

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

**ANÁLISE DO PROCESSO DE CONFORMAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL NOS
HOSPITAIS FEDERAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

AUTORA
LUCIANE BINSFELD

ORIENTADOR
FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA

RIO DE JANEIRO, JULHO DE 2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Juliano,
por me fazer feliz e compartilhar
seus dias comigo.

Dedico também ao meu pai,
in memorium, por sempre
ter confiado em mim.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Javier, pela oportunidade de compartilhar do seu conhecimento e pelo incentivo e confiança que depositou na construção do trabalho.

Aos professores da banca examinadora por terem aceitado analisar meu trabalho e pelas contribuições.

A todos os gestores que aceitaram participar do trabalho, em especial a equipe da coordenação de planejamento do DGH pelo apoio e atenção.

A minha mãe e meu irmão, por saber que posso sempre contar com vocês.

As minhas amigas e colegas de trabalho, Márcia e Camila, pelo carinho e compreensão, e a Cynthia, pelo apoio e amizade desenvolvida desde que nos conhecemos.

A minha amiga Rosana, com quem compartilho meus trabalhos e os momentos de descontração desde a especialização em saúde pública.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
DGH	Departamento de Gestão Hospitalar
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressão-Chave
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FGV	Fundação Getúlio Vargas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Idéia Central
INAMPS	Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISMICA	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadros

Quadro 1 - Resumo das diferentes perspectivas organizacionais e da definição dos objetivos
Quadro 2 – Resumo sobre a definição de objetivos nas organizações públicas de saúde
Quadro 3 - Tipos de estratégia entre deliberada e emergente
Quadro 4 - Resumo sobre a definição de estratégia, o processo de mudança e as organizações profissionais
Quadro 5 – Resumo das variáveis que interferem na definição do perfil assistencial dos hospitais
Quadro 6 – Lista de entrevistados por unidade que participaram do estudo
Quadro 7 - Consolidado dos Resultados por Questão da Entrevista, Temas, Idéias Centrais e Discursos

Figuras:

Figura 1 – Os componentes do cubo da mudança
Figura 2 – Concepções quanto à forma e condução das mudanças organizacionais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	5
2.1 <i>Mudanças no cenário global e o papel do hospital no sistema de saúde brasileiro</i>	5
2.2 <i>Teorias Organizacionais e a definição de objetivos</i>	11
2.2.1 <i>A definição de objetivos nas organizações públicas de saúde</i>	17
2.3 <i>A definição de estratégia e o processo de mudança organizacional</i>	21
2.4 <i>Experiências nacionais de trabalho com a missão hospitalar e perfil assistencial</i>	30
3. METODOLOGIA	36
3.1 <i>Campo de investigação</i>	36
3.2 <i>Coleta de dados</i>	36
3.3 <i>Aspectos Éticos</i>	37
3.5 <i>Modelo de Análise</i>	37
4. RESULTADOS	80
4.1 <i>Caracterização do Perfil Assistencial dos Hospitais Federais pelos gestores</i>	47
4.2 <i>O Processo de Mudanças nos Hospitais e a definição de Estratégia</i>	54
4.3 <i>A conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais</i>	71
4.4 <i>Fatores envolvidos na definição do perfil assistencial e o enfoque démarche stratégique</i>	81
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

O hospital constitui-se hoje em um espaço estratégico para a reorganização do sistema de saúde brasileiro. Ele é responsável por grande parte dos atendimentos de saúde, concentra maior parte dos recursos financeiros, materiais e humanos e possui grande visibilidade perante a sociedade.

Nos últimos anos fatores importantes como a mudança no perfil epidemiológico, demográfico e social, a crescente incorporação tecnológica e o envelhecimento da população, com conseqüente aumento dos custos da assistência em saúde, bem como a necessidade de maior integração dos diversos serviços da rede de saúde, vêm demandando mudanças no modelo assistencial que afetam diretamente a área hospitalar (Malik & Novaes, 2007).

A introdução de novas modalidades assistenciais, como o hospital-dia, as cirurgias ambulatoriais e as internações domiciliares, a pressão por serviços especializados decorrentes da ampliação da atenção primária em áreas antes descobertas e a reestruturação nos modelos de gestão na busca por maior eficiência, com a criação de escalas mais adequadas e racionalização no uso dos leitos, são algumas das questões que evidenciam a importância da discussão do papel do hospital na reorganização da atenção à saúde.

Apesar da importância do seu papel, os debates na área de atenção hospitalar configuram-se freqüentemente pela percepção de uma crise no setor decorrente de um conjunto de problemas e de várias dimensões como política, financeira, assistencial, organizacional e de gestão (Ministério da Saúde, 2004; Barbosa, 1997).

A dimensão organizacional refere-se principalmente à definição do lugar que o hospital deve ocupar no conjunto de serviços de saúde. Dentre as questões colocadas na pauta de discussão estão o dimensionamento da rede hospitalar, sua oferta, configuração interna, sua distribuição territorial e também a forma de integração com os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

Dentro desta discussão sobre o papel do hospital, um dos principais problemas enfrentados diz respeito à definição do perfil assistencial de cada unidade hospitalar que compõe a rede, uma vez que este tem grande impacto sobre o modelo de atenção presente em determinado território (Cecílio, 2002a).

A percepção que se tem hoje é de que o perfil assistencial é definido principalmente por dois fatores: pela demanda e pela disponibilidade de recursos humanos e especialidades médicas, e não numa perspectiva de negociação com os demais serviços da rede de saúde e com os gestores locais e regionais (Cecílio, 2002a; Castelar et al, 1995).

Em conseqüência disto, os hospitais configuram seu perfil de modo que se amplia a possibilidade de constituição de unidades que muitas vezes apresentam duplicidade na prestação de

serviços, baixa eficiência e não atendem às necessidades da população numa perspectiva regionalizada (Rivera, 1997; Artmann, 2003; Lima, 1994).

Outra dimensão a ser considerada neste estudo é a gerencial, que aponta como um dos motivos da crise hospitalar a baixa capacidade de gestão das unidades hospitalares. Este problema é identificado pela baixa utilização de instrumentos como planejamento, custos e avaliação de desempenho, objetivos pouco definidos, e se reflete em desperdício baixa eficiência e pouca otimização dos recursos (Brasil, 2004).

Dessa forma, mesmo que a insuficiência de financiamento seja reconhecida como um entrave para melhorias na área da saúde apenas o aumento do aporte de recursos não conseguiria reverter esta situação de crise do sistema.

Essa situação tem suscitado uma grande discussão em torno do tema da gestão hospitalar e da necessidade de identificação de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento dos hospitais e que amplie a capacidade dos dirigentes hospitalares para lidar com os problemas destas organizações.

Alguns projetos já vêm sendo incorporados pelos hospitais e têm como referencial teórico a produção em torno da qualidade total. Estes trazem para as unidades a preocupação com resultados, aumento de produtividade, eficiência e com a satisfação dos clientes, outros voltam o foco para a adoção de protocolos e na medicina baseada em evidências (Vecina Neto e Malik, 2007).

Surgem também propostas que valorizam a democratização da gestão, a partir da ampliação da participação dos profissionais, da clínica ampliada e da integração do hospital a rede de serviços e compõe as produções em torno, principalmente, da concepção Paidéia (Campos e Amaral, 2007).

Outro enfoque, denominado *démarche stratégique*, propõe a análise estratégica da missão hospitalar, situando-o na perspectiva de uma rede coordenada de serviços de saúde e traz no seu arcabouço teórico contribuições da microeconomia, do campo da política, da estratégia e específicos da área da saúde (Rivera, 1997, Rivera e Artmann, 2003; Artmann, 2003).

Assim, esse trabalho surge a partir da preocupação e identificação da necessidade de ampliar a compreensão sobre a forma como os hospitais vêm conformando seu perfil assistencial dentro deste contexto de mudança tanto no cenário epidemiológico e demográfico quanto do seu papel no sistema de saúde. Também porque considera importante identificar quais os instrumentos que as unidades têm utilizado para definição do seu perfil e como vêm conduzindo suas mudanças.

No caso do Rio de Janeiro essa crise dos hospitais públicos tem se manifestado a partir de vários problemas, que freqüentemente são levados a público pela imprensa, e são decorrentes de filas nas emergências, leitos desativados, superlotação, falta de materiais e medicamentos, obras paralisadas, precarização do trabalho e falta de profissionais (Machado, 2005; Campos, 2005).

Em relação à rede federal, estes problemas desencadearam também mudanças significativas na gestão e no funcionamento de quatro hospitais. Nestas unidades, que haviam sido municipalizadas, o conjunto de problemas apontados acima provocou em 2006 a assinatura de um decreto declarando estado de calamidade no município do Rio de Janeiro e a intervenção num conjunto de hospitais públicos, o que fez com que as unidades municipalizadas retornassem para gestão federal (Decreto 5392/2005). Posteriormente foi criado um Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) que ficou responsável pela coordenação dos hospitais federais localizados no Rio de Janeiro (Alves e Machado, 2008).

Desta forma, acredita-se que analisar as mudanças ocorridas no perfil assistencial dessas unidades hospitalares, a partir da percepção dos gestores hospitalares e dos gestores do DGH, pode contribuir para identificar como os hospitais conformam seu perfil assistencial, quais os fatores e os atores envolvidos na sua conformação.

