiu direcionalidade cobrando responsabilização e compromissos. No processo de democratização do HC, o projeto abriu novos canais de conversação e de reflexão, desnudando um campo precioso para a compreensão do funcionamento institucional, trazendo à tona questões afeitas aos poderes instituídos e instituintes, descortinando cenários de múltiplos atores em polifonia e protagonistas de diversos projetos, representando facções nem sempre afinadas e condizentes com os propósitos e objetivos organizacionais.

Tais atores por processos políticos, administrativos, técnicos e operacionais intervêm sobre a realidade, direcionando-a a partir de suas implicações - concepções ideológicas, corporativas e afetivas – do seu fazer militante (MERHY, 2003). Portadores também de

história, de cultura memorialística dos processos de um passado remoto onde os conceitos sobre a saúde-doença e os atos de assistir e ensinar estavam assentados num modelo dicotômico, sustentado pelos preceitos de uma cientificidade aparentemente neutra, onde sujeito e objeto não se misturavam, não se (con)fundiam, onde o “assistente-docente” só se pronunciava como produtor e transmissor de conhecimento. Estes mesmos protagonistas da realidade organizacional são também portadores de futuros, cujas imagens-objeto mais ou menos evidenciáveis se apresentam muitas vezes como linhas de fuga de um referencial conservador, onde é possível se anunciar o novo. E os futuros, assim concorrentes ou coincidentes, influenciados pelo contexto histórico, político, técnico e social vão formatando novos arranjos, novas questões, novos valores produzidos também pela nova inserção do HC no SUS.

Entretanto, mesmo que modificada, a realidade institucional mantém ainda elementos conservadores que se expressam nos processos produtivos do cuidado e do ensino e nas relações de poderes-saberes estabelecidas entre os diversos agentes. A democratização provocada pelas Unidades Funcionais necessita ser radicalizada no sentido de legitimar os fóruns coletivos como espaços de comunicação no sentido que Habermas lhe conferiu, produzindo entendimentos e compromissos de ação.

## **CAPÍTULO 5 – A UNIDADE FUNCIONAL PEDIATRIA COMO ANALISTA DO PROJETO INSTITUCIONAL**

Como objeto privilegiado deste estudo, a Unidade Funcional Pediatria será abordada através de análise documental e do conteúdo proveniente das entrevistas semi-estruturadas com docentes e ocupantes de funções de gerência e de coordenação médica existentes na estrutura gerencial. A partir de um diálogo entre o marco teórico, o resgate histórico da origem e evolução da Faculdade de Medicina, do Departamento de Pediatria, do Hospital das Clínicas e do processo geral de implantação das Unidades Funcionais pretendo discutir a dinâmica de constituição, organização e funcionamento

da UF Pediatria, priorizando uma análise do discurso e da movimentação dos diversos agentes envolvidos.

Nesse sentido, busco verificar a incorporação dos novos valores defendidos pelo projeto, investigando as mudanças conceituais e organizacionais produzidas a partir da fala de atores considerados estratégicos e da evolução de alguns indicadores gerais e específicos. Entretanto, reafirmo que tal análise está amparada principalmente na observação do processo. Um processo lento, complexo, em permanente construção.

### ***5.1- ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL PEDIATRIA***

A proposta de constituição da Unidade Funcional Pediatria adotou os princípios gerais estabelecidos pelo projeto, agregando as unidades assistenciais do ambulatório e da internação de forma a construir a linha de cuidado infantil. Nesse sentido, aglutinou o Ambulatório São Vicente, as enfermarias do 6º leste e 6º sul (totalizando 60 leitos) e o CTI Pediátrico além de incluir as especialidades pediátricas localizadas nos prédios dos Ambulatórios Bias Fortes e Borges da Costa<sup>18</sup>. Foram realizadas diversas reuniões com o coletivo das unidades da Pediatria para apresentação do projeto e aprovação da proposta de constituição da UF. Em 2000, o processo de implantação foi efetivamente iniciado com a participação de três representantes da Pediatria no curso de capacitação gerencial, escolhidos pelo segmento dos técnico-administrativos e pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, encarregados de desencadear o processo de planejamento participativo no âmbito dos setores componentes da UF. Discutiram a missão, priorizaram problemas, elegendo os nós críticos e construíram propostas de enfrentamento. Contaram com o apoio da Assessoria de Planejamento (ASPLAN) e em fevereiro de 2001, após uma consolidação das propostas e de eleição dos representantes dos técnico-administrativos, docentes e médicos residentes, foi implantado oficialmente o Colegiado Interno da Unidade Funcional.

---

<sup>18</sup> Os Ambulatórios Bias Fortes e Borges da Costa constituem do ponto de vista administrativo outra Unidade Funcional. Estão organizados como um grande condomínio administrado segundo uma lógica única por uma estrutura gerencial própria em co-gestão com os gerentes das UF assistenciais que realizam atendimentos no espaço físico destes Ambulatórios.

Constituído como fórum coletivo de planejamento e gestão, o Colegiado Interno representa a principal modificação do processo decisório no nível local, imprimindo uma nova racionalidade através da produção de acordos e consensos sobre a missão, os objetivos e projetos prioritários da UF de forma coerente com as diretrizes institucionais. Como resultado de um processo negociado entre diferentes agentes, escolhidos de maneira democrática pelos seus pares, o Colegiado Interno trabalha com as diferentes lógicas existentes no âmbito da organização – burocrática, profissional e adocrática – coordenando-as e articulando-as através do agir comunicativo em torno de propósitos comuns. O Plano de Ação resultante, constituído pelos módulos de operações, ações e de seu acompanhamento através de indicadores e metas, demonstra o grau de adesão e de entendimento possível entre os diferentes segmentos, agregados através de valores que extrapolam os interesses pessoais e corporativos.

Nessa perspectiva, o processo desenvolvido na Unidade Funcional Pediatria demonstra uma coerência com os princípios colocados tendo em vista a inclusão de todos os atores importantes no processo de planejamento e de definição das prioridades locais. Em fevereiro de 2001 foi constituída a estrutura gerencial com eleição do gerente pelo Colegiado Interno e indicação dos membros da coordenação administrativa e de enfermagem feita de forma ampliada pelos pares. Como coordenadora médica foi indicada uma docente através do Departamento de Pediatria, sendo mantido também o Chefe do Serviço já existente. A estrutura gerencial ficou constituída pelo gerente, coordenação médica, sub-coordenação médica do CTI, coordenação de enfermagem, sub-coordenação de enfermagem do CTI, coordenação administrativa da enfermaria e do CTI e coordenação administrativa do Ambulatório São Vicente (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2002).

Em abril de 2002, foi assinado o Contrato de Gestão da Unidade Funcional com a diretoria do HC, consolidando os resultados do processo de planejamento coletivo através da formalização da missão, objetivos, atividades, produtos e serviços e das metas dos indicadores gerais e específicos negociadas previamente com a Direção do Hospital das Clínicas. Nesse sentido, a UF Pediatria definiu como objetivo geral contribuir para o cumprimento dos compromissos sociais do Hospital no campo da assistência, ensino, pesquisa e extensão, tendo como missão específica prestar assistência integral e humanizada nos diferentes níveis de atenção à saúde, permitindo o



bem-estar, crescimento e desenvolvimento da criança, do adolescente e da família em consonância com a missão do HC/UFMG. Como produtos e serviços, a UF relacionou as responsabilidades gerais de cada categoria profissional no processo de produção da assistência à criança e ao adolescente (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2002).

Os indicadores de desempenho contemplaram os indicadores gerais definidos pela direção do HC, incluindo a manutenção dos baixos índices de absenteísmo, manutenção da satisfação de usuários no Ambulatório São Vicente (ASV) e enfermaria do 6º leste e do 6º sul em percentuais superiores a 95%, melhora da relação faturamento/custo, aumento das taxas de ocupação e redução das médias de permanência das enfermarias e do CTI Pediátrico, melhoria da produção de consultas ambulatoriais e desenvolvimento sistemático de atividades de ensino e pesquisa (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2002).

Como indicadores específicos o Colegiado Interno definiu a realização de reunião com todos os profissionais da equipe multiprofissional da UF para discussão de casos clínicos e de temas pertinentes à dinâmica de funcionamento da Unidade, redução de taxa de mortalidade e de Infecção Hospitalar no CTI Pediátrico, elaboração de protocolos médicos e de enfermagem, vigilância de procedimentos (nutrição parenteral acima de três semanas e ocorrência de escaras) de medicamentos sentinelas (cefalosporina de 4ª geração, anfotericina lipossomal, gamaglobulina venosa, interferon, ciprofloxacina venosa) e a redução do prazo para entrega dos prontuários para faturamento (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2002).

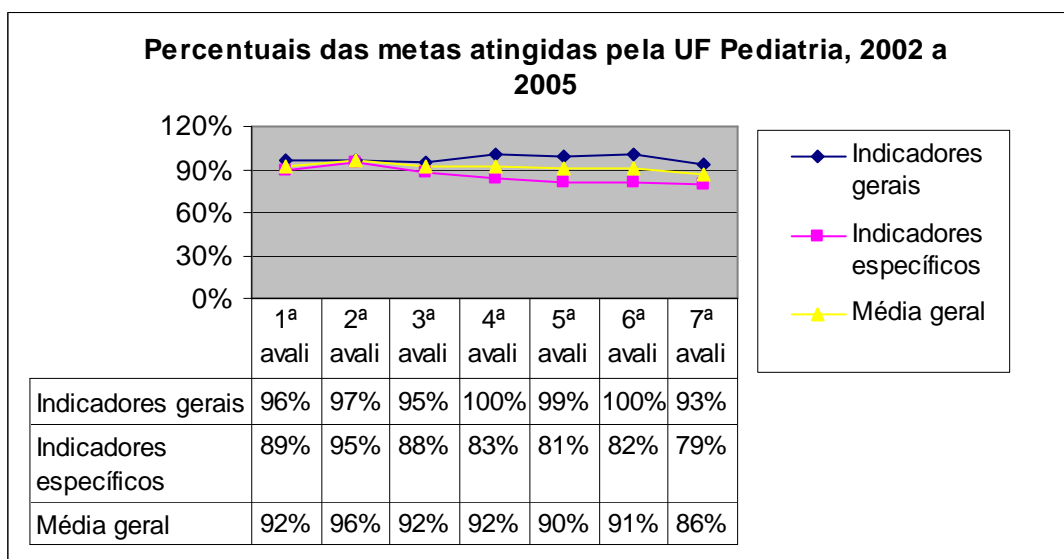
Os indicadores foram selecionados após a elaboração do Plano de Ação e se relacionaram principalmente às questões prioritárias discutidas a partir do levantamento, descrição e explicação dos problemas da Unidade Funcional para o cumprimento da sua missão e desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, os indicadores gerais privilegiaram aspectos gerenciais especialmente vinculados a uma melhor organização e funcionamento da UF com racionalização no uso dos recursos existentes e otimização da capacidade instalada. Entretanto, valorizaram também aspectos qualitativos, incluindo indicadores relacionados à qualidade da assistência prestada no CTI, abordando processo e resultados. Dessa forma, a planilha de desempenho da Unidade Funcional Pediatria construída no Contrato de Gestão com a Diretoria do HC contemplou os princípios orientadores do projeto no sentido de eleger indicadores

capazes de abordar os nós críticos e de provocar revisão dos processos de trabalho, envolvendo e responsabilizando os diversos atores com temas da gestão cotidiana e com a construção de um Plano de Ação agregador (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2002).