Esta análise pode contribuir também para a identificação e aprimoramento de mecanismos e dispositivos de planejamento que permitam uma definição mais racional e pactuada deste perfil, favorecendo uma oferta de serviços mais de acordo com as necessidades e demandas da população.

A pergunta que motivou a proposta deste trabalho é: como ocorrem as mudanças e quais são os principais determinantes na conformação do perfil assistencial dos hospitais?

Desta pergunta decorrem outras que orientam o desenvolvimento do trabalho: Como os gestores percebem o perfil assistencial das unidades hoje? Como se dá o processo de mudança do perfil assistencial? Quais as principais variáveis envolvidas nesta definição? Quem participa da definição? Quais as ferramentas de planejamento utilizadas e que podem auxiliar neste processo?

Assim, o estudo tem como principal objetivo analisar o processo de definição/conformação do perfil assistencial nas unidades hospitalares federais do Estado do Rio de Janeiro.

Como referenciais teóricos são utilizadas as contribuições de Mintzberg (2004, 2006a, e 2006c), Mintzberg et al (2006b) e Motta (2004) sobre a definição de estratégia e processo de mudança organizacional e uma revisão de Lima (1994, 1996) e Marinho (1990) sobre a definição de objetivos a partir das perspectivas organizacionais.

A partir deste referencial teórico e da análise do discurso dos gestores dos hospitais federais e dos gestores do DGH o estudo pretende:

- a) Identificar a percepção dos gestores quanto ao perfil assistencial dos hospitais e quais as principais mudanças que ocorreram nos últimos anos;
- b) Analisar quais os mecanismos/instrumentos utilizados pelas unidades no processo de mudança e conformação do perfil assistencial;
- c) Analisar os principais fatores e problemas envolvidos na sua definição;
- d) Identificar atores internos ou externos envolvidos no processo;

- e) Apresentar experiências nacionais e ferramentas de planejamento que auxiliem na definição do perfil assistencial.

O trabalho está organizado em quatro partes. Na primeira parte constam as contribuições dos autores citados acima e uma revisão de duas experiências nacionais de definição da missão em organizações hospitalares, que vão se constituir como referencial teórico do estudo. Na segunda, são apresentados o caminho metodológico seguido no trabalho e o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que foi adotado para organização dos resultados. Em seguida, na terceira parte, os resultados das entrevistas realizadas nos hospitais federais e no DGH são apresentados e discutidos. Por fim, as considerações finais do estudo são feitas buscando-se responder às perguntas colocadas no início do trabalho e aos objetivos do estudo.

2. Revisão Bibliográfica

Na revisão teórica foram analisados alguns elementos do contexto em que se situa o tema estudado, a produção de autores que analisam o processo de definição de objetivos e de mudança nas organizações, bem como trabalhos em torno da definição da missão e do perfil assistencial na área da saúde.

Assim, a revisão bibliográfica foi dividida em quatro partes. Na primeira são apresentadas algumas mudanças ocorridas no cenário epidemiológico, demográfico e tecnológico nos últimos anos, e uma breve revisão sobre a constituição do papel do hospital no sistema de saúde brasileiro.

A segunda parte apresenta uma revisão de como ocorre a definição de objetivos nas organizações, seu conceito e os atores que participam do processo a partir da perspectiva das teorias organizacionais e das características das organizações públicas de saúde.

Posteriormente o processo de formação de estratégias e de mudança, seu conteúdo e velocidade nas organizações em geral, são revisados a partir das contribuições de dois autores, Motta (2003), Mintzberg (2004, 2006a, e 2006c) e Mintzberg *et al* (2006b) e como ocorre no caso específico das organizações profissionais, a partir do trabalho deste último autor.

Por fim, no quarto capítulo é apresentada a experiência e produção teórica de três autores, Cecílio (2000), Artmann (2003) e Rivera (1997) que buscam a partir de experiências em instituições de saúde operacionalizar a definição da missão e perfil assistencial das unidades hospitalares no contexto brasileiro.

2.1 Mudanças no cenário global e o papel do hospital no sistema de saúde brasileiro

Dentre os vários fatores que interferem na organização, estrutura e oferta de serviços hospitalares num determinado território, encontram-se questões epidemiológicas, demográficas e as características de morbimortalidade da população, além do modo como se estrutura o modelo assistencial do país.

Algumas mudanças ocorridas no final deste século já são amplamente conhecidas e afetam tanto o contexto brasileiro como mundial, provocando mudanças significativas no processo de adoecimento e na estrutura populacional. Tais mudanças têm influencia no papel que o hospital desempenha no sistema de saúde.

Dentre elas podem ser citadas a diminuição das taxas de natalidade que ao contrário da explosão demográfica ocorrida no Brasil entre as décadas de 40 e 60, a partir da década de 70 vem

apresentando declínio constante, chegando em 2000 com uma taxa de fecundidade de 2,3 filhos por mulher (Castelar et al, 1995).

Paralelamente observa-se o aumento significativo da esperança de vida, a qual atingiu em 2000 os 66,7 anos para população masculina e 74,2 para feminina. Relatório do IBGE (2008) atribui esta elevação tanto à melhoria das condições de vida da população quanto aos avanços na área da medicina, e estima que em 2050 a expectativa de vida deva atingir os 81,3 anos.

Segundo Vecina Neto e Malik (2007) a população acima de 65 anos demanda em média quatro vezes mais atendimento em saúde, o que pode provocar um aumento significativo no consumo de serviços de saúde.

Uma análise realizada por Loyola Filho et al (2004) sobre o perfil das internações hospitalares da população idosa brasileira (60 ou mais anos de idade) comparada ao da população com 20-59 anos, identificou um risco maior de hospitalizações entre os idosos para praticamente todas as causas investigadas. Dentre as causas responsáveis por 60% das internações estão aparelho circulatório, respiratório e digestivo, sendo que as mesmas no grupo mais jovem representaram apenas 38%.

Também é importante considerar que esta maior utilização dos serviços hospitalares é decorrente dos agravos característicos deste período da vida, que se constituem principalmente de doenças crônicas e de maior gravidade e implica além da disponibilidade de serviços um impacto no perfil desta oferta.

Com relação à mortalidade em geral, observa-se uma diminuição que inclui também a taxa de mortalidade infantil, porém de forma pouco acentuada no componente neonatal, o que indica a necessidade de ampliar a oferta de serviços nesta área (IBGE, 2008).

Também se observa uma alteração no perfil de morbi-mortalidade com diminuição da mortalidade pelas doenças infecto-contagiosas e o aumento da mesma no caso das doenças crônico-degenerativas e pelas causas externas.

Porém, essas mudanças não significaram uma superação das doenças transmissíveis, pois hoje se convive tanto com o reaparecimento de determinados agravos como surgimento de novas enfermidades.

Na análise das tendências da morbidade por esse grupo Carmo et al (2003) identifica três padrões diferentes de evolução, o grupo com tendência declinante, onde se encontram principalmente as doenças imunopreveníveis, os agravos com quadro de persistência como tuberculose, malária, esquistossomose e as classificadas como emergentes e reemergentes, entre elas a AIDS, dengue e hantavírus.

A violência é outro problema que vem interferindo tanto nos dados de mortalidade quanto morbidade no mundo todo, sendo que no Brasil compõem um dos principais grupos de

atendimentos do sistema de Autorização de Internações Hospitalares (AIH). Desde o início da década de 80, as causas externas representam a segunda causa de morte no Brasil e também determinam a crescente demanda aos serviços de saúde, principalmente da urgência e emergência dos hospitais (Gawryszewski et al, 2004).

Outra questão importante são os significativos avanços observados nas últimas décadas no campo tecnológico que vêm introduzindo novos fármacos, novas formas de diagnóstico e tratamento e gerando grandes expectativas a partir dos estudos do DNA humano e, mais recentemente, das células tronco (OPAS, 2004).

Esta evolução na infra-estrutura e nas tecnologias clínicas vem mudando a própria configuração das instituições hospitalares ao longo do tempo, sendo que *hoje o hospital se transformou num complexo espaço no qual se utilizam dispositivos de alta tecnologia, que requerem cada vez mais capacitação em processos assistenciais das mais diversas naturezas* (OPAS, 2004:349).

Uma característica importante neste processo é a velocidade com que vem se produzindo estas mudanças e a incorporação destas tecnologias na área da saúde. Dentre os motivos apontados um deles refere-se à ampliação do acesso a informação através das redes virtuais que possibilitou tanto as trocas de informações entre especialistas quanto o acesso a informações por parte dos usuários, sendo que ao tomarem conhecimento de novas tecnologias pressionam por sua incorporação (OPAS, 2004).

Uma das conseqüências deste processo tem sido o aumento crescente dos custos na área da saúde. Estes são decorrentes tanto da incorporação destas novas tecnologias que possuem um custo cada vez maior, como pelo fato de que na saúde a existência de uma inovação não provoca necessariamente a substituição da tecnologia já utilizada (Vecina Neto & Malik, 2007).

Estes mesmo autores colocam ainda que, além do gasto com os insumos envolvidos na assistência, outra questão que impacta no aumento dos custos é a inflação intrínseca do setor. *O fenômeno é bastante reconhecido: os preços do setor saúde crescem mais que os da economia em geral, talvez por causa da demanda crescente, frente a uma oferta que não consegue acompanhar o crescimento; da pressão pelo uso da tecnologia, para amortizar o investimento realizado e para viabilizá-lo junto ao mercado, da necessidade de produzir mais valia, etc* (Idem:827).

Assim, a dimensão tecnológica tem adquirido uma importância cada vez maior na área hospitalar, *transformando-se em um dos critérios mais importantes de definição do hospital, inclusive do seu perfil assistencial* (OPAS, 2004:349).

Outra questão importante são os princípios que norteiam o sistema de saúde e seu modelo de atenção, pois estes determinam a forma de organização do sistema e, assim como os fatores já

apresentados no capítulo, interferem no papel e no perfil assistencial do hospital e na forma como este se relaciona com os demais serviços de saúde.

No caso brasileiro os princípios pelos quais se pauta o Sistema Único de Saúde (SUS) são a regionalização e hierarquização, bem como a ampliação da oferta de serviços na busca de garantir a universalidade (Lei 8080/1990).

A hierarquização pressupõe a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, a qual possibilitaria um acesso mais adequado da população e do atendimento de suas necessidades e a racionalização dos recursos.

Este princípio pressupõe o reconhecimento da capacidade dos diferentes níveis em atender determinados problemas, bem como a insuficiência para outro conjunto de cuidados em saúde. Isto traz a necessidade de articulação e integração dos componentes da rede, através da incorporação de mecanismos de referência e contra-referência, para dar conta dos problemas de saúde da população.

No contexto do sistema nacional o hospital, pelo volume e características de seu atendimento e pela constituição histórica do sistema de saúde, tem se caracterizado como a verdadeira porta de entrada do sistema. Neste caso o hospital estaria sendo referência para diversas situações como consultas, realização de exames e pequenas urgências, as quais se consideram que poderiam ser atendidas de forma mais adequada fora da instituição hospitalar (Cecílio, 1997).

Desta forma, considerando tanto o aumento dos custos que este modelo “hospitalocêntrico” vem acarretando ao sistema, bem como o reconhecimento de que este modelo não atende as necessidades de oferta e cuidados de saúde de forma mais integral, o Ministério da Saúde (MS) apresenta o Programa de Saúde da Família como proposta para a reorganização do modelo assistencial (Brasil, 1994, 1996).

Essa política propõe uma reordenação do sistema a partir da ampliação da atenção básica e a expansão do programa de saúde da família, sendo que este deveria se constituir como primeiro nível de acesso da população e resolver a maior parte dos problemas de saúde.

Com a expansão da atenção básica, em que pesem as críticas de alguns autores quanto a configuração de um “modelo piramidal”, a discussão da necessidade de se repensar o papel de cada unidade de saúde na organização do sistema nacional, principalmente a modificação do papel do hospital, passa a ser objeto de discussão em vários trabalhos (Cecílio, 1997; Castelar et al, 1995; Campos e Amaral, 2007).

Nessas propostas, ainda na década de 90, o lugar que o hospital deveria ocupar no sistema já aparece como devendo ser *reservado aos pacientes em condições clínicas mais severas, em que existe necessidade de cuidados contínuos e em situações de risco. O hospital seria então um espaço concentrado de recursos tecnológicos de maior complexidade e de recursos humanos mais especializado* (Castelar et al, 1995:74).

Em trabalhos mais recentes ainda identifica-se a necessidade do hospital assumir um novo papel no sistema de saúde, sendo que este deveria tender cada vez mais a voltar sua atenção para os pacientes mais graves e os procedimentos de maior complexidade (Campos e Amaral, 2007).

Esta visão do hospital como local de cuidados de maior complexidade também leva à necessidade de ampliação de formas alternativas de atenção extra-hospitalar, como a internação domiciliar, hospital dia, serviços de atendimento móvel de urgência e emergência.

Em 2004 o Ministério da Saúde lança o documento intitulado “Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileiro”. Nele identifica problemas referentes a rede nacional hospitalar como: isolamento do hospital com relação ao restante da rede; a heterogeneidade na incorporação de tecnologia e complexidade dos serviços; concentração dos estabelecimentos em determinadas regiões e nas capitais; insuficiência de recursos, baixa capacidade de gestão, entre outros (Brasil, 2004).

Algumas propostas de políticas para o setor forma detalhadas nesse documento, como a dos hospitais de ensino, hospitais de pequeno porte e da internação domiciliar.

Duas delas apontam mais diretamente para uma preocupação quanto a mudanças do perfil assistencial do hospital, como a internação domiciliar que visa um processo de desospitalização a partir de intervenções terapêuticas que passam a ser realizadas no domicílio dos usuários e a política dos hospitais de pequeno porte, que redefine o papel destas unidades dentro do sistema de saúde. Esta proposta parte da necessidade de, principalmente em locais que expandiram sua atenção básica, o hospital modifique sua oferta e passe a servir como referência em média complexidade (Ugá e Lopes, 2007).

Porém, na percepção de Campos e Amaral (2007:857), a incorporação destas tecnologias que *redefinem a utilização do hospital dentro da rede de saúde tem sido feitas no SUS de modo gradativo,... e não tem sido estimulada de modo suficiente para redefinir o papel do hospital no sistema*. Os mesmos autores apontam que o se tem hoje são apenas medidas complementares e isoladas e que não permitem uma reforma sistêmica do sistema hospitalar.

Esta questão da ausência de uma Política Nacional também aparece no trabalho de outros autores e é apontada como responsável pela configuração da rede hospitalar brasileira atual ter sido constituída mais por um processo histórico, que agrega necessidades de saúde percebidas e por definições políticas localizadas e de disputas de poder, do que por uma agenda nacional (Castelar, 1995; Brasil, 2004).

Porém, neste novo contexto de organização do sistema de saúde o desafio para a rede hospitalar não passa apenas pela mudança no seu papel e na oferta de serviços, mas também pela mudança na forma como se relaciona com o restante dos atores do sistema nacional.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em num de seus relatórios, ressalta isto ao chamar a atenção para o fato de que *as organizações já não precisam ser auto-suficientes. A inter-relação e a cooperação, bem como a complementaridade permitem construir redes e formas contínuas de trabalho entre as organizações e dentro delas. Já não se concebem organizações de saúde que para alcançar seus fins não se articulem em redes internas e externas* (OPAS, 2004:46).

Como o hospital deixa de ser o principal, e em alguns casos o único, prestador de serviços de saúde, as organizações para alcançarem seus objetivos devem passar a se articular em rede e desenvolver formas de trabalho onde prevaleça a cooperação e a complementaridade em detrimento da auto-suficiência. Desta forma, a definição dos seus objetivos e dos produtos e serviços que serão ofertados a população deveria considerar esta relação de complementaridade que os componentes desta rede possuem (Rivera e Artmann, 2003).

Porém, apesar de ser ressaltada a importância da configuração do papel do hospital, e conseqüentemente do seu perfil assistencial, como resultado de um processo integrado e não isolado e fragmentado, o que se encontra na literatura é uma percepção de que ainda existem várias fragilidades neste contexto (Cecílio, 2002a; Lima, 1994; OPAS, 2004; Rivera, 2003; Artmann et al, 1997; Castelar et al, 1995).

Para Castelar et al (1995) a forma como se define na maioria das vezes o perfil assistencial dos hospitais é inconsistente. Segundo ele a oferta de serviço nos hospitais conformou-se historicamente a partir dos profissionais disponíveis na organização, principalmente especialistas médicos de um lado, e por outro pela especialização das redes assistenciais que foram determinadas a partir das responsabilidades dos diferentes entes federados as quais eram ligadas.

Como decorrência observa-se hoje dentro do mesmo hospital serviços de complexidades extremamente diversas, uma defasagem importante entre recursos diagnósticos e terapêuticos como também atividades características de atendimento primário.

Outra questão que explicaria essa inconsistência na conformação do perfil assistencial das unidades é a superposição de atividades num determinado espaço territorial, ao mesmo tempo em que outras especialidades estão descobertas com relação ao seu tratamento ou oferta de leitos.

Cecílio (2002a) ao escrever sobre os cinco desafios que acredita que precisam ser enfrentados para qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos inclui um que se refere exclusivamente a missão hospitalar e seu perfil assistencial dentro do SUS.

Este mesmo autor considera que no caso brasileiro, mais especificamente no setor público, a discussão em torno do desafio quanto ao modo de definição do perfil assistencial tem sido incompleta.

Na sua percepção, atualmente, o perfil assistencial das unidades hospitalares estaria sendo definido pelo que chama de duas forças principais: por um lado estaria a demanda fazendo pressão

pela introdução de novos serviços e, por outro os diferentes saberes presentes na instituição, principalmente dos médicos, os quais influenciam na incorporação de tecnologias e novos processos de trabalho.

Assim, alguns problemas como quantidade de atendimentos não emergenciais nos pronto-socorros, excesso de demanda nos ambulatórios hospitalares e atendimento não adequado de egressos, seriam *bons exemplos das distorções resultantes da atuação “cega” destas duas forças citadas* (Idem: 299).

Não que estes fatores não sejam importantes na definição do perfil assistencial, porém, o que se questiona é que diante da configuração do sistema de saúde atual estes não podem ser os únicos fatores presentes no processo de decisão dos atores, como aponta Cecílio (Idem, 299):

Com certeza tais “forças” são legítimas e devem ser consideradas. O que se questiona porém, é quanto é necessário que elas não sejam as únicas definidoras do perfil do hospital. Que as várias instâncias de direção do SUS sejam capazes, a partir de um horizonte de visibilidade mais abrangente, de redefinir os perfis dos hospitais públicos de forma que haja um aproveitamento mais racional dos recursos existentes.