Nessa perspectiva, a primeira avaliação de desempenho da UF Pediatria demonstrou avanços importantes decorrentes de uma reformulação dos processos de trabalho com reorganização de fluxos e rotinas e participação de segmentos profissionais historicamente distantes das discussões e definições sobre o funcionamento dos setores, destacando-se, especialmente, a atuação da Coordenadora Médica e do Sub-coordenador Médico do CTI junto à equipe médica da Unidade e no Colegiado Interno. Além disso, a reestruturação dos processos técnico-administrativos valorizou o trabalho da área burocrática e permitiu a inclusão de outras categorias profissionais no processo. Como resultado, a Unidade Funcional Pediatria obteve 96% de alcance dos indicadores gerais e 89% dos específicos, perfazendo uma média de 92% do cumprimento das metas.

Após a assinatura do Contrato de Gestão foram feitas avaliações de desempenho semestral com revisão e negociações de novas metas e indicadores, formatando-se Termos Aditivos ao Contrato. De maneira geral, a UF Pediatria apresentou cumprimento médio de metas gerais e específicas acima de 90%, observando-se, entretanto, percentuais mais baixos para os indicadores específicos relacionados às mudanças mais complexas de processos de trabalho multiprofissionais (**Gráfico 1**).

Gráfico 1- Cumprimento de metas de desempenho semestral, UF Pediatria, 2002 a 2005



Nesse sentido, apesar da análise evolutiva de alguns indicadores gerais e específicos evidenciar uma queda nos valores obtidos, as metas estabelecidas semestralmente foram cumpridas com exceção da elaboração de protocolos nos últimos semestres e da realização de reuniões multiprofissionais no segundo semestre de 2002 e primeiro semestre de 2003 (**Tabela 1**).

Tabela 1- Evolução dos Indicadores da UF Pediatria do HC da UFMG, 2002 a 2005

<b>Indicador Geral</b>	<b>1º Sem/02</b>	<b>2º Sem/02</b>	<b>1º Sem/03</b>	<b>2º Sem/03</b>	<b>1º Sem/04</b>	<b>2º Sem/04</b>	<b>1º Sem/05</b>
Absenteísmo	1,29	2,20	0,95	0,50	0,76	0,76	0,95
Relação faturamento/custo	0,34	0,57	0,43	0,70	0,98	0,82	0,88
Satisfação de usuários ASV (%)	87	94	92	88	92	NP	NP
Satisfação de usuários Enfermaria (%)	97	97	98	96	94	NP	NP
Satisfação de usuários CTI	NP			98	98	NP	NP
Taxa de Ocupação CTI (%)	100	100	97	95	93	93	83
Taxa de Ocupação 6º Sul (%)	91	76	80	100	80	90	82
Taxa de Ocupação 6º Leste (%)	93	82	87	100	90	80	82
Média de Permanência CTI (dias)	10	11	11	9	8	8	9
Média de Permanência 6º Sul Dias)	6	5	5	5	5	5	6
Média de Permanência 6º Leste (dias)	11	13	12	12	12	12	15
Taxa de Mortalidade no CTI (%)	11	11	13	14	15	15	15
Taxa de Infecção Hosp no CTI (%)	26	45			29	20	12
Reunião de Equipe Multiprofissional	3	5	8	2	2	11	9
Elaboração de Protocolos	5	4	3	1	1	1	1

Fonte: UF Pediatria NP – não pesquisado

A meta de Taxa de Mortalidade no CTI foi de 15% e a de Infecção no CTI de 29,72%.

A redução do cumprimento das metas observadas no último período analisado ocorreu em função de uma queda na taxa de ocupação e aumento da média de permanência do 6º sul que ficaram abaixo de 90% (82%) e acima de 5 dias (6), respectivamente. Ocorreu também uma utilização aumentada da Anfotericina poliribossomal que ficou acima de 3% (4,86%) e um crescimento do número de prontuários encaminhados para faturamento fora do prazo definido de três dias úteis após a alta.

De forma geral, as informações apresentadas demonstram avanços significativos decorrentes do processo de implantação e consolidação da Unidade Funcional Pediatria, considerada no âmbito institucional como uma unidade exemplar, tanto em termos de organização e articulação internas como de resultados obtidos. Além disso, é importante destacar a existência de interlocuções ocasionais com o Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina, especialmente vinculadas aos processos de organização e funcionamento dos ambulatórios de especialidades, majoritariamente ocupados por docentes.

Entretanto, a análise das planilhas de desempenho evidencia a necessidade de uma revisão dos indicadores gerais e específicos bem como de suas metas e processos de trabalho relacionados no sentido de se discutir coletivamente as prioridades da UF Pediatria, considerando sua dinâmica atual e sua inserção no contexto da instituição.

## ***5.2- UMA ABORDAGEM DA UF PEDIATRIA A PARTIR DO DISCURSO DE ATORES ESTRATÉGICOS***

A análise documental propiciou uma reconstituição histórica da origem e evolução do Hospital das Clínicas e suas relações com a Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina e Sistema Único de Saúde. O processo de mudança organizacional do HC implementado de forma sistemática a partir de 1998, caracterizou-se por uma reformulação significativa do tamanho, complexidade e dinâmica de funcionamento institucionais. Internamente, manifestou-se num novo desenho estrutural com a implantação e consolidação das Unidades Funcionais e

externamente redimensionou a inserção do Hospital das Clínicas no Sistema Único de Saúde, além de ampliar sua participação política nas instâncias universitárias, legitimada a partir da identidade de Unidade Especial. Nesse sentido, diversos elementos analisados comprovam a existência das modificações e asseguram uma coerência com os princípios orientadores das propostas implementadas.

Entretanto, os processos sociais são compreendidos a partir do significado que as pessoas atribuem aos fenômenos. Segundo MINAYO (2000), a Sociologia Compreensiva possui como objetivo central investigar e analisar a dinâmica das relações sociais como depositárias de valores, crenças, atitudes e hábitos através da abordagem dos sentidos que os diversos atores trazem nas suas vivências, experiências e cotidianidade. Nessa perspectiva, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis. TURATO (2005) defende que as significações dos fenômenos são estruturantes, possuindo um papel organizador para os seres humanos, capaz de dar molde à vida e à posição das pessoas.

Dessa forma, diante da insuficiência da análise documental baseada na coleta de dados de fontes secundárias, foram realizadas cinco entrevistas com atores institucionais estratégicos para uma análise compreensiva do processo de mudança do HC a partir da posição sócio-histórica e da atribuição de significados que tais agentes atribuem a esse fato social. Nesse sentido, a posição sócio-histórica foi construída de acordo com o histórico da inserção do sujeito na UFMG e no HC e as significações foram analisadas pelas manifestações expressas no processo interativo das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas através de roteiro semi-estruturado constituído por questões referentes a temas de interesse comum e por outras específicas vinculadas à posição sócio-histórica dos entrevistados (**Quadro 1 e Quadro 2**). Todas as entrevistas foram marcadas com antecedência e gravadas com a concordância dos informantes, tendo tido uma duração média 90 minutos. Caracterizaram-se por uma abordagem não diretiva e por um enfoque interativo entre entrevistadora e entrevistado, com alternância de turnos de palavras após uma explicação inicial sobre o projeto de pesquisa em curso e os objetivos da entrevista.

As trocas verbais foram ligadas umas às outras em seqüências marcadas pelos temas gerais e específicos e os enunciados funcionaram como correlato da posição sócio-histórica e dos significados atribuídos ao objeto pesquisado pelos interlocutores. Na verdade, as enunciações foram réplicas que não podem ser tomadas isoladamente, mas construídas durante o processo interativo, onde estavam claros os papéis e os lugares diferenciados dos interlocutores numa situação intersubjetiva, de relações recíprocas, mas não intercambiáveis (MACHADO, 2002).

Quadro 1- Temas Gerais Abordados nas Entrevistas

A percepção do Hospital das Clínicas de hoje quanto ao funcionamento interno, relação com o Sistema Único de Saúde e a Faculdade de Medicina
A identificação e discussão das modificações estruturais e organizacionais do HC e da UF Pediatria com o modelo de Unidades Funcionais quanto ao processo decisório, inserção dos docentes e alunos e modelo assistencial
Identificação e discussão das modificações da própria inserção a partir do projeto de mudança do HC e da implantação da Unidade Funcional Pediatria
Identificação e discussão das deficiências do modelo de Unidades Funcionais
Propostas de aperfeiçoamento do modelo de Unidades Funcionais
Identificação e discussão dos indicadores importantes para avaliar o modelo de funcionamento das Unidades Funcionais
Caracterização do HC do futuro

Quadro 2- Perfil dos Entrevistados por Posição Sócio-histórica e Questões Específicas Abordadas nas Entrevistas

**Entrevistado A**

<b>Posição Sócio-histórica/Inserção Institucional</b>	<b>Pontos Específicos Questionados</b>
Categoria profissional – médico pediatra Docente do Departamento de Pediatria desde 1965	Evolução histórica da reforma curricular de 1974 na Faculdade de Medicina, do Departamento de Pediatria e do HC

Coordenador da Residência Médica de Pediatria (1966-78)	Caracterização da estrutura interna de poder no HC
Coordenador da Comissão de Residência Médica e Estágios do HC 1978-82	Avaliação do modelo de gestão do HC
Presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais 1987-91	Avaliação da inserção da Pediatria no HC quanto ao modelo de ensino e pesquisa e modelo assistencial
Chefe do Departamento de Pediatria (1992-96)	
Atuação no Ambulatório de Especialidades do HC	
Perfil do entrevistado	Docente com importante liderança político-profissional, sem participação atualmente na estrutura formal de coordenações do HC

### Entrevistado B

<b>Posição Sócio-histórica/Inserção Institucional</b>	<b>Pontos Específicos Questionados</b>
<p>Categoria profissional – médico pediatra</p> <p>Docente do Departamento de Pediatria desde 1979</p> <p>Atuação nos Ambulatórios Bias Fortes e São Vicente (1979-92)</p> <p>Atuação nas enfermarias de pediatria do HC desde 1992</p> <p>Coordenador do Internato de Pediatria do HC desde 2002</p> <p>Vice-Chefe de Serviço de Pediatria do HC desde 2003</p>	<p>Inserção dos alunos de graduação no cotidiano da UF Pediatria</p>
Perfil do entrevistado	Docente com inserção e vivência cotidianas na dinâmica de funcionamento das enfermarias pediátricas do HC em período anterior, durante e após

	implantação da UF Pediatria
--	-----------------------------

### Entrevistado C

<b>Posição Sócio-histórica/Inserção Institucional</b>	<b>Pontos Específicos Questionados</b>
<p>Categoria profissional – médica pediatra            Docente do Departamento de Pediatria desde 1976            Vice-Chefe do Departamento de Pediatria de 1994-96            Coordenadora Médica da UF Pediatria desde 2002            Atuação no Ambulatório de Especialidades, enfermarias de Pediatria e Pronto Atendimento do HC</p>	<p>Caracterização do gerenciamento da UF Pediatria            Avaliação do Colegiado Interno da UF Pediatria</p>
<p>Perfil da entrevistada</p>	<p>Docente com inserção e vivência cotidianas da dinâmica de funcionamento da Pediatria e do PA do HC em período anterior, durante e após a implantação e consolidação da UF Pediatria com participação privilegiada como Coordenadora Médica na estrutura gerencial e no Colegiado Interno</p>