Como foi possível perceber no decorrer do capítulo, as organizações hospitalares encontram-se num contexto de mudança, onde a pressão das mudanças no perfil epidemiológico da população, a pressão decorrente do desenvolvimento e incorporação de tecnologias e as novas configurações do modelo assistencial são alguns dos principais fatores envolvidos neste processo.

Estas mudanças, conseqüentemente, vão impactar nos objetivos e no perfil assistencial dos hospitais, sendo que o processo de definição perfil assistencial é apontado hoje como um processo frágil e centralizado, que não acompanha a necessidade de integração dos serviços e que não atende as necessidades da população.

Desta forma, é necessário buscar outras referências na literatura, como a de autores que discutem tanto a forma como as organizações definem seus objetivos e quais os fatores envolvidos, como também o modo de condução das mudanças organizacionais. São estas contribuições que orientaram a elaboração dos próximos dois capítulos que estão inseridos abaixo.

2.2 Teorias Organizacionais e a definição de objetivos

Neste capítulo utilizam-se as contribuições de Marinho (1990) e Lima (1994, 1996) para identificar como a definição de objetivos nas organizações se dá pela perspectiva das contribuições teóricas sobre a natureza das organizações, ou seja, o que são, quais os atores que participam e quais os fatores envolvidos em sua definição.

Como forma de sistematização Lima (1994) utiliza o agrupamento proposto por Morgan (1996) quando este considera as diferentes contribuições como metáforas e desta forma consolida as

diferentes perspectivas em quatro grupos, racional, natural, política e de integração *a fim de chamar a atenção para uma adequada compreensão sobre a dinâmica das organizações e seus objetivos* (Idem:43).

No caso de Marinho (1990), suas contribuições serão agregadas no decorrer da revisão a partir de quatro perspectivas, racional, funcional, tecnológica e a abordagem da teoria do processo decisório, sendo que as duas primeiras partem do mesmo referencial das perspectivas racional e natural trabalhadas por Lima (1994) e as outras duas apesar de terem denominação diferenciada podem ser agregadas a perspectiva política. Desta forma, as contribuições destas duas autoras serão mescladas dentro destas perspectivas no decorrer da revisão.

Na **perspectiva racional** encontram-se agrupadas as contribuições da teoria científica de Taylor (1970), os princípios administrativos de Fayol (1950) e o estudo da burocracia de Weber (1947). A visão da organização a partir das contribuições destes autores poderia ser representada como uma máquina devido à forma racional como propõem que os objetivos, as tarefas e as atividades sejam estruturadas para que se obtenham os resultados com máxima eficiência.

Essa eficiência seria alcançada a partir da divisão do trabalho, dos mecanismos formais de coordenação, centralização e estabelecimento de normas, padrões e fluxos para o processo de trabalho.

Segundo esta perspectiva não haveria um processo de definição de objetivos organizacionais, *os objetivos de uma organização são definidos, a princípio, por ocasião de sua criação, e os ajustes posteriores que eventualmente sejam necessários visam apenas aumentar a eficiência organizacional.* (Lima, 1994:45). Também se acredita que tanto dirigentes quanto funcionários busquem igualmente esta eficiência, não havendo assim conflito de objetivos.

Como a organização é entendida como um sistema fechado sua definição considera apenas aspectos internos da organização e desconsidera as variáveis do ambiente onde se insere.

Assim, para a perspectiva racional *os objetivos constituem categorias fixas, estáticas no tempo e no espaço, predeterminadas e antecedentes a estruturação da organização, e não sujeitas a pressões internas ou externas para se modificarem* (Idem:45).

Marinho (1990) aponta que nesta perspectiva, como a reconstrução do processo de trabalho, de forma mais racional, ocasionou uma separação entre o planejamento e a execução do trabalho, esta última ficou destinada ao trabalhador e a definição dos objetivos concentrada nos que se encontram nas posições mais altas.

Assim, o principal ator identificado na definição dos objetivos organizacionais seria a gerência. Estes objetivos, por sua vez, seriam resultado de uma ação racional e planejada, que não considera a incerteza presente na pré-fixação destes objetivos decorrente da não incorporação dos valores e desejos dos demais segmentos da organização aos objetivos formais.

Na **perspectiva natural** a visão da organização se estabelece a partir de um paralelo com os organismos vivos, que como as organizações são constituídas de subsistemas que, a partir do seu funcionamento, estabelecem relações interdependentes entre eles e o ambiente, buscando principalmente sua sobrevivência. Entre os principais autores encontram-se Morgan (1996) e Etzioni (1976).

Nesta perspectiva estão englobadas as produções da abordagem das relações humanas, funcionalista e contingencial, sendo que as mesmas compreendem enquanto campo de necessidade das organizações, respectivamente, o dos indivíduos que a compõem, as necessidades geradas no interior dos subsistemas organizacionais e as necessidades advindas das relações estabelecidas com o ambiente.

Assim, a abordagem das relações humanas reconhece que os indivíduos possuem outras necessidades, fisiológicas, sociais, de auto-estima, além das econômicas e que estas precisam ser satisfeitas para que ocorra um desempenho eficiente dentro da organização.

Diferente da perspectiva racional esta reconhece haver outros objetivos na organização que não somente os definidos anteriormente a sua constituição e pela gerência. Porém, acredita-se que é possível atingir um equilíbrio entre estes objetivos a partir de exercícios de motivação, sistemas de recompensa e gerência participativa, que a leva não considerar a existência dos conflitos.

Outro campo de preocupação com as necessidades da organização vai além dos indivíduos e diz respeito aos gerados no interior dos seus subsistemas. Segundo a revisão apresentada por Marinho (1990) com relação à perspectiva funcionalista, os principais teóricos desta perspectiva, Parsons (1973), Selznick (1973) e Merton (1973) reconhecem as organizações enquanto um conjunto de sistemas e partes inter-relacionados e interdependentes, vendo assim, a busca de equilíbrio entre as funções e disfunções de cada parte do sistema seu principal objetivo.

Uma das principais contribuições trazidas por esta perspectiva seria a de *demonstrar os aspectos não racionais, espontâneos e não planejados do comportamento dos indivíduos que surgem dentro da organização burocrática, organização racionalmente planejada* (Marinho, 1990:12).

Desta forma, na organização, os objetivos deixam de ser vistos com decorrentes apenas de um arranjo formal de atividades para serem vistos como parcialmente estruturados por propósitos definidos formalmente e parcialmente decorrentes de forças que surgem da interação dos indivíduos entre si e com o ambiente.

Na escola contingencialista as organizações são consideradas sistemas abertos, que para garantir suas necessidades precisam estabelecer relações com o meio e desta forma os objetivos organizacionais devem adaptar-se às movimentações do ambiente externo.

Haveria assim diferentes expectativas com relação à organização, tanto dentro quanto fora dela, sendo que os objetivos definidos pelos dirigentes seriam os objetivos “da” organização e os demais, como dos funcionários, clientes e investidores seriam os objetivos “para” a organização.

Desta forma os objetivos organizacionais seriam decorrentes desta interação entre os objetivos “da” organização e “para” a organização, pois a sua construção e sua modificação dependem da interação com o meio.

Apesar de a perspectiva natural incorporar outros atores no processo de definição dos objetivos, como a clientela, seus concorrentes, o governo, para Lemos (1994) mesmo assim, os objetivos ainda seriam representados por um ator único, pois se acredita que os diferentes objetivos seriam passíveis de conciliação no nível da gerencia.

E é a partir deste questionamento, da possibilidade de todos os indivíduos direcionarem seus esforços para alcançar os objetivos organizacionais, que a **perspectiva política** agrega suas contribuições no campo das teorias organizacionais.

Esta perspectiva reconhece que as ações humanas não são desprovidas de interesse ou motivações, e que estas são derivadas de experiências e significado pessoal. Isto faz com que os indivíduos não sejam passivos diante da organização, mesmo quando estão contribuindo para os objetivos organizacionais também buscam satisfazer seus objetivos pessoais, constituindo assim, suas ações em atos políticos.

Desta forma, coexistem dentro de uma organização diferentes interesses, e naturalmente que a busca por satisfazê-los levará por vezes ao conflito. Neste contexto a organização apresenta-se também como um sistema competitivo onde a integração ou equilíbrio como sugerido pela perspectiva natural se torna problemático.

Nesta perspectiva podem ser identificados novos atores no contexto de definição dos objetivos, principalmente a partir das contribuições de Perrow (1976) e sua definição de grupos dominantes e para Cyert e March (1963) a partir da identificação da formação de coalizações nas organizações.

Marinho (1990), que também trabalha com os autores citados acima, apresenta suas contribuições a partir de duas perspectivas distintas que denomina de tecnológica e teoria do processo decisório. Na perspectiva tecnológica, Perrow (1976) aponta que a natureza do trabalho nas organizações sofre mudanças ao longo do tempo e neste caso os objetivos da instituição acabam sendo moldados pelos grupos que em determinado momento são responsáveis por realizar estas tarefas, ou seja, os grupos dominantes.

Assim, para Marinho (1990:14) o grande mérito deste enfoque seria o de *levar em consideração a estrutura de poder num dado momento e o contexto histórico das transformações na medida em que mostra como os objetivos podem igualmente experimentar mudanças, ao longo*

do tempo, em função da natureza da tarefa a ser desempenhada, com diferentes grupos emergindo como grupos dominantes na estrutura de poder das organizações.