### Entrevistado D

<b>Posição Sócio-histórica/Inserção Institucional</b>	<b>Pontos Específicos Questionados</b>
<p>Categoria profissional – terapeuta</p>	<p>Processo de implantação da UF Pediatria</p>



ocupacional Exerceu chefia do Almoxarifado, Coordenação da Maternidade Gerente da UF Pediatria de 2001-2005 Assessora de Planejamento do HC desde agosto de 2005	Avaliação do Colegiado Interno da UF Pediatria
Perfil da entrevistada	Funcionária técnico-administrativa com histórico de progressão profissional no HC, participação privilegiada no processo de implantação e consolidação da UF Pediatria como Gerente e coordenadora do Colegiado Interno

### Entrevistado E

<b>Posição Sócio-histórica/Inserção Institucional</b>	<b>Pontos Específicos Questionados</b>
Categoria profissional – enfermeira Exerceu Coordenação de Enfermagem da UF Pediatria entre 2004-2005 Gerente da UF Pediatria desde agosto de 2005	Caracterização do processo de gerenciamento da UF Pediatria Avaliação do Colegiado Interno da UF Pediatria
Perfil da Entrevistada	Funcionária técnico-administrativa com inserção e progressão profissional recentes no HC, participação privilegiada no processo de consolidação da UF Pediatria como Coordenadora de Enfermagem, Gerente e coordenadora do Colegiado Interno

De forma detalhada, o Entrevistado A recuperou a evolução do paradigma médico ao longo dos séculos, abordando a constituição diferenciada da Clínica Médica e da

Pediatria como elementos explicativos para as diferentes inserções e modelos de prática desenvolvidos no contexto do Hospital das Clínicas. Nesse sentido, discutiu o nascimento da “medicina clínica” a partir do paradigma anátomo-clínico e do paradigma biológico, resultando no modelo de medicina tecnológica do século XX, caracterizado pela entrada da indústria e dos interesses do capital na produção do saber médico. Descreveu a prática atual da medicina, destacando o predomínio das formas coletivas de organização, nas quais o médico não detém mais os instrumentos de trabalho, predominando a divisão técnica e a especialização, estando a medicina sob controle do Estado, das empresas de serviço e de formas organizativas da própria corporação. Como contraponto, apresentou o nascimento da Medicina Social a partir do século XIX, quando o Estado assumiu o controle das ações sobre a saúde coletiva e se desenvolveu uma consciência sanitária de que a saúde e a doença são processos profundamente vinculados com as condições de vida e de trabalho.

Para o Entrevistado A, a Pediatria nasceu como disciplina na metade do século XIX sob a influência do paradigma da clínica e da medicina social, desenvolvendo uma ação privilegiada nos ambulatórios de atenção materno-infantil, ocorrendo progressivamente uma evolução do atendimento pediátrico e da formação do profissional, distinguindo-se inicialmente o puericultor, seguido do internista, depois o especialista e o pesquisador. De forma diferente, a Clínica Médica se constituiu a partir do paradigma biológico, nas enfermarias de espécies patológicas e seu profissional desde a origem já era caracteristicamente um internista, interessado em fazer diagnóstico e tratar a doença, entendida como um conjunto de sintomas. Tais diferenças são fundamentais para se entender as concepções e os modelos de prática e de exercício da Medicina em suas várias especialidades.

Na abordagem do processo de reforma curricular de 1974, o Entrevistado A recuperou os diversos elementos envolvidos, destacando a crise do ensino médico com a fragmentação de disciplinas e redução do curso de seis para cinco anos na década de 1960; o projeto do governo de ampliar a assistência e formar profissionais; a influência da Organização Pan-americana de Saúde e a existência de grupos progressistas na Faculdade de Medicina interessados em uma reforma curricular radical.

Discutiu as tendências atuais da prática médica, salientando a necessidade de uma reformulação do paradigma da clínica e do modelo de medicina tecnológica, a partir da escuta com resgate da subjetividade. Avaliou que mesmo o modelo de medicina social possui hoje uma forte vertente tecnicista, formatando propostas assistenciais e de avaliação de serviços muito vinculadas aos critérios de eficácia e eficiência. Como contraponto e alternativa para aumentar a compreensão da medicina sobre o homem, destacou a psicanálise cujo objeto é o sujeito, um homem constituído dentro da cultura pela linguagem e portador de um inconsciente.

O Entrevistado A discutiu também a insuficiência das práticas atuais da medicina tecnológica para tratamento dos problemas de saúde, ressaltando os pacientes com doenças crônicas, cuja baixa adesão ao tratamento está possivelmente relacionada a uma falta de escuta e de resgate da subjetividade mais do que à falta de acesso a um serviço ou à falta de informação sobre a doença. Defendeu a necessidade de uma intervenção ampliada nas questões de saúde através da ação clínica, da abordagem da estrutura social e do resgate da subjetividade e identificou o adolescente como um segmento que provoca o desenvolvimento de novos modelos de prática médica e de outros profissionais pela complexidade da problemática apresentada.

Com relação aos hospitais universitários, o Entrevistado A resgatou a evolução histórica dos hospitais de ensino e de pesquisa, destacando os processos de reforma do Estado, implantação do SUS com universalização do acesso e desvinculação política progressiva do MEC. Apesar de reconhecer a importante inserção dos HU na rede como prestador de assistência, ressaltou a pertinência do cumprimento de outros papéis – a vocação da pesquisa, da geração e implantação de tecnologias – apontando a necessidade do desenvolvimento de outros critérios e indicadores de avaliação de desempenho dessas instituições. Nesse sentido, salientou as especificidades dos HU possivelmente mais onerosos que os hospitais sem atividade de ensino e pesquisa, contrapondo-se de forma enfática à idéia de que o ensino é um “subproduto da assistência”. Defendeu que o ensino da prática médica, do saber fazer a Medicina exige a assistência, mas tem que ser intencional. *“De certa forma, o ensino cria complicações para a assistência, coloca questões complexas e polêmicas, no entanto, para se formar um bom profissional, o ensino tem que ter intencionalidade, não pode ser um subproduto”*.

O Entrevistado A considerou que uma questão relevante do planejamento institucional é encarar essas especificidades que o ensino e a pesquisa trazem, agregando muitas vezes um ônus financeiro. E com relação à inserção na rede, destacou que o desafio é integrar sem perder a “*fisionomia própria*”, aquilo que confere identidade aos HU. Abordou o ensino da semiologia como um exemplo que explicita as dificuldades de assimilação das demandas de ensino pelo Sistema Único de Saúde, argumentando que, nesse caso, não é possível adotar o mesmo modelo organizacional das atividades assistenciais.

Por outro lado, reforçou a necessidade de uma reformulação da dinâmica interna de funcionamento dos ambulatórios do HC no sentido de incorporar novas abordagens de escuta e de resgate da subjetividade para pacientes acompanhados nas diversas especialidades médicas através de outras modalidades tecnológicas como grupos de adolescentes, grupos de capoeira, teatro, bate-papo.

Ao discutir as relações entre a Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas, caracterizou a existência de um duplo poder, representado por um lado pelos Departamentos e por outro pela autonomia adquirida progressivamente pelo HC em relação à FM. Considerou importante a definição mais clara dos princípios que orientam essas relações, salientando que o HC não pode perder a identidade de hospital universitário como também os docentes devem participar das atividades assistenciais.

O conteúdo abordado pelo Entrevistado A possibilitou uma visão geral e crítica da evolução dos paradigmas que orientam os modelos de ensino e de prática médica, assim como os principais desafios existentes para a realização do planejamento institucional, inserção do HC no Sistema Único de Saúde e relação com a Faculdade de Medicina. As contextualizações históricas e a análise política superaram as questões operacionais, além de uma explicitação clara do encantamento com uma nova forma de prestar o cuidado – a discussão da subjetividade apreendida pela escuta – e o prazer de construir no campo do ensino da graduação e junto a uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, um outro jeito de fazer saúde. Dessa forma, verificou-se um investimento como sujeito nos processos relacionados ao desenvolvimento do ensino-aprendizagem e da assistência, especialmente concentrados na atuação ambulatorial.

O Entrevistado B caracterizou o HC de hoje como um hospital de atendimento terciário e quaternário com clientela quase exclusivamente do Sistema Único de Saúde, portadora de doenças complexas que exigem alta tecnologia e que são de alto custo. Identificou os médicos residentes sob supervisão dos preceptores como principais responsáveis pela assistência médica das enfermarias, além dos médicos contratados pelo HC.

Como modificações do funcionamento da Pediatria após a implantação da Unidade Funcional destacou avanços como um melhor conhecimento sobre fatores administrativos-gerenciais – informações sobre custo, faturamento, pessoal, indicadores de desempenho – com melhor organização interna, maior participação de todos com democratização das decisões, maior interdisciplinariedade, maior autonomia administrativa e agilidade nas decisões. Entretanto, considerou que ocorrem ainda pequena participação e envolvimento dos docentes e dos alunos no processo de reorganização. Vinculou de forma clara a implantação da Unidade Funcional com a ampliação da inserção do HC no SUS e de uma “*priorização absoluta*” para o desenvolvimento da assistência, resultando em pequena ênfase nos processos de atividade docente e de ensino-aprendizagem com exceção da residência médica.

Nesse sentido, o Entrevistado B avaliou perda de autonomia do HC com relação à clientela atendida referenciada agora pelas Centrais de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde. Destacou também maior participação dos docentes nas atividades assistenciais com os alunos de pós-graduação, mas considerou pequena a inserção dos professores e estudantes da graduação tanto no cotidiano assistencial das enfermarias como na organização e funcionamento da UF.

Por outro lado, o Entrevistado B apresentou claramente maior envolvimento nas atividades organizativas após a implantação da Unidade Funcional, participando da elaboração de protocolos assistenciais, de reuniões de planejamento, da Comissão Clínica de avaliação de procedimentos e medicamentos de alto custo e da Comissão de Acreditação Hospitalar do HC.

Como propostas para aperfeiçoamento do modelo de gestão implantado, destacou a necessidade de melhorar o financiamento do HC através do aumento de remuneração pelo SUS e da busca de fontes alternativas. Defendeu sensibilização dos docentes,

alunos e servidores técnico-administrativos para maior participação e envolvimento nas atividades docentes e administrativas e maior integração multiprofissional. Propôs uma ênfase maior nos indicadores de satisfação dos usuários, ampliando a pesquisa para pacientes/acompanhantes, alunos de graduação, pós-graduação, docentes e servidores técnico-administrativos.