Na teoria do processo decisório, Cyert e March (1963) relativizam este conceito de grupos dominantes e apontam que a organização também seria composta por múltiplas coalizões, as quais surgem a partir de grupos de poder que compartilham interesses em comum e buscam acumular poder para tentar fazer com que prevaleçam seus objetivos para toda organização.

Essas coalizões podem ser formadas por diferentes grupos de interesse, tanto internos como externos, e neste processo de alteração da coalizão dominante os objetivos da organização são construídos e modificados.

Pode-se dizer então que na perspectiva política, *os objetivos da organização são, em última instância, os produtos que resultam de um jogo negociado de poder e de interesses* (Lima, 1994:54).

Por fim, a **perspectiva de integração** ressalta a necessidade de abordar múltiplas formas de ver a organização onde cada perspectiva complementa a outra, assim a realidade da organização pode ser mais bem apreendida a partir da interação destas diferentes visões. Apesar de esta perspectiva aparecer apenas no trabalho de Lima (1994) os apontamentos feitos por Marinho (1990) com relação a insuficiência das perspectivas, se tratadas de forma isolada na compreensão do modo de definição dos objetivos nas organizações, vão ao encontro das considerações colocadas pela perspectiva de integração.

Com relação à compreensão do que seriam objetivos organizacionais e a diferença nos conceitos que serão adotados neste trabalho partem principalmente das contribuições de dois autores, Perrow (1976) que diferencia objetivos oficiais e operacionais e Etzioni (1976) que trabalha com os conceitos de objetivos declarados e reais.

A distinção entre os conceitos trabalhados por estes autores parece seguir a mesma mudança na forma de se ver a definição dos objetivos nas organizações. Ou seja, assim como se agregam outras formas de compreensão das organizações e dos atores que participam da construção dos seus objetivos, que deixam de ser estáticos e definidos apenas pela direção da organização na perspectiva racional, para uma visão mais dinâmica e que agrega os demais atores ao processo, na perspectiva natural, os objetivos também deixam de ser apenas aqueles reconhecidos como os oficiais ou declarados pela instituição e passam a ser considerados os objetivos operacionais ou reais também.

Assim, a principal diferença entre estes conceitos, é de que os objetivos oficiais ou declarados são aqueles reconhecidos e manifestados pela organização, e os objetivos reais ou operacionais representam o que a instituição realmente esta fazendo, os produtos que apresenta, sendo que não necessariamente estes objetivos coincidem.

Na área da saúde existem vários conceitos que são utilizados pelos autores como missão, projeto, perfil e objetivos, sendo que estes também buscam diferenciá-los em seus trabalhos. Cecílio (2000:974) utiliza os conceitos de projeto ou missão como um sinônimo de objetivos oficiais que para ele *seriam as proposições gerais da organização, assumidas em manifestações formais e públicas pelos dirigentes*, exatamente porque a forma como são tratados hoje se diferencia muito do conceito de “objetivos operacionais” que são *as atividades concretas desenvolvidas por membros ou grupos da organização*.

Lima (1994b) ao trabalhar com definição e implementação de objetivos nas organizações opta por trabalhar os conceitos de perfil assistencial de forma diferenciada de objetivos organizacionais. Para distinguir os mesmos também utiliza os conceitos de Perrow (1976) de objetivos oficiais e operacionais, sendo que vê o primeiro como *uma definição de objetivos extremamente vaga e genérica, não necessariamente representa aquilo que a organização está de fato realizando*.(Lima, 1994b:52)

Esta mesma autora define o perfil assistencial da organização como sendo *a identificação de seus objetivos relativos ao tipo de produtos ou serviços a serem ofertados à população* (Lima, 1994:215). Desta forma, o seu conceito de perfil assistencial parece se aproximar do conceito de objetivos operacionais ou objetivos reais, pois o mesmo expressa de forma mais concreta o que a organização realmente está fazendo.

Assim, parece que os autores aproximam os conceitos de missão e projeto ao de objetivos oficiais e perfil assistencial de objetivos operacionais. Neste trabalho optou-se por trabalhar com o conceito de perfil assistencial por acreditar que este caracteriza melhor o objeto que será investigado, ou seja, o modo como se dá o processo de definição da oferta assistencial nas unidades hospitalares.

Também porque se considera que o conceito de objetivos operacionais não cabe ao estudo por englobar desde produtos a serem ofertados como também eficiência, ética, atendimento humanizado, ou seja, elementos que não fazem parte do objeto do trabalho.

Já a missão institucional, como definida pelos autores acima, é constituída de forma abrangente na busca de englobar as diferentes ações realizadas nas unidades e desta forma não permite que se diferencie a oferta das instituições e, principalmente, porque podem permanecer sem modificações desde a constituição da organização.

Marinho (1990) reforça esta percepção ao ressaltar a importância da diferenciação dos conceitos de Perrow (1976), de objetivos oficiais e operacionais, colocando que esta diferença é empiricamente observada, por exemplo, no caso de duas universidades que com os mesmos objetivos oficiais de prestação de serviços a comunidade, ensino e pesquisa podem diferir radicalmente na ênfase que cada uma coloca em cada componente. A mesma autora também

questiona se os objetivos oficiais sendo definidos de forma tão vaga e incerta poderiam servir como guias para análise organizacional.

Isto não significa que o perfil assistencial de uma organização de saúde não esteja condicionado pela missão, porém acredita-se que este conceito descreve melhor os produtos e serviços das unidades que sofrem alterações devido a vários fatores relacionados ao ambiente externo e interno, os quais se pretendem estudar.

2.2.1 A definição de objetivos nas organizações públicas de saúde

A partir das contribuições das teorias organizacionais e de trabalhos que analisam as especificidades das organizações públicas (Dussault, 1992) e das organizações de saúde (Mintzberg, 1995, 2006c), Lima (1994) identifica como se dá o processo de definição de objetivos nas organizações públicas de saúde.

As organizações podem ser vistas como perspectivas no caso dos autores trabalhados acima, ou a partir das contribuições de Mintzberg (1995, 2006c) que faz uma análise do funcionamento das organizações a partir de configurações que combinam atributos básicos, características e modo de funcionamento. Dentre as tipologias discutidas por Mintzberg¹ está a das organizações profissionais que já foi estudada e descrita por vários autores da área da saúde (Lima, 1994 e 1996; Dussault, 1992; Cecílio, 2000; Riveira e Artmann, 2003; Hortale e Binsfeld, 2004) e é uma das mais utilizadas na análise das organizações de saúde.

Dentre as principais características das organizações profissionais encontram-se: a padronização das habilidades como o principal mecanismo de controle; estrutura descentralizada com grande parte do poder concentrado no núcleo operacional; os profissionais desfrutam de grande autonomia e controle sobre seu trabalho; o poder dos gerentes e administradores é menor nas burocracias profissionais, se comparado as demais configurações; existe um sistema dual de autoridade, ou seja, uma linha de autoridade burocrática que desce do topo para o pessoal administrativo e uma democrática de baixo para cima para os profissionais do núcleo operacional.

Para Dussault (1992) as organizações de serviços de saúde e as organizações públicas têm ainda um conjunto de características que acrescentam exigências particulares a sua gestão. Nestas organizações os serviços atendem a necessidades multidimensionais e seus resultados são difíceis de medir. Os profissionais precisam de autonomia para adaptar seus serviços as demandas dos usuários.

Ao mesmo tempo é uma área disputada por diferentes interesses como dos usuários, dos próprios profissionais, as empresas, os estabelecimentos privados e o governo. Como são

¹ Mais detalhes quanto às configurações podem ser vistas em Criando Organizações eficazes de Henri Mintzberg (1995)

organizações públicas, depende em maior grau dos objetivos, pelo menos gerais, da autoridade externa e o âmbito de decisão dos dirigentes é mais restrito, neste caso não podendo selecionar sua clientela, os serviços que serão ofertados ou os problemas que irão atender.

Considerando estas características o autor sugere que as organizações de saúde deveriam ser descentralizadas e flexíveis porque precisam responder a exigências do ambiente e expectativas de sua clientela. A gestão que deverá ser adota nestas organizações deve ser mais colegiada do que autoritária, que reconhece o papel central do profissional, que envolve os mesmos tanto na formulação dos objetivos como na avaliação dos resultados e também com participação dos usuários.

Assim, para Dussault (1992:15) *o desafio da gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços.*

A partir destas características Lima (1994) identifica que a definição dos objetivos nas organizações públicas de saúde tem uma perspectiva natural porque depende do seu meio externo, tanto da agenda de prioridades do governo federal, bem como do desenvolvimento tecnológico, epidemiológico e demandas da população.

Decorrente da visão sistêmica, de que estas organizações compõem uma rede, os objetivos não podem ser definidos apenas internamente, precisam ter uma regulação externa para assegurar a integração e equilíbrio do sistema como um todo.

Também precisa considerar as diferentes pessoas e grupos que integram a organização e que a partir de um processo de negociação e disputa, e dos objetivos individuais e das coalizões, vão definir os objetivos da organização numa perspectiva política.

Quanto à perspectiva racional esta se faz necessária por permitir que a organização defina seus objetivos de forma mais clara e não a partir de objetivos genéricos que não contribuem para decisão e ação gerencial.

Desta forma, segundo Lima (1994), é a partir da perspectiva integradora que as organizações públicas de saúde podem ser mais bem compreendidas, pois apresentam características de cada uma das diferentes visões da organização.