O Entrevistado B projetou uma imagem-objetivo do HC do futuro como um Hospital Escola, participante do Sistema Único de Saúde, com características de hospital de excelência para procedimentos especializados e de alta complexidade, com dotação orçamentária específica por suas particularidades.

O conteúdo abordado pelo Entrevistado B demonstrou uma pertinência entre os princípios orientadores do projeto de Unidades Funcionais e a realidade vivenciada por ele na Unidade Funcional Pediatria. É interessante destacar a associação feita entre a UF e a inserção do HC no SUS, demonstrando uma compreensão do projeto institucional marcado de fato por estas duas diretrizes. Nesse sentido, o Entrevistado B propôs como aperfeiçoamento ações que consolidam as mudanças feitas, resgatando, entretanto, uma maior valorização das atividades do ensino da graduação através do aumento de participação dos docentes e alunos no cotidiano administrativo-organizacional e assistencial da Unidade.

O HC de hoje caracterizado pela Entrevistada C é um hospital mais dinâmico e com maior autonomia institucional interna pela implantação do projeto de Unidades Funcionais. Apresenta maior distanciamento da Faculdade de Medicina, mas possui maior inserção dos docentes no desenvolvimento das atividades assistenciais.

A Entrevistada C identificou o processo gradual e amplamente discutido e a realização dos cursos de capacitação gerencial com treinamento de lideranças indicadas pelo conjunto das equipes como os principais facilitadores da implantação das Unidades Funcionais. Na Pediatria, acrescentou uma disponibilidade maior das pessoas para os processos de mudança em virtude da identificação de uma necessidade evidente de organizar melhor o setor. Além disso, destacou que o perfil docente da Coordenação Médica facilitou a interlocução com os professores e com o Departamento,

possibilitando a atuação conjunta com a gerente nas questões que envolviam a reorganização do trabalho médico.

Como avanços da Unidade Funcional Pediatria, enfatizou a melhor organização dos processos de trabalho com o funcionamento da estrutura gerencial e da definição de papéis e responsabilidade de cada coordenação. Salientou a parceria construída com a gerente, mas valorizou a autonomia adquirida para abordagem das questões relacionadas à assistência médica e sua discussão com os residentes para implantação de novas rotinas. Nesse sentido, enfatizou a universalização do acesso e a definição de prioridades para internação segundo critérios de ordem de chegada no PA e gravidade do quadro clínico.

Por outro lado, avaliou a existência de uma fragmentação do processo assistencial com um distanciamento entre os diversos profissionais da equipe, identificando a necessidade de uma maior integração. Além disso, a Entrevistada C considerou que o Colegiado Interno precisa ser reformulado em virtude de um absenteísmo grande dos membros componentes, desmotivados para participar das reuniões mensais, previamente agendadas e com pauta divulgada.

Como desafios principais da Coordenação Médica da UF Pediatria, identificou a elaboração e discussão de protocolos clínicos e a construção de um trabalho integrado entre os diversos profissionais da equipe de saúde. Dentre as deficiências do modelo de gestão, citou apenas os limites de autonomia para liberação de procedimentos que envolvem custo financeiro adicional.

Sua imagem-objetivo do HC do futuro projeta um hospital de cuidados terciários e quaternários com um crescimento prioritário do setor ambulatorial como o eixo orientador do modelo de assistência, possuindo um apoio diagnóstico capaz de evitar internações. Trata-se de um hospital enxuto, integrado a uma rede com resolutiva atenção primária.

O conteúdo abordado pela Entrevistada C demonstrou uma participação importante no processo de implantação e consolidação da Unidade Funcional, especialmente atuando na reorganização do trabalho médico. Valorizou a reestruturação obtida com o

funcionamento da estrutura gerencial, destacando, entretanto, a necessidade de um avanço nas atividades assistenciais a partir de uma maior articulação das diversas categorias profissionais.

A Entrevistada D caracterizou o HC de hoje como um hospital que possui uma inserção no Sistema Único de Saúde, construída a partir de uma parceria com o gestor municipal, mas internamente apresenta fragmentação de informações e dificuldades de integração entre as diversas Unidades Funcionais. Avaliou que a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem não participam mais objetivamente da consolidação do modelo de gestão, mantendo-se afastadas do processo de reorganização do HC.

Por outro lado, destacou que o modelo apresenta princípios que correspondem aos interesses da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente quanto à definição de responsabilidades do Hospital das Clínicas com a sociedade, estabelecendo indicadores e metas de desempenho. Destacou também a existência de um processo de negociação permanente com o gestor municipal, através do desenvolvimento de um diálogo que permite mutuamente revisão de posicionamentos e de exigências.

Como facilitadores do processo de implantação da Unidade Funcional Pediatria, a Entrevistada D identificou a disponibilidade dos profissionais para discutir a proposta de mudança, a adesão e coerência da estrutura gerencial diante dos questionamentos apresentados pelo coletivo, o funcionamento do Colegiado Interno como fórum de participação que possibilitava o debate, a informação e o convencimento sobre o projeto.

Dentre as dificuldades encontradas, destacou as relações de poder existentes apesar de reconhecer que não ocorreram resistências internas à implantação da proposta possivelmente porque o eixo central da reorganização abordou o compromisso com a assistência e não se contrapôs à estrutura de poderes vigente. Entretanto, analisou que a situação é distinta no Hospital das Clínicas como um todo, onde as disputas de poder ocorrem de forma mais explícita, provocando maiores conflitos e resistências às mudanças.



Ao avaliar as modificações decorrentes da implantação da Unidade Funcional, a Entrevistada D salientou o desenvolvimento de uma nova dinâmica do processo decisório baseado principalmente na atuação do Colegiado Interno e da estrutura gerencial. Nesse sentido, enfatizou a coesão obtida no trabalho com as coordenações para construir uma coerência de postura e discurso de defesa do projeto da Unidade Funcional, possibilitando posicionamentos bem seguros diante dos questionamentos feitos pelo coletivo de funcionários técnico-administrativos e docentes. Apesar do funcionamento regular do Colegiado Interno com reuniões frequentes e bem divulgadas, a participação dos representantes dos diversos segmentos ocorreu de forma heterogênea. Entretanto, a Entrevistada D salientou a ocorrência de uma incorporação significativa de valores discutidos, especialmente aqueles relacionados aos indicadores de desempenho da UF Pediatria e processos de controle do uso de material médico-hospitalar. Como exemplo, relatou casos de identificação de desperdício por parte do pessoal de enfermagem encaminhados à estrutura gerencial para resolução. De maneira geral, avaliou que houve um envolvimento importante do coletivo dos atores da Pediatria no processo de implantação da Unidade Funcional incluindo a participação de representantes dos docentes das enfermarias e Ambulatório São Vicente e dos médicos residentes no Colegiado Interno.

Dentre os avanços observados, a Entrevistada D destacou uma mudança operacional evidente com reformulação dos processos administrativo-gerenciais referentes às questões de custo, faturamento, controle de consumo de material médico-hospitalar, gerenciamento de leitos e de consultas ambulatoriais a partir de uma sensibilização do conjunto de agentes da UF. Além disso, ressaltou uma melhora nas relações entre os profissionais da equipe, observando uma participação importante do CTI no cotidiano das discussões gerais. Destacou também uma maior proximidade com as outras Unidades Funcionais do HC obtida através de interlocuções frequentes realizadas para resolução de problemas e construção de parcerias em temas de trabalho comum. Como exemplos, destacou a melhora de relações com a UF Gestão de Materiais, Serviço de Processamento de Roupas e Esterilização de Materiais e UF Multiprofissional na Promoção da Saúde.

Ao abordar as modificações propostas para aperfeiçoamento do modelo, a Entrevistada D discutiu a perspectiva do projeto na instituição como um todo, identificando uma

grande disparidade entre sua vivência na Unidade Funcional Pediatria caracterizada por evidentes avanços e sua percepção atual como assessora de planejamento. Nesse sentido, apontou contradições observadas na postura de gerentes e coordenadores das outras UF referentes a uma falta de envolvimento com questões afeitas ao funcionamento cotidiano dos setores afins e que são remetidas para a ASPLAN para providências e resolução. A Entrevistada D defendeu a necessidade de uma revisão rigorosa do projeto sob risco de burocratização e perda da essência dos princípios fundadores, principalmente a participação coletiva e a co-responsabilização. Argumentou que os aperfeiçoamentos possíveis para a UF Pediatria estão vinculados a esse processo de avanço necessário das outras Unidades Funcionais, pois a lógica ordenadora do trabalho institucional deve ser única, não podendo existir uma contradição entre questões fundamentais. Além disso, apontou a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias para uma maior articulação com os ambulatórios, destacando dificuldades operacionais existentes para o acompanhamento destes setores pelos gerentes das diversas unidades assistenciais seja pelo distanciamento geográfico seja pela desarticulação histórica com as unidades de internação.

Especificamente com relação à UF Pediatria, identificou a inclusão dos alunos da graduação no Colegiado Interno, a abordagem prioritária do modelo de assistência e o desenvolvimento de estratégias para maior articulação entre os profissionais como os principais desafios do processo de qualificação do trabalho realizado.

É importante destacar que a Entrevistada D abordou temas complexos relacionados ao projeto de Unidades Funcionais, demonstrando grande vivência e análise crítica acerca do contexto institucional. Vale ressaltar que as suas observações encontram eco em algumas avaliações feitas pela Assessoria de Planejamento e Diretoria do Hospital das Clínicas que apontam a necessidade de uma reformulação de alguns pontos do projeto, considerados estratégicos para a realidade atual do HC. Nessa perspectiva, destacam-se a revisão da composição, funcionamento e papéis das estruturas gerenciais e colegiadas, além de uma redefinição dos indicadores de desempenho gerais e de cada Unidade Funcional. As questões apontadas pela Entrevistada D demonstram a necessidade de uma recuperação de princípios fundamentais do modelo de gestão no âmbito do Hospital das Clínicas, servindo como elemento impulsionador de novos debates para um aprimoramento global da instituição.

A Entrevistada E caracterizou o HC de hoje como uma instituição séria onde as pessoas trabalham com afinco e determinação, necessitando, entretanto, de aperfeiçoamento nos processos de trabalho desenvolvidos para um adequado cumprimento da missão institucional, constituída de assistência, ensino e pesquisa. Destacou a existência de problemas de organização interna nos diversos setores do Hospital das Clínicas e de relações entre as Unidades Funcionais, apontando a necessidade de um investimento prioritário em estratégias de comunicação vertical e horizontal como o principal recurso para solução de tais questões.

Nessa perspectiva, a Entrevistada E relatou diversas iniciativas realizadas por ela para ampliar a rede de comunicação interna e junto a outros setores do HC, obtendo resultados importantes no sentido de facilitar o desenvolvimento cotidiano do trabalho e de possibilitar maior divulgação e negociação das demandas e projetos existentes. Além de utilizar as reuniões convocadas oficialmente do Colegiado Interno, informou o exercício freqüente de conversas mais informais e abertas com os diversos atores da Unidade Funcional Pediatria.