Assim, o processo de definição e implementação de objetivos nas instituições de saúde

...é político porque é preciso considerar e negociar com os diferentes grupos existentes que detém poder e que, em relação à organização, têm interesses e objetivos. Natural porque precisa levar em conta as condições e as demandas ambientais e com este ambiente estabelecer relações de troca, as quais também são estabelecidas entre seus diferentes subsistemas internos...Por último, é também um processo racional porque, para implementar quaisquer objetivos na organização, impõem-se alguma racionalidade instrumental (Lima, 1994:61).

Quadro 1 - Resumo das diferentes perspectivas organizacionais e da definição dos objetivos

Perspectiva Organizacional		Visão da Organização	Definição de Objetivos	Atores
Lima (1994)	Marinho (1990)			
Racional	Racional	<p>A organização é um sistema Fechado. É composta por um conjunto de normas que determinam o comportamento das pessoas</p> <p>Os objetivos são estáticos</p>	<p>Ocorre a partir de um processo racional e planejado</p> <p>São definidos anteriormente à criação da organização</p>	Gerência
Natural (Relações Humanas, Contingencial e Funcional)	Funcional	<p>A organização é composta por conjunto de sistemas e subsistemas</p> <p>A organização é um sistema aberto</p> <p>Os objetivos são permanentemente definidos e redefinidos</p>	<p>São também derivados das necessidades dos indivíduos e da relação da organização com ambiente externo e seus subsistemas</p> <p>É um processo adaptativo que busca a sobrevivência da organização</p>	<p>Indivíduos que pertencem a organização</p> <p>Ambiente: clientela, concorrentes, financiadores, governo</p>
Política	Tecnológica	<p>É composta de um conjunto de tarefas que alteram sua importância conforme a natureza do trabalho</p>	<p>São definidos em função da mudança da natureza da tarefa e dos grupos dominantes que ocupam o poder</p>	Grupos Dominantes
	Teoria do Processo Decisório	<p>As organizações são espaços de coexistência de diferentes interesses e conflitos</p> <p>São sistemas competitivos com múltiplos centros de poder</p> <p>Os objetivos são múltiplos e estão em conflito</p>	<p>Os objetivos são definidos a partir de um jogo negociado de poder e de interesses.</p>	<p>Grupos Dominantes</p> <p>Coalizões</p>
Integração		<p>As organizações são simultaneamente um sistema técnico, racional e funcional, e um sistema político</p>	<p>São definidos a partir da visão das diferentes perspectivas</p>	Todos

Quadro 2 – Resumo sobre a definição de objetivos nas organizações públicas de saúde

Autores	Perspectiva	Visão da Organização	Definição de objetivos em organizações públicas de saúde (Lemos, 1994)	Atores
Mintzberg (1995, 2006c)	Organizações de Saúde	<p>São organizações profissionais</p> <p>Seu funcionamento depende do núcleo operacional que possuem grande autonomia</p> <p>A coordenação é conduzida pelas habilidades e conhecimento padronizados externamente</p> <p>Os resultados são de difícil mensuração</p> <p>Sistema dual de autoridade: mais democrático no núcleo operacional e mais burocrática para a estrutura administrativa</p>	<p>São dependentes da definição da agenda geral de prioridades do governo federal</p> <p>Exige o ajuste de seus produtos ao ambiente: desenvolvimento tecnológico, demanda e características epidemiológicas da população</p> <p>Constitui um processo de negociação com os diferentes grupos de interesse que possuem objetivos para a organização</p> <p>A racionalidade se faz mais necessária para que a organização cumpra seu dever social com eficiência e eficácia</p>	<p>Profissionais de saúde - Principalmente médicos</p> <p>Dirigentes da organização</p> <p>Conselhos de classe</p> <p>Instâncias de governo municipal, estadual e federal</p>
Dussalt (1992)	Organizações públicas de saúde	<p>São mais vulneráveis as interferências políticas.</p> <p>Tendência à centralização das decisões</p> <p>Não são submetidas a regras de mercado, podem sobreviver mesmo sem eficiência</p>	<p>Necessitam ser definidos de forma clara e mais específica para apoiar a gestão</p> <p>Deve ser considerado numa perspectiva integradora</p>	

Acima, foi incluído um quadro resumo com as informações referentes às perspectivas aqui trabalhadas e suas referências. Neste quadro constam informações que irão auxiliar na análise dos resultados do trabalho, onde se buscará discutir as visões das diferentes perspectivas sobre o processo de definição de objetivos e os atores que participam e a percepção dos entrevistados de como este processo se dá nos hospitais.

2.3 A definição de estratégia e o processo de mudança organizacional

O tema deste capítulo será abordado pelas contribuições de dois autores sobre a transformação e mudança organizacional, Motta (2004) que trabalha a partir de três modelos de mudança que se diferenciam na sua abordagem e condução pela compreensão do surgimento das idéias nas organizações e Mintzberg (2004, 2006a, e 2006c) do qual se resgata a produção referente as definições de estratégia, mudança organizacional e seus apontamento quanto a formação de estratégias nas organizações profissionais.

Para Motta (2004) haveria duas perspectivas de mudança nas organizações, uma evolutiva, onde a mudança se dá de forma emergente e não intencional, que ocorre mesmo que não se tenha uma direção, e a perspectiva intencional e planejada, que busca exatamente romper com a evolução natural, a partir da decisão de mudar.

Para o autor, a organização deve buscar controlar o rumo das suas transformações e, a partir das premissas sobre a origem das idéias novas, pode adotar modelos de mudança que apontam para formas de conduzir o seu processo e a velocidade com essas devem ser implantadas.

Desta forma, admitindo-se que a mudança é um produto de idéias predefinidas, o planejamento global do processo será mais valorizado. Se, por outro lado, acredita-se que a necessidade de resolver problemas é que geram idéias novas, a mudança terá como elemento importante a reação a situações problemáticas. Por último, considerando-se que a mudança surge da circulação de idéias, tende-se a trabalhar com modelos menos dependentes de programações gerenciais. Desta análise surgem três categorias, respectivamente: intenção estratégica, reação adaptativa e aprendizado contínuo.

A principal característica de um processo de mudança a partir da **intenção estratégica** é que há uma deliberação racional de interferir na realidade. Presume-se que a partir da análise de ameaças e oportunidades, conduzido por um processo de planejamento, as organizações possam desencadear mudanças a fim de se readaptar ao ambiente.

Neste caso a mudança seria direcionada, originando-se de decisões da alta gerencia, e não emergentes do processo organizacional. As idéias novas surgiriam de um conjunto pequeno de

pessoas que participam do processo de formulação da estratégia que posteriormente a disseminam no processo de implementação da mudança.

Para o autor, o principal problema nesta perspectiva é o risco de a organização ver a mudança como decorrência do planejamento, não considerando que determinados grupos possam não aderir ou se opor à mudança.

A **reação adaptativa** surge da identificação de situações problemáticas e da necessidade de dar respostas planejadas a estes problemas organizacionais. Diferente da intenção estratégica, em que há uma intenção antecipatória à mudança, na reação adaptativa a intenção surge em função dos problemas.

A mudança é enfrentada a partir de problemas concretos, o que *não significa um desprezo ao planejamento da mudança, mas o reforço da visão do planejamento da inovação a partir de problemas. Crer na mudança é monitorar problemas, pois as inovações são fruto de respostas concretas a desafios impostos as empresas* (Motta, 2004:135). Neste caso, tende a ter um processo mais participativo e negociado, envolvendo as pessoas ligadas ao problema.

Os problemas identificados parte da própria definição de problema e da percepção diferenciada dos grupos e pessoas, inclusive sobre a prioridade e relevância do mesmo. Também pode dificultar a visão estratégica da organização, pois concentra a mudança na eliminação de ameaças a empresa a partir de problemas específicos.

No caso do **aprendizado contínuo** a proposta de mudança surge das idéias inovadoras que já estão disponíveis na organização e são constituídas das experiências dos funcionários. Esta perspectiva trabalha com elementos da teoria da organização aprendiz, (Senge, 1990) na qual o aprendizado é visto como a essência da mudança.

Acredita-se num processo altamente participativo, onde se constituem espaços de troca onde as pessoas possam discutir o impacto de diferentes fatores internos e externos sobre a organização e daí desencadear-se o processo de mudança.

Neste caso o processo é aberto, experimental, e menos imediatista, onde *a mudança é algo espontâneo e dependente da existência de meios para facilitar a emergência de análise de idéias novas* (Motta, 2004:136).

Uma questão que difere o aprendizado contínuo das outras duas perspectivas é que essa não utiliza nenhuma forma mais sistematizada ou planejada de condução da mudança. Esta seria uma das dificuldades deste modelo, pois deposita na espontaneidade humana toda possibilidade de inovação e mudança na organização, quando esta é mais complexa e exige outros elementos que não só experiência das pessoas.

Outros problemas podem ser relacionados ao surgimento das idéias, quando acredita-se que estas, ao surgirem de grupos de trabalho, serão sempre as mais desejadas ou apropriadas ou que correspondam ao contexto organizacional.

O autor aponta que não são rígidas as barreiras e que dependendo da situação pode se optar por um ou outro modelo conforme for mais oportuno o direcionamento estratégico, a negociação ou a criatividade.