Como aspectos importantes da sua gestão, a Entrevistada E apontou o desenvolvimento de estratégias para captação de recursos financeiros através de projetos relacionados a instâncias governamentais e de empresas privadas além da implementação, juntamente com a UF Recursos Humanos, de diversos cursos de capacitação, contemplando, inclusive, a participação de membros de outras Unidades Funcionais.

A Entrevistada E demonstrou uma preocupação relevante de desenvolver o planejamento como atividade sistemática e rotineira, possibilitando uma qualificação do processo decisório e até mesmo um gerenciamento mais adequado do tempo com definição das prioridades. Ressaltou a necessidade de melhor qualificar-se, relatando a inserção em um curso de especialização em Gestão Estratégica.

Com relação ao funcionamento atual da Unidade Funcional Pediatria, destacou a existência de um processo decisório coletivo com boa articulação entre os integrantes da estrutura gerencial, mas identificou um esvaziamento na participação dos representantes do Colegiado Interno, salientando a necessidade de uma avaliação deste desgaste e a

implementação de novas estratégias para motivação. Dentre os facilitadores para o exercício gerencial, a Entrevistada E ressaltou a disponibilidade de diversos relatórios capazes de subsidiar de forma relevante o processo de planejamento e de tomada de decisão. Considerou o Departamento de Pediatria como um parceiro para questões estratégicas, porém distante do cotidiano institucional.

Entretanto, destacou dificuldades no gerenciamento da enfermagem relacionadas principalmente às questões de dimensionamento de pessoal sob responsabilidade da Vice-Diretoria Técnica. Nesse sentido, destacou a necessidade de maior envolvimento do pessoal de enfermagem com o cotidiano das Unidades Funcionais, participando mais intensamente do planejamento local.

Como os demais Entrevistados, apontou como desafio prioritário um aprofundamento da abordagem do modelo assistencial, identificando também formas de melhorar a estrutura existente principalmente em termos de área física e apoio diagnóstico. Além disso, destacou a revisão dos indicadores como ponto importante no sentido de incorporar aspectos mais qualitativos e de satisfação de usuários internos como alunos, docentes e funcionários de outras Unidades Funcionais.

A Entrevistada E salientou a importância do Colegiado Gestor das UF do HC como um fórum de debate e de definição de diretrizes. Entretanto, destacou uma deficiência na participação dos diversos integrantes, identificando um esvaziamento das discussões e uma falta de encaminhamentos concretos que possibilitem maior coesão e contraturalidades entre os diversos gerentes e a Diretoria da organização. Como alternativa, propôs novos investimentos institucionais para maior qualificação e motivação do quadro gerencial.

Sob outro foco, a Entrevistada E apresentou um discurso centrado no desenvolvimento de estratégias de planejamento e de qualificação de recursos humanos para promoção de avanços no projeto institucional geral e na Pediatria, desenvolvendo uma prática de gerenciamento que valoriza também a produção de um processo comunicativo cotidiano tanto para a construção de novos projetos quanto para a resolução de problemas diários. Com certeza, a abordagem de tais questões é possível pelo grau de organização interna

adquirida e relatada por todos os Entrevistados como um resultado importante do projeto de Unidades Funcionais.

Apesar deste estudo não pretender aprofundar numa análise de discurso dos diversos atores, é importante destacar alguns pontos considerados indicadores do processo de implantação e consolidação das Unidades Funcionais tanto no contexto global como especificamente na Pediatria. A abordagem histórica e crítica do Entrevistado A qualifica de maneira significativa a discussão do planejamento como tecnologia de gestão, interagindo com vários aspectos apontados no Capítulo 2 do Marco Teórico e no Capítulo 4 referente ao Hospital das Clínicas. Nesse sentido, aponta questões complexas do processo relacionadas aos conflitos de paradigmas e de contradições existentes entre instituições encarregadas de funções específicas, porém correlatas e interfaceadas como é o caso da Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas e Secretaria Municipal de Saúde. Questões que novamente se manifestam nas falas de outros Entrevistados, apontando uma pertinência de entrarem em foco, constituindo-se como temas fundamentais para a produção de avanços nos processos implantados e considerados de maneira geral indissociáveis – a reorganização interna através das Unidades Funcionais e da inserção no Sistema Único de Saúde.

São processos irreversíveis e vivenciados como tais por todos os entrevistados. Entretanto, os nós críticos, apresentados como dificuldades ou desafios, provocam a revisão dos princípios e das estratégias de negociação e de operacionalização de novos contratos. Por um lado, apontam claramente a necessidade de uma valorização da produção do ensino e pesquisa do HC, tanto no sentido de um reconhecimento do gestor municipal quanto dos diversos gestores locais e das especificidades que tal vertente conceitual, metodológica e operacional gera. Referendando a premissa discutida nesse estudo que o território do cuidado deve ser o elemento integralizador das vocações do HC, é possível construir novos processos que assegurem um encontro dialógico entre a assistência, o ensino e a pesquisa com efeitos na construção de um modelo de desenvolvimento institucional mais qualificado, com reflexos na definição de novas prioridades institucionais e de novos indicadores de desempenho.

Por outro lado, é importante enfrentar o risco da burocratização dos processos, criando novos dispositivos institucionais capazes de abordar os instituintes como elementos

impulsionadores de uma nova ordem, sempre necessária e sempre emergente. Nesse sentido, a Entrevistada D contribui de maneira importante com suas reflexões. Aponta de forma implicada as contradições atuais dos projetos institucionais, provocando a necessidade de uma reformulação que preserve os princípios fundamentais. Vale recuperar a abordagem feita pela Entrevistada E que enfatizou o desenvolvimento de processos comunicativos cotidianos como potente recurso para democratizar, inovar, aglutinar e implementar, construindo o entendimento e projetos coletivos.

Numa outra perspectiva, os Entrevistados B e C destacaram a participação crescente do Hospital das Clínicas no Sistema Único de Saúde, compondo uma rede capaz de promover a integralidade e resolutividade do cuidado segundo um modelo que preserva e valoriza o ensino e a assistência e que contribui para maior autonomia dos usuários. Todos esses elementos fazem parte da imagem-objetivo do HC do futuro, abrigando os sonhos e vivências de cada um.

## **CAPÍTULO 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

SANTOS, em *Um discurso sobre as Ciências* (2004) discute que o modelo da racionalidade que preside a ciência moderna organizou-se a partir da revolução científica do século XVI desenvolvido basicamente no domínio das Ciências Naturais, estendendo-se principalmente a partir do século XIX às Ciências Sociais emergentes. Constituiu-se como um modelo global de racionalidade e apesar de admitir variedade interna, na sua hegemonia se distinguiu do senso comum e dos estudos humanísticos, negando todas as outras formas de conhecimento que não se pautaram pelos seus princípios epistemológicos e por suas regras metodológicas.

A natureza teórica do conhecimento científico moderno buscou na formulação de leis, à luz das regularidades observadas, a aspiração maior de prever o comportamento futuro dos fenômenos. Nesse sentido, é um conhecimento cujo pressuposto é a idéia de ordem

e estabilidade do mundo, de que o passado se repete no futuro. No plano social, é esse determinismo que também caracteriza o horizonte cognitivo e impõe uma forma de conhecimento utilitária e funcional, cristalizando-se como Positivismo (SANTOS, 2004).

O modelo mecanicista foi assumido nas Ciências Sociais de modo distinto, produzindo duas vertentes. Na corrente dominante, consistiu em aplicar ao estudo das sociedades, na medida do possível, todos os princípios epistemológicos e metodológicos que presidiram o estudo da natureza desde o século XVI e a outra consistiu em reivindicar para as Ciências Sociais um estatuto próprio com base na especificidade do ser humano e sua distinção da natureza (SANTOS, 2004).

A crise do paradigma científico dominante é evidente, resultado interativo de uma pluralidade de condições teóricas e sociais, fundamentadas numa insuficiência estrutural gerada paradoxalmente pelo grande avanço do conhecimento que ele próprio promoveu. Por um lado, a interferência do sujeito no objeto e a constatação de que o rigor matemático ao quantificar, desqualifica e objetualiza os fenômenos, transformando-os em caricaturas. Por outro, a industrialização da ciência acarretou o compromisso com centros de poder econômico, social e político de tal forma que ciência e tecnologia revelam-se duas faces de um mesmo processo histórico em que os interesses militares e econômicos convergem até quase à indistinção (SANTOS, 2004).

A configuração do paradigma que se anuncia no horizonte e que se expressa através de uma revolução científico-social só pode ser percebida por especulação, onde já se vive o futuro, mas ele é produto de uma síntese pessoal embebida na imaginação. A superação da dicotomia Ciências Naturais/Ciências Sociais tende a revalorizar os estudos humanísticos e o senso comum. Para SANTOS (2004), o futuro das sociedades está diretamente relacionado à resistência que mantiveram quanto à separação sujeito/objeto e a condição epistemológica da ciência pós-moderna repercute-se na condição existencial dos cientistas.

Nas sociedades complexas, emerge uma multiplicidade de valores heterogêneos uns aos outros. Entretanto, elas segregam um espírito de tempo particular e sem ter unidade, não deixam de ter unicidade que em rede estabelecem novas formas de interação. A partir

do momento em que se reconheça que todas as situações, todas as experiências participam do ambiente geral e que os imaginários de diversas espécies irrigam em profundidade a vida social, novas instrumentações teóricas e metodológicas serão construídas (MAFFESOLI, 2005).

O desafio na clínica é converter objetividade causa-efeito numa objetividade subjetivada, humanizando a ação médica e tornando-a trans-humana, além do puramente humano, do puramente natural. Porque os seres humanos, ao contrário dos seres apenas da natureza que são constituídos de genes, são compostos também de “menes” – portadores de uma herança sócio-cultural, auto-replicantes de unidades psicológicas de informação. Como seres humanos necessitamos de um modelo aberto, em rede, relacional, em que informações a respeito de uma parte são determinadas pela maneira como essa parte se insere no contexto do todo e do seu ambiente. Não existe, portanto, um agir unimodal, linear, mas um agir multimodal, interligando o conjunto de relações causais circulares, num paradigma da complexidade (FOSS, 2002).

Através dessa rápida viagem pela constituição e evolução da ciência, busco resgatar o processo de descobertas e de aprendizagem vivenciados com esse estudo. Encontros marcados com alguns conhecidos e respeitados autores, referências importantes na configuração de um fazer profissional implicado com projetos políticos, ideológicos, afetivos. Descoberta de uns tantos outros cujas assertivas e enunciados ampliaram significativamente o horizonte cognitivo, compreensivo, possibilitando uma abordagem mais abrangente. Na tentativa de estabelecer um diálogo entre os grandes eixos do marco teórico e a realidade concretamente vivenciada no Hospital das Clínicas da UFMG através do contexto global e da Unidade Funcional Pediatria, desenvolvo as considerações finais. Provisórias, é verdade, mas plenas nessa temporalidade. Constituídas também por apontamentos de questões consideradas estratégicas para uma qualificação do projeto de desenvolvimento institucional.

Afinal, sabendo que a visão – palpação pelo olhar – precisa se inscrever na ordem do ser que nos desvela. É preciso que aquele que olha não seja, ele próprio, estranho ao mundo que olha. Uma vez que vejo, é preciso que a visão seja redobrada por uma visão complementar ou outra visão. Eu mesma vista de fora, tal como se outro me visse, instalado no meio do visível, vista de outro lugar (MERLEAU-PONTY, 1971).



## **6.1. AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES COMO ANALISADORES INSTITUCIONAIS**

Um ponto destacado nessa pesquisa foi a potência das organizações hospitalares como analisadores de macro e micropolíticas e que no caso das universitárias expressam não somente as de assistência, mas também as de ensino em saúde. Nesse sentido, a análise da origem e dos modelos de organização e funcionamento do Hospital das Clínicas ao longo do tempo revela a evolução histórica das políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação, indicando o lugar e os papéis que as instituições hospitalares ocupam no sistema de saúde e no sistema de ensino superior. Progressivamente, a partir da década de 1990, o HC adquiriu importância crescente na implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde participando ativamente da implementação de novos princípios baseados numa inserção hospitalar contextualizada numa rede de serviços de saúde. O Convênio Global com o gestor do município de Belo Horizonte conferiu direcionalidade ao modelo de gestão desenvolvido tanto na revisão dos processos de trabalho como na elaboração e implantação de novos projetos para ampliação das atividades ambulatoriais e hospitalares desenvolvidas. Tal direcionalidade exigiu do Hospital das Clínicas - direção, corpo clínico e administrativo – grande investimento nos campos político-gereencial, organizativo e financeiro com processos contínuos de negociação interna, ampliação de atividades, otimização da estrutura existente e reorganização de processos de trabalho, trazendo repercussões significativas no modelo assistencial e na relação com as unidades acadêmicas das Ciências da Saúde.

O HC tornou-se uma estação de cuidados no SUS, alinhado com os princípios da universalização do acesso, da equidade das ações segundo o perfil de necessidades dos usuários e da humanização do trabalho em saúde, buscando construir em rede a integralidade da assistência. A contratualização com o gestor modificou radicalmente a organização institucional, promovendo democratização do acesso, abertura de novas especialidades ambulatoriais, crescimento e maior diversificação de leitos e internações e ampliação do apoio diagnóstico e implantação de novos mecanismos regulatórios principalmente através da Central de Marcação de Consultas e Central de Internação.

Como resultado, o HC/UFGM é um hospital totalmente regulado pelo gestor municipal, participando de forma diferenciada da rede como serviço de referência para a urgência/emergência e para o atendimento de pacientes mais complexos encaminhados pelas Centrais de Regulação do município de forma sistemática. Nesse sentido, destaca-se o funcionamento do Pronto Atendimento, serviço porta aberta, responsável pela assistência de usuários de perfis clínicos e cirúrgicos não traumatológicos complexos, referenciados por unidades de saúde da região metropolitana e pela Central de Internação de Belo Horizonte.

Com relação ao ensino, apesar de os HU representarem a principal modalidade de serviço para treinamento prático de estudantes de medicina e de enfermagem, as novas tendências do modelo pedagógico referenciadas no PROMED e PRO-SAÚDE apontam a necessidade de uma revisão da inserção dos alunos da graduação no complexo do Hospital das Clínicas, particularmente no Pronto Atendimento e unidades de internação.

Por outro lado, a análise do perfil tecnológico do HC demonstra como as profissões de saúde organizam seus modelos de prática e interagem no cotidiano para produzir o cuidado, referenciando-se ainda no modelo de medicina tecnológica caracterizado por uma fragmentação da assistência em atos cuidadores vinculados à lógica das profissões com especialização crescente e incorporação de tecnologia através de equipamentos e medicamentos de última geração.

Entretanto, novos elementos podem provocar mudanças nessa dinâmica, tensionando a produção da assistência a partir da construção de projetos terapêuticos interdisciplinares e multiprofissionais, desencadeando novos processos de trabalho e novos arranjos tecnológicos. A delimitação de novos critérios para negociação da divisão técnica do trabalho a partir da valorização de tecnologias leves pode resultar internamente num cuidado mais articulado entre os diversos saberes e práticas profissionais. Externamente, pode contribuir para uma integralidade que somente é obtida em rede. Vale destacar também que as novas demandas apresentadas pelas políticas educacionais reforçam esta mesma direcionalidade, defendendo premissas que explorem uma atuação interdisciplinar multiprofissional através de um novo modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância social dos fenômenos de saúde.

## **6.2. A TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA E A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA EM SAÚDE – O CAMPO DAS TECNOLOGIAS LEVES**

A avaliação feita sobre as diretrizes gerais do projeto de Unidades Funcionais e sua visualização concreta no espaço da Pediatria aponta que o mesmo foi incorporado no imaginário institucional como um conjunto de princípios e estratégias capazes de dar sustentabilidade ao HC. Nesse sentido, preservou sua integridade de funcionamento, possibilitando até seu crescimento através de um processo de reestruturação interna fundamentada na democratização, descentralização e co-responsabilização. Produziu como resultado uma melhora do desempenho organizacional através do desenvolvimento e aperfeiçoamento de processos administrativos e gerenciais que modificaram a dinâmica de funcionamento do HC. Houve um aprimoramento da gestão de recursos humanos, da gestão administrativa e financeira, observando-se racionalização dos recursos, otimização da capacidade instalada e melhora dos indicadores gerais.

Apesar de possuir um forte componente da lógica burocrática, o projeto de Unidades Funcionais descobriu o cotidiano institucional, explicitando as estruturas de poder existentes e os diversos interesses em disputa pela democratização progressiva que produziu pela criação de novos canais de informação e negociação. Colocou em pauta o tema das relações entre modelos de gestão, de assistência e de ensino e pesquisa em diversas oportunidades, procurando envolver particularmente os alunos, docentes e demais integrantes do corpo clínico nessas discussões. Entretanto, a participação foi pequena e os debates sobre a assistência, o ensino e gestão não ocorreram nesses fóruns. Eles aconteceram, de fato, no cotidiano a partir do processo de implantação das prioridades assistenciais negociadas com o gestor municipal na contratualização, tensionando e provocando questionamentos, mas sem a elaboração de propostas alternativas por parte de alguns atores mais resistentes.

A implantação das UF e a ampliação do papel do HC são processos institucionalmente indissociáveis, responsáveis pelas modificações estruturais e funcionais do Hospital das Clínicas e que, em potencialização mútua, romperam com a hegemonia do componente

burocrático na lógica da eficiência e possibilitaram uma abordagem concreta dos processos de trabalho relacionados à produção do cuidado e do ensino, mobilizando também os componentes adocrático e profissional da organização.

As tendências atuais do processo de transição tecnológica em saúde indicam uma intervenção administrativo-gerencial cada vez mais importante nos processos da produção e da gestão da assistência no sentido de reestruturá-los a partir da lógica ordenadora do capital, alterando os processos microdecisórios que conduzem a prática clínica e seu gerenciamento. Entretanto, os princípios defendidos pelo projeto de Unidades Funcionais e concretizados no Convênio Global buscam superar o modelo da medicina tecnológica, resgatando o território do cuidado e afirmando o compromisso com a integralidade e resolutividade das ações de saúde como o eixo organizador da produção e da gestão da assistência e do ensino no Hospital das Clínicas.

Nesse sentido, a direcionalidade político-estratégica desenvolvida buscou incluir, de forma institucionalizada, o protagonismo dos usuários, alunos, profissionais e docentes no processo de reestruturação institucional através da constituição de fóruns mais coletivos. Contudo, a análise feita demonstra ainda uma inserção fragmentada de alguns atores sociais relacionada possivelmente ao interesse de preservação de seus espaços de poder e de exercício de autonomia, ausentando-se de fóruns e processos mais públicos e restringindo a potência destas estratégias institucionais. Mas, por outro lado, na abrangência da atuação dirigente, houve mudanças importantes na dinâmica organizacional vinculadas a uma reformulação dos critérios e fluxos de acesso geral e de encaminhamento interno dos usuários com universalização de clientela e controle através das Centrais de Marcação e de Internação da Secretaria Municipal de Saúde, ampliação das primeiras consultas especializadas e regulação das cirurgias eletivas.

Como resultado, o HC apresenta-se como um hospital universitário federal em processo contínuo de transformação, onde internamente os diversos atores sociais constroem sua inserção cotidiana entrelaçando história, vivências e novos paradigmas num contexto atual onde as diretrizes políticas do projeto institucional, buscam construir novas práticas assentadas na concepção de um novo perfil de hospital universitário – em rede de cuidado e de ensino em saúde – preservando-se os pilares da missão organizacional e de sua participação na UFMG.

### ***6.3. DA AÇÃO INSTRUMENTAL DO PLANEJAMENTO AO AGIR COMUNICATIVO***

Uma das conclusões dessa pesquisa é a afirmação de que o planejamento pode se constituir como tecnologia de gestão no espaço da macro e da micropolítica para qualificar o cuidado e o ensino em saúde, desde que adote alguns princípios nessa construção. A análise evolutiva das diversas correntes da planificação sanitária na América Latina demonstrou que o planejamento possui uma série de argumentos fundamentados sobre a rede de causalidade do fenômeno que se quer abordar e sobre os interesses e projetos representados no plano propositivo. A inclusão da razão comunicativa, proposta por Habermas, na compreensão do planejamento ressalta a existência de diversas racionalidades criticamente entrelaçadas e coordenadas pelo agir comunicativo, associando elementos do mundo objetivo, mundo normativo e mundo expressivo. Isso significa que o agir combina a linguagem especializada científica, a opinião pública dos cidadãos, os valores que condicionam a inserção dos sujeitos e o desenvolvimento técnico e as vivências subjetivas.

No processo de elaboração e implantação da proposta das Unidades Funcionais, apostou-se numa dimensão estratégica do planejamento caracterizada por uma abordagem privilegiada da complexidade do Hospital das Clínicas, considerando a multiplicidade de atores operantes tanto nos espaços formais como na estrutura informal. O reconhecimento do tensionamento cotidiano decorrente do encontro entre as diferentes racionalidades existentes e os conflitos produzidos se constituíram em elementos centrais para a definição e implementação de estratégias fundamentadas a partir de princípios que resgatam a defesa de um hospital universitário mais democrático e mais solidário, implicado com a construção de um sistema de saúde e de ensino a partir do território do cuidado e da cidadania.

Ao incluir a constituição de fóruns e espaços colegiados como eixo fundamental, o processo de planejamento implementado buscou construir canais de participação e

negociação efetivas, estabelecendo uma nova dinâmica de relações institucionais baseada no entendimento intersubjetivo a partir de valores e convicções comuns. Nesse sentido, buscou produzir, através de um processo interativo entre sujeitos social e historicamente inseridos no HC, acordos e consensos sobre atos voltados para o futuro como compromissos de ação numa razão comunicativa do planejamento.