Motta (2004) traz outros dois conceitos para discussão das transformações organizacionais, o radicalismo e o incrementalismo, que diferenciam a velocidade e o escopo das mudanças. No incrementalismo as mudanças ocorrem num ritmo mais moderado e também constante, onde o desenvolvimento organizacional é permanente e independe da constatação de problemas.

O radicalismo pressupõe a constatação de problemas graves e situações extremas que exigem alterações drásticas para que a organização reaja às crises e também incorpore novas tecnologias e ações.

O radicalismo tem em sua origem os diferentes modelos como a reengenharia, reinvenção, revitalização entre outros, e introduz um conjunto de novas idéias, práticas e relações internas e externas. Neste caso a mudança deve ser pensada de forma mais global, pois ela radicaliza e reinventa a organização a partir da reconstrução dos seus valores, práticas, modo de gestão e mobilização das pessoas para aderirem ao processo.

Assim, algumas desvantagens deste modelo podem ocorrer porque o mesmo coloca as pessoas diante de um futuro que rompe com suas práticas estabelecidas, se tornando ameaçador e provocando resistências, necessitando assim de agentes externos para promovê-la.

Já o incrementalismo aposta na mudança de pequenas partes ou processos da organização buscando sua adaptação a demandas externas e aproveitando as oportunidades, mas não rompe com as interações ambientais.

Deste modo tendem a ser mais bem aceitas pelos participantes e também traz algumas vantagens como: permitir uma análise mais apurada das idéias novas e como um esforço permanente que não provoca trauma ou grandes rejeições a mudança; propicia o aprendizado por aprofundar melhor a informação quanto à mudança e sua necessidade de pensar na interdependência e em como afeta os demais setores; e também ajuda na construção de compromissos das pessoas e redução de conflitos, pois as mesmas participam mais do processo.

Alguns conceitos que serão trabalhados a partir das contribuições de Mintzberg *et al* (2006b) se assemelham à produção de Motta (2004), principalmente quanto a visões da mudança enquanto planejadas ou emergentes e sua intensidade, sendo que no final do capítulo as duas serão apresentadas conforme se optou adotá-las no trabalho.

Para Mintzberg (2004, 2006a) existem cinco formas de definição para estratégia, apesar de em muitos casos ser utilizada somente como plano, o autor trabalha também com as definições de padrão, posição, pretexto e perspectiva.

As duas últimas referem-se especificamente a uma manobra para superar um oponente no caso do pretexto e a um conteúdo ideológico no caso da perspectiva, e não serão utilizadas no trabalho por considerar que não se encaixam bem a proposta do estudo e as organizações públicas hospitalares.

A primeira definição é a da estratégia enquanto plano. Para o autor esta é a forma mais comum de entendimento em diversos campos, seja militar ou de administração, e tem duas características essenciais: *são criadas antes de das ações as quais vão se aplicar e são desenvolvidas consciente e propositalmente* (Mintzberg, 2006a:24).

A segunda parte da idéia de que se uma estratégia pode ser pretendida, como no caso do plano, pode também ser derivadas de ações. Assim, a consistência num comportamento torna a estratégia decorrente de um padrão, independente se ela foi pretendida ou não.

A partir destas duas definições de estratégia pode-se dizer que no caso do plano se trabalha com uma estratégia pretendida, decorrente de um projeto humano, e no caso do padrão, com uma estratégia realizada decorrente das ações humanas.

Assim, surgem dois conceitos diferentes com relação a origem das estratégias nas organizações, que seriam: as estratégias deliberadas, quando existiam as intenções prévias que foram realizadas e as estratégias emergentes, as quais se desenvolveram sem intenção. Num mesmo ambiente de estratégias deliberadas estas podem se tornar realizadas ou não.

Quanto à posição, esta definição refere-se às estratégias que buscam localizar a organização no seu ambiente. Nos termos administrativos esta definição seria de uma estratégia enquanto domínio de mercado, um “nicho” onde os recursos são concentrados. Esta estratégia também é compatível com qualquer uma das outras, pois, *pode-se pré-selecionar uma posição e aspirar a ela por meio de um plano (ou pretexto) e/ou ela pode ser alcançada, talvez até encontrada, por meio de um padrão de comportamento* (Idem:26).

Se as definições de plano e padrão forem colocadas em extremos, surge um conjunto de estratégias como as selecionadas e resumidas abaixo a partir de um quadro do autor, sendo que vai da estratégia planejada, que é a mais deliberada, até estratégia imposta, a mais emergente.

Quadro 3 - Tipos de estratégia entre deliberada e emergente	
Desde muito deliberada	Até muito emergente
Estratégia planejada: intenções precisas são formuladas e possuem controle para assegurar a implementação.	Estratégias desconectadas: produção de padrões em contradição as intenções centrais ou comuns da organização.
Estratégia guarda-chuva: definição de alvos estratégicos e ou fronteiras que permitem flexibilidade para formação de padrões.	Estratégia de consenso: convergência de vários membros para determinados padrões na falta de intenções centrais.
Estratégia de processo: apenas os processos são controlados e não o conteúdo geral da estratégia	Estratégia imposta: quando o ambiente externo dita ou impõem padrões de ação.

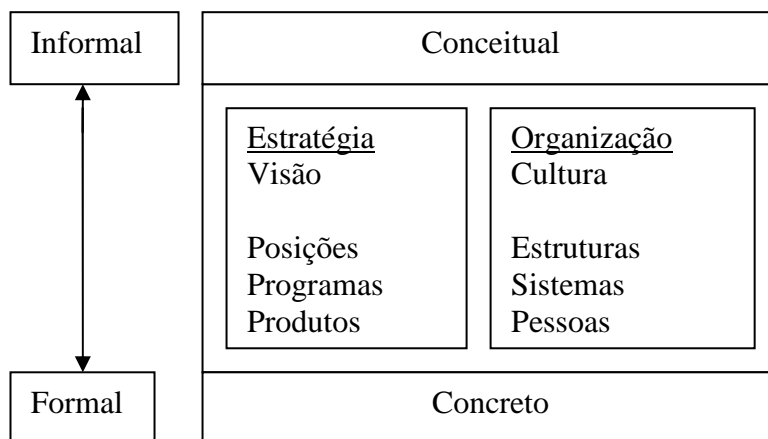
Fonte: Mintzberg (2006a)

Esta distinção de estratégia ajuda a compreender outra parte do trabalho de Mintzberg et al (2004) no qual tratam sobre mudança estratégica porque para os autores quando se fala de estratégia esta basicamente se falando de mudança, uma vez que administrar estratégia é administrar mudança.

Para compreender melhor o processo de mudança organizacional serão apresentados os diferentes aspectos a partir do qual os autores a trabalham, desde seu conteúdo, seu processo e sua intensidade.

Para exemplificar os componentes de um processo de mudança, bem como sua intensidade o autor utiliza o que denomina “cubo da mudança”, que possui os elementos reproduzidos abaixo:

Figura 1 – Os componentes do cubo da mudança



Fonte: Mintzberg *et al* (2006b:153)

Dentro do desenho está o que seriam as duas dimensões da mudança: a estratégia, que refere-se a direção seguida pela instituição, e organização, que diz respeito a situação em que se encontra.

Acima e abaixo do cubo estão os níveis em que pode haver mudança, que vai desde uma mudança mais conceitual, das posições estratégicas e estrutura da organização, localizada no topo do cubo, até mudanças mais concretas no nível de produtos e das pessoas, que se localizam no final das duas colunas centrais.

Essas mudanças também podem ocorrer num nível mais formal, como por exemplo, a mudança deliberada da posição estratégica ou de maneira mais informal quanto esta mudança é emergente.

De certa forma, se forem observados os elementos presentes no cubo, estes tem correlação com as diferentes visões das organizações, porém aqui estão estruturados a partir de uma separação entre os elementos que referem à estratégia e a organização e a um nivelamento, sendo alguns considerados mais conceituas e outras mais concretas.

Na opinião do autor a mudança para ser completa deve envolver todos os elementos do cubo. *Uma organização pode mudar facilmente um único produto ou pessoa, mas, mudar apenas uma visão ou estrutura sem mudar mais nada é tolo, um gesto vazio. Em outras palavras, onde quer que você intervenha nesse cubo, tem que mudar tudo que esta em baixo* (Mintzberg et al, 2006b:153).

Quanto ao processo de mudança, este é trabalhado a partir de três métodos básicos, a mudança planejada, a mudança conduzida e a mudança desenvolvida, os quais podem abranger um nível mais micro ou macro.

A mudança planejada também pode ser chamada de programática, pois ela ocorre quando existe um sistema ou conjunto de elementos a ser seguido que varia de um nível mais macro, como o planejamento estratégico, até o mais micro no caso de melhorias da qualidade ou treinamento de pessoal.

A mudança conduzida é guiada por uma pessoa ou grupo que possua autoridade para acompanhar a mudança e garantir que ocorra. Neste caso são identificados os processos mais micro de racionalização de custos, reestruturação organizacional, até os mais macros como a cultura geral.

No caso da mudança desenvolvida ela apenas acontece, é orgânica é conduzida por pessoas fora do núcleo de autoridade da instituição, não sendo assim administrados de forma mais formal como nos outros dois casos. Pode ir de um nível mais micro como desafio político ao mais macro no caso do aprendizado estratégico.

Aqui também o processo de mudança é tratado a partir da sua amplitude, podendo ser mais do tipo gradual ou de transformação. De certa forma representam os elementos do cubo, sendo aquelas mudanças que abrangem apenas um ou dois elementos se referem à mudança gradual, e os mais completos que englobam um conjunto maior de elementos a transformação.