Entretanto, mesmo que modificada, a realidade institucional mantém ainda elementos conservadores de uma divisão tradicional entre os diversos poderes-saberes. Não é simples realizar a gestão dessas instituições como também não é simples produzir o cuidado e o ensino em saúde. Para isso, faz-se necessário que em organizações com tal vitalidade sociológica, novos arranjos sejam de fato construídos. Sejam eles inovações na estrutura de poder, nos processos comunicacionais e gerenciais, sejam eles inovações no campo do processo de produção do cuidado em si com a articulação/agregação de novas combinações tecnológicas derivadas tanto de competências técnicas específicas como de outras competências, resultantes, seguramente, de novos processos de relação e poder entre os saberes e fazeres dos diversos profissionais e dos usuários. Trata-se de uma nova ordem fundada naquilo que evidencia que a alma do negócio da saúde é o cuidar. As novas práticas gerenciais fundamentadas nos processos de democratização institucional, descentralização administrativa, estabelecimento negociado de compromissos e de co-responsabilização dos atores com o projeto institucional necessitam de aperfeiçoamento tendo em vista o risco de sua burocratização. Planejar constitui-se numa ação intencional, deliberada sobre a realidade por atores sociais em situação, portadores de interesses e projetos específicos. O planejamento se inerente à ação humana, não é espontâneo, no sentido de conferir direcionalidade a organizações tão complexas como o Hospital das Clínicas da UFMG. Nesse sentido, a revisão crítica do projeto de Unidades Funcionais deve promover uma reflexão com os atores organizacionais acerca dos princípios e estratégias que devem orientar a gestão e o planejamento na instituição considerando a realidade e especificidades atuais. Isso significa promover as adequações necessárias do modelo proposto para promover coletivamente a definição das prioridades e a gestão cotidiana da organização e funcionamento do HC, incluindo situações de planejamento sistemático e de crises tanto no campo assistencial como de gerenciamento administrativo-financeiro e do modelo de ensino e pesquisa.

#### **6.4. A ÉTICA DESEJADA DO CUIDADO E ENSINO EM SAÚDE**

Como resultado final dessa pesquisa, aponto algumas questões que considero fundamentais para avançar na ética desejada para o cuidado e ensino em saúde no contexto do Hospital das Clínicas da UFMG aperfeiçoando a interação entre estes objetos fundadores da existência da instituição. Conforme mencionado, o projeto das Unidades Funcionais constitui-se em importante analisador institucional capaz de demonstrar o funcionamento cotidiano da organização, o caráter indissociável das atividades docentes e assistenciais e a interdependência existente entre os diversos setores do HC. Nesta perspectiva, realizar uma análise crítica dos pilares que formatam o modelo de gestão atual possibilita desencadear internamente mudanças para aprimoramento dos modelos de assistência, ensino e pesquisa e gestão.

Apesar da agregação dos serviços para a constituição das Unidades Funcionais ter considerado a integração dos ambulatórios e das unidades de internação dos setores afins, acredito que uma reformulação do trabalho assistencial e de ensino-aprendizagem baseada na formatação das linhas de cuidado pode promover avanços significativos para a construção de projetos terapêuticos interdisciplinares e multiprofissionais conferindo direcionalidade organizacional e gerencial a partir do território do cuidado. Observa-se ainda uma atuação pouco articulada dos diferentes atores de acordo com um modelo de práticas fragmentadas entre assistência e ensino segundo a lógica das profissões e concretizando espaços de auto-governo e de grande autonomia, desvinculados muitas vezes do projeto institucional mais coletivo. Nesse sentido, é importante realizar-se uma revisão da composição das Unidades Funcionais, especialmente das assistenciais, a partir de um modelo misto que considere as grandes linhas de cuidado e os serviços médicos de grandes especialidades, permitindo sua inclusão efetiva na estrutura das Unidades Funcionais.

Os fóruns colegiados devem ser reestruturados, com uma participação mais efetiva de segmentos como a enfermagem e os docentes, cuja inserção regular nos colegiados internos poderá promover avanços na discussão da gestão cotidiana do cuidado e do ensino, contribuindo para o desenvolvimento de uma interação dialógica e reduzindo o

risco de uma burocratização do processo. Novas dinâmicas de funcionamento devem ser desenvolvidas para assegurar a motivação do planejamento coletivo, da capacidade de tomada de decisões e encaminhamentos no campo gerencial, técnico e operacional, promovendo os espaços colegiados – internos e gestor das unidades funcionais – como fóruns dinâmicos e ágeis que trabalhem na lógica do agir comunicativo e do tempo real das necessidades institucionais.

Por outro lado, a revisão criteriosa dos indicadores e metas das planilhas de desempenho das UF, adequando-os à realidade atual e aos compromissos estabelecidos no processo de contratualização com o gestor municipal, pode promover um redirecionamento dos processos de trabalho a partir das prioridades e diretrizes institucionais. Nessa perspectiva, devem ser incluídos indicadores que demonstrem a qualidade dos processos e atividades desenvolvidas – especialmente quanto à integração do trabalho realizado entre Unidades Funcionais e entre componentes da equipe em cada UF – e dos resultados alcançados.

De maneira estratégica, a interdependência entre diversos setores do HC deve ser abordada para a constituição sistemática de redes de contratualidade entre as diversas Unidades Funcionais, definindo-se as responsabilidades e compromissos de cada uma com o trabalho desenvolvido a partir da definição de questões prioritárias na área assistencial e na área administrativa. Tais redes podem promover processos interativos de negociação entre atores e setores, qualificando de maneira diferenciada o fazer institucional, rompendo com o isolamento e a fragmentação de cada equipe.

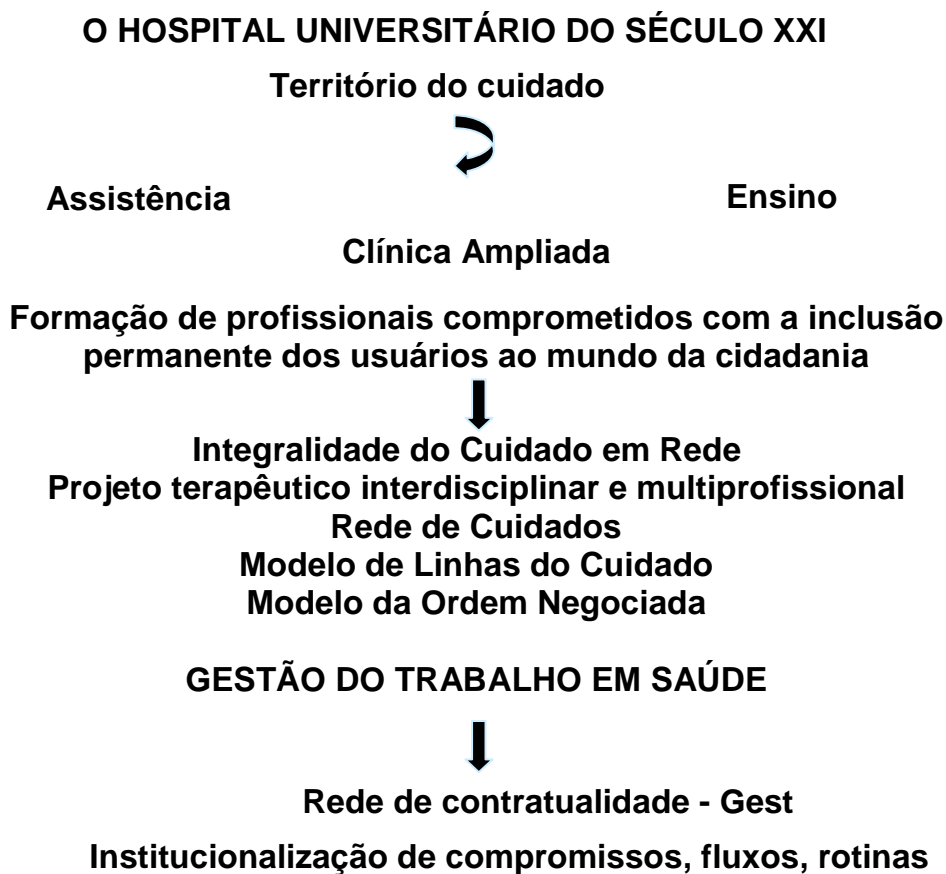
Além disso, é necessário desenvolver uma política alternativa de incentivo ao desempenho de acordo com a avaliação de resultados nas Unidades Funcionais e que seja viável juridicamente, possibilitando maior motivação e envolvimento dos diferentes segmentos institucionais com o projeto do HC.

Por fim, no contexto mais geral, o HC como uma estação de cuidados necessita de maior articulação com os diversos serviços do Sistema Único de Saúde, institucionalizando fluxos de referência e contra-referência para assegurar a integralidade da assistência, participando uma rede de cuidados que se apresenta como



espaço privilegiado também para a inserção dos alunos na perspectiva de uma clínica mais ampliada. Composta pelo conjunto de saberes, responsabilidades e práticas que potencializam a ação do profissional possibilitando maior resolutividades dos problemas de saúde e apostando no protagonismo de usuários e alunos para uma nova ordem e dinâmica de ensino-aprendizagem.

A saúde se apresenta como campo privilegiado de ação do capital e do Estado produzindo trabalho, políticas e práticas de sujeitos sociais. A gestão em saúde pode qualificar de forma diferenciada este setor, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a formação de profissionais ética e tecnicamente comprometidos com a inclusão dos usuários no mundo da cidadania. Para isso, a ordem negociada em todas as esferas institucionais e gerenciais se apresenta como o modelo capaz de promover a concretização de um projeto mais coletivo e afinado com os princípios que orientam o trabalho em saúde como recurso precioso para qualificar a vida e as relações.



*Encerro por hora a escrita desse estudo.  
Respiro pausada e profundamente.  
Sussurro as reticências ...  
E por um momento,  
É um alívio  
Esse silêncio.*

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, M.P. **O processo de planejamento em um hospital público e universitário: o discurso e a prática**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais.
2. ALMEIDA, C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**. 4(2): p. 263-286, 1999.
3. ALMEIDA, C. Equidade e Reforma Setorial na América Latina, um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**. 18 (Sup): p. 23-36, 2002.
4. ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168 p.
5. ARENDT, H. A condição humana. In: ARENDT, H. **A condição humana**. 6<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993. Cap I, p.15-30.
6. ARISTÓTELES. Ética a Nicômano: Poética. Seleção de textos de José Américo Motta Pessanha. São Paulo: Nova Cultural, 1987 (Os Pensadores). Livro II, p. 27-39.
7. BOBBIO, N. A grande dicotomia: público e privado. In: BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade: para uma teoria geral de política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987. Cap II, p. 33-52.
8. BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. (1988). Capítulo II. Art. 196 a 200. Brasília, 1988.
9. BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do Aparelho do Estado e mudanças constitucionais**. Brasília: MARE, 1997. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 6).

10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
11. BRASIL. **NOB 1993. Norma Operacional da Atenção Básica de 1993**. Brasília, 1993
12. BRASIL. NOB 1996. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 1996.
13. CALDAS JÚNIOR, A. L. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. **Associação Profissional dos docentes da UFMG**. Número 18, p. 95-110. Belo Horizonte, 1999.
14. CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R.(Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap 7, p. 229-267.
15. CAMPOS, F. E, FERREIRA, J. R., FEUERWERKER, L., SENA, R. R., CAMPOS, J. J. B., CORDEIRO, H., CORDONI LUNIOR, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V 25, número 2, maio-agosto, 2001.
16. CAMPOS, G. W. S. Educação Médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 15(1): p. 187-193, jan-mar, 1999.
17. CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295 p
18. CARMO, M. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de Minas Gerais.
19. CECÍLIO, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MEHY,E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. Cap. 9, p. 293-320.
20. CECÍLIO, L.C.O. Relatório parcial do projeto de pesquisa “**Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil**”. Agência Nacional de Saúde Suplementar. DIPRO/GGTAP. Produto 3, Maio de 2003.
21. CHERCHIGLIA, M. L. **O conceito de eficiência na Reforma do Estado Brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público**. São Paulo: USP, 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
22. CLEMENTE, B. T. **Cronologia histórica dos hospitais universitários**. Salvador, 1998. Mimeogr.
23. CORREA, E. J. & GUSMÃO, S. N. S. **85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte: COOPMED. 1997. 210

24. COSTA, A. J. G. & TOLEDO, K. M. N. **A escolástica**. Campinas, 2002. Mimeogr p.
25. COSTA, M.A. Relatório final do projeto de pesquisa “**Estudo e Desenvolvimento de Modelos de Garantias Assistenciais**”. Agência Nacional de Saúde Suplementar. DIPRO/GGTAP. Produto 6, Maio de 2004.
26. COUTINHO, A.A.P. **A contribuição do projeto maternidade segura para a organização da assistência hospitalar: análise da experiência da Maternidade Odete Valadares em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
27. FERREIRA, R.A. **A Pediatria da UFMG: inserção na mudança do ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. Tese (Doutorado) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
28. FLORES, F. **Inventando la empresa del siglo XXI**. Chile: Hachete, 1989.
29. FOSS, L. **The end of modern medicine: biomedical science under a microscope**. Albany, Suny Press, 2002.
30. FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295 p. Cap. VI, p. 99-111.
31. GONÇALVES, M.A.S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. **Educação e Sociedade**. Ano XX, número 66, abril, 1999.
32. GONÇALVES, R.B.M. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”. GALLO, E. (org) **Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995. p. 13-37.
33. GUATTARI, F. & DELEUZE, G. **El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia**. Buenos Aires: Corregidor, 1974.
34. HELLER, A. O lugar da ética no marxismo. In: Heller, A. **O cotidiano e a história**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985, p. 111-121.
35. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Regulamento do Hospital das Clínicas da UFMG. Marco Teórico do regulamento do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, 1967. 21 p. Mimeogr.
36. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Diagnóstico da evolução do modelo assistencial e administrativo do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, 1990. Mimeogr.

37. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Relatório Final da II etapa do Seminário “Análise do modelo assistencial do Hospital das Clínicas e suas conseqüências para o ensino, pesquisa extensão e administração”**. Belo Horizonte, 1992. 40 p. Mimeogr.
38. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Linhas básicas da proposta de novo modelo assistencial para o Hospital das Clínicas**. Belo Horizonte, 1992a. 24 p. Mimeogr.
39. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HC / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. **Projeto de Gestão**. Belo Horizonte, 1995. 62p. Mimeogr.
40. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Diretor 1996-1999**. Belo Horizonte, 1996. 29 p. Mimeogr.
41. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **III Seminário do HC: Relatório Final. Missão e Relações Intra e Inter Institucionais. Estrutura Organizacional e gerencial. Financiamento. Modelo Assistencial e Pedagógico. Sistema de Recursos Humanos**. Belo Horizonte, 1998. 113 p. Mimeogr.
42. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Conselho de Usuários do Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, 1998a. 15p. Mimeogr.
43. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Diretor 1999-2000**. Belo Horizonte, 1999. 20 p. Mimeogr.
44. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Gestão 2000-2002**. Belo Horizonte, 2000. 30 p. Mimeogr.
45. HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Contrato de Gestão com Unidade Funcional Pediatria**. Belo Horizonte, 2002. 14 p. Mimeogr.
46. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Gestão 2002-2004**. Belo Horizonte, 2003. 23 p. Mimeogr.
47. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG & SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA. **Convênio de Gestão: Plano operativo anual. Proposta 2005**. Belo Horizonte, 2004. Mimeogr.

48. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Regimento do Hospital das Clínicas da UFMG**. Anexo à Resolução Complementar número 01/04 de 29/01/2004. Belo Horizonte, 2004a. Mimeogr.
49. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **IV Seminário do Hospital das Clínicas**. Belo Horizonte, 2004b. Mimeogr.
50. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Modelo de Gestão Descentralizada do HC/UFMG: Unidades Funcionais**. Belo Horizonte, 2005. Mimeogr.
51. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Gestão 2004-2006**. Belo Horizonte, 2005a. Mimeogr.
52. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Relatório de Execução do Convênio Global entre Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Hospital das Clínicas da UFMG 1º Semestre de 2005**. Belo Horizonte, 2005b. Mimeogr.
53. HOSPITAL DAS CLÍNICAS / UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – HC/UFMG. **Plano Operativo do Convênio Global entre Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Hospital das Clínicas da UFMG Ano 2006**. Belo Horizonte, 2006. Mimeogr.
54. JORGE, A.O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Campinas: UNICAMP, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
55. LE GOFF, J. Nascimento dos intelectuais. In: LE GOFF, J. **Os intelectuais na Idade Média**. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.20-59.
56. LEMOS, J. M. C. História do Hospital das Clínicas. In: CORREA, E. J. & GUSMÃO, S.N.S. (org.). **85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte: COOPMED. 1997. Seção V, p. 136-145.
57. MACHADO, M.N.M. **Entrevista de Pesquisa: a interação Pesquisador/Entrevistado**. Belo Horizonte: Editora C/Arte. 2002. 151 p.
58. MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Tradução: Bertha Halpern Gurovitz. Pretrópolis, RJ: Vozes, 2005, 350 p.
59. MARX, K. **O capital**. São Paulo: Difel, 1985.
60. MATUS, C. **Política, Planificacion y Gobierno**. Borrador, Washington, 1987.

61. MENESES, C.S. **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo.** Campinas: UNICAMP, 1998. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 158 p.
62. MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org) **Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995. p. 117-148.
63. MERHY, E.E. **A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Campinas: UNICAMP, 1998. Mimeogr.
64. MERHY, E.E. **Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para gestão da mudança.** Campinas: UNICAMP, 1999. Mimeogr.
65. MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate; 145).
66. MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido.** Campinas: UNICAMP, 2003. Mimeogr.
67. MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E. & Onocko, R.(orgs). **Agir em Saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Cap. 2, p.71-112.
68. MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: UNICAMP, 2003. Mimeogr.
69. MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais.** Campinas: UNICAMP, 2001. Mimeogr.
70. MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento.** Vol. 1. Brasília, 1992.
71. MERLEAU-PONTY M. **O visível e o invisível.** São Paulo: Perspectiva, 1971. p. 131.
72. MINAYO, M.C.S. (org), DESLANDES, S.F., NETO, C.O., GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 22ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.
73. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2000. 269 p. (Saúde em Debate, 46)

74. NORONHA, J.C. & SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**. 6 (2): 445-450, 2001.
75. PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. (orgs). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.
76. PIRES, A. **Faculdade de Medicina d Bello Horizonte. Subsídios documentos para a história da fundação da mesma**. Bello Horizonte, Imprensa Oficial de Minas, 1927.
77. RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social: Uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 213 p.
78. SALLES, P. **Notas sobre a história da medicina em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, Edições Cuatira, 1997.
79. SANTOS, B.S. Da idéia de universidade à universidade de idéias. *In: Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 5<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Cortês, 1999. Cap. 8, p.187-226.
80. SANTOS, B.S. Metodologia e Hermenêutica I. *In: Introdução a uma ciência pós moderna*. 4 ed. São Paulo: Graal, 2003. Cap. 3, p. 47-70.
81. SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as Ciências**. 2 ed. São Paulo: Cortêz, 2004. 92 p.
82. TESTA, M. Analisis de instituciones hipercomplexas. *In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs) Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997. Cap. 1, p. 17-70.
83. TOURAINÉ, A. **Um novo paradigma para compreender o mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 261 p.
84. TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública** 39(3), 507-514, 2005.
85. UGÁ, M.A.D. *et.al.* A regulação da atenção à saúde nos EUA. *In: TEIXEIRA, A. (org.). Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*. Ministério da Saúde. ANS (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76). Rio de Janeiro: 2002. 264 p.
86. VOGT, C. Ciência, Tecnologia e Inovação: desafios e contraponto. **Com Ciência**, setembro, 2001.



## **ANEXO 1- UNIDADES FUNCIONAIS DO HC DA UFMG**

### **1. Pronto Atendimento**

### **2. Clínica Médica**

- Clínica Médica de adulto
- Dermatologia
- Doenças Infecto Parasitárias
- Endocrinologia
- Neurologia
- Reumatologia
- Centro de Tratamento Intensivo - Adulto

### **3. Hematologia**

- Agência Transfusional
- Hematologia
- Oncologia
- Quimioterapia
- Transplante de Medula Óssea

### **4. Unidade Multiprofissional na Promoção da Saúde**

- Fisioterapia
- Psicologia
- Serviço Social
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiologia

### **5. Ginecologia/Obstetrícia/Neonatologia**

- Ginecologia
- Obstetrícia
- Neonatologia

### **6. Centro Cirúrgico e Anestesiologia**

- Centro Cirúrgico
- Anestesiologia

### **7. Pediatria**

- Pediatria Clínica
- Cirurgia Pediátrica
- CTI Pediátrico

## **8. Clínico/Cirúrgica I**

- Cardiologia/Cirurgia Cardiovascular
- Nefrologia/Urologia
- Hemodiálise
- Pneumologia/Cirurgia Torácica
- Transplante de Pulmão
- Transplante Renal

## **9. Clínico/Cirúrgica II**

- Cirurgia Plástica
- Neurocirurgia
- Ortopedia

## **10. Gastroenterologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo (Instituto Alfa de Gastroenterologia )**

- Gastroenterologia
- Cirurgia do Aparelho Digestivo

## **11. Hospital São Geraldo**

- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia

## **12. Ambulatórios Bias Fortes e Borges da Costa**

## **13. Apoio Diagnóstico por Imagem**

- Imaginologia
- Medicina Nuclear

## **14. Patologia e Medicina Laboratorial**

- Laboratório de Patologia Clínica
- Anatomia Patológica

## **15. Farmácia**

## **16. Serviço de Nutrição e Dietética**

## **17. Convênios e Particulares**

## **18. Serviço de Processamento de Roupas e Esterilização de Materiais**

- CME
- Costura
- Lavanderia

## **19. Infra-estrutura**

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

## **20. Financeiro**

- Contabilidade
- Custos
- Faturamento
- Tesouraria
- Internação

## **21. Gestão de Materiais**

- Almoxarifado
- Comissão de Controle de Qualidade de Material
- Compras

## **22. Engenharia Hospitalar**

- Manutenção
- Pequenas Obras

## **23. Recursos Humanos (Vice-Diretoria)**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)