Para o autor, apesar de terem surgido vários trabalhos que propõem a transformação como a melhor forma de conduzir a mudança e métodos que possam apoiar, nem sempre ela é necessária. O principal seria poder equilibrar mudança, quando e onde for necessário e com continuidade para preservar o que esta apresentando resultados.

Ao tratar especificamente da formação de estratégia na organização profissional, o autor aponta que a concepção assumida freqüentemente de que o planejamento é o processo central de formulação de estratégias antes da sua implementação, não se confirma (Mintzberg, 2006c).

A organização profissional difere das demais por ser inundada por estratégias, onde várias pessoas se envolvem no processo, seja de forma individual ou coletiva, o que pode resultar em estratégias muito fragmentadas.

Existe também uma tendência a não aceitação de mudanças mais amplas, ficando extremamente estável no nível macro, enquanto no nível micro existem alterações constantes, como nos seus serviços e sua clientela.

Para Mintzberg, no caso das organizações profissionais a definição de estratégia enquanto padrão de ação é que permite identificar como o conjunto de decisões e ações vão se conformando ao longo do tempo nestas instituições.

Estas decisões seriam tomadas de três formas: por critério profissional, autoridade administrativa e escolha coletiva, e referem-se principalmente a elaboração da missão básica da organização que são os produtos e serviços ofertados ao público.

As decisões tomadas por critério profissional é onde se localiza o âmbito de formação da missão, pois na maior parte das vezes essa é tomada pelos profissionais da organização. Porém, não haveria uma liberdade total neste processo porque os profissionais somente são habilitados a tomarem estas decisões porque passaram por anos de treinamento. Assim, apesar de terem autonomia para escolha este julgamento é influenciado pelos conselhos de classe e treinamento, tornando-se um controle profissional.

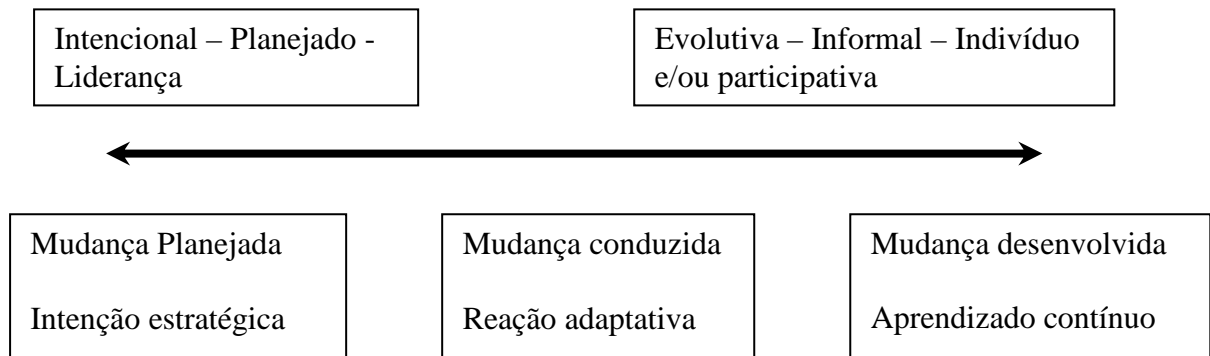
Deste modo, a tomada de decisão da administração fica limitada na burocracia profissional devido à grande autonomia dos profissionais e relacionada a outras áreas que não o processo de trabalho. Entre o âmbito de decisão da autoridade administrativa estariam as decisões financeiras, como no caso da aquisição de bens e também na constituição dos espaços para tomada de decisão por escolha coletiva.

As decisões tomadas por escolha coletiva agregam em seu processo tanto os profissionais quanto administradores, e estariam relacionadas à definição, criação, projeto e descontinuidade de categorizações, ou seja, aos programas e aos departamentos de vários tipos (Idem:316).

Como já foi apontado, os trabalhos dos autores deste capítulo convergem em certas questões, apesar de se diferenciarem quanto a denominação que utilizam. Assim, as concepções da

forma como surgem as mudanças, mais intencional ou evolutiva, se é mais formal e planejada ou informal, e se surge da liderança ou de indivíduos e grupos, esta presente tanto nas classificações de Mintzberg et al (2006b) como de Motta (2004) e se tomadas como extremos poderiam ser representadas como o esquema abaixo.

Figura 2 – Concepções quanto à forma e condução das mudanças organizacionais



Para a análise dos resultados foi elaborado um quadro resumo que contém as três definições de estratégia que serão utilizadas para identificar como se conforma o perfil das unidades, e os métodos de mudança, para identificar a origem das mudanças ocorridas e as propostas das unidades hospitalares.

Apesar de possuírem conceitos em comum, como colocado acima, as formas de denominação da mudança adotadas pelos autores não serão utilizadas como sinônimos, pois possuem ênfases diferentes, sendo a forma que é conduzida a mudança, no caso de Mintzberg *et al* (2006b), e de onde surge a necessidade de mudança, no caso de Motta (2004).

Quadro 4 – Resumo sobre a definição de estratégia, o processo de mudança e as organizações profissionais

Autores	Formação de Estratégia	Processo de mudança	Atores	Intensidade da Mudança
Mintzberg (2004, 2006a e 2006c)	Plano/ Estratégia deliberada - uma direção, um guia ou curso de ação para o futuro	Planejado - programática, segue um conjunto de procedimentos	Administrado pela gerência	Gradual - ocorre o tempo todo e em partes da organização
Mintzberg, Alstrand e Lampel (2006b)	Padrão/ Estratégia emergente - consistência de comportamento ao longo do tempo	Conduzido - guiada por grupo ou autoridade que supervisiona e garante que a mudança aconteça.	Chefia ou equipe	Transformação - mudança completa
	Posição - definição de um "nicho", uma posição ocupada para evitar competição	Desenvolvido - ela acontece ou é guiada por pessoa que não ocupa posição de autoridade.	Operador	
Motta (2003)	O autor não trabalha com estratégia, mas aponta duas perspectivas: Perspectiva evolutiva - mudança da organização de forma emergente e não intencional, e Perspectiva planejada - mudança intencional e planejada que atua sobre a evolução natural da organização	Intenção Estratégica - produto de idéias predefinidas - deliberação racional de interferir na realidade - mudança é direcionada	Coalizão Dominante	Radical - rompimento com evolução natural dos sistemas - alterações drásticas
		Reação adaptativa - mudança planejada - idéias novas surgem a partir problemas organizacionais	Participativa e negociada com os envolvidos com problema	Incremental - pequena modificação em parte da organização - adaptação às imposições externas
		Aprendizado Contínuo - emergente do processo de circulação de idéias.	Aprendizado em grupo	
Estratégia nas organizações profissionais - Mintzberg (2006c)	<p>A organização profissional é inundada com estratégias</p> <p>O processo de criação de estratégias envolve muitas pessoas diferentes</p> <p>As estratégias podem ser muito fragmentadas</p> <p>A organização fica estável no nível mais amplo e em constante mudança no nível mais restrito.</p>	<p>As decisões e ações se ordenam em padrões com o tempo e são controladas conforme vemos ao lado:</p>	<p>Critério profissional: a determinação das ações básicas - serviços e clientela - é controlada pelos profissionais</p> <p>Autoridade administrativa - controle das decisões financeiras e dos processos coletivos</p> <p>Escolha coletiva - criação e descontinuidade de programas e departamentos, contratação e promoção de profissionais.</p>	

2.4 Experiências nacionais de trabalho com a missão hospitalar e perfil assistencial

Na revisão das experiências referente ao trabalho com o tema da missão hospitalar foram selecionados três autores, sendo que dois deles, Francisco Javier Uribe Rivera, Elizabeth Artmann, desenvolvem seus trabalhos na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e Luis Carlos de Oliveira Cecílio esta atuando na Unifesp,

Cecílio (2002b) trabalha com uma metodologia de planejamento construída principalmente a partir das contribuições do planejamento estratégico situacional (PES) de Carlos Mattus (1997) e o planejamento orientado por objetivos (ZOOOP).

A proposta do autor é elaborar uma tecnologia mais leve de planejamento estratégico, que fosse de ao mesmo tempo mais condizente com o tempo disponível dos dirigentes para sua aplicação, o qual é na maioria das vezes escasso, mas também de fácil manuseio, ampliado assim sua utilização.

Como as duas tecnologias utilizadas, PES e ZOOOP, são estruturadas a partir de problemas, o alvo do plano deveriam ser os problemas finais, aqueles vividos pelos usuários que freqüentam a instituição. Assim, a inclusão da missão como um das etapas de sua proposta de tecnologia leve de planejamento tem como objetivo dar centralidade aos problemas dos usuários na elaboração do plano.

Porém, nos processos de aplicação destas metodologias de planejamento estratégico nas diferentes localidades e instituições do país, o autor encontrou uma regularidade na pauta dos problemas levantados, que na maioria das vezes se voltava para os problemas intermediários da organização.

Segundo Cecílio este processo parece ser decorrente de uma *dificuldade imensa de (os profissionais) entenderem a finalidade da organização, sua singularidade enquanto produtora de determinados serviços, seu compromisso social.* (2000:977)

E em decorrência desta experiência o autor propõe identificar formas de aprofundar a operacionalização do conceito de missão nas organizações de saúde.

O autor parte de uma crítica tanto do conceito de missão como da forma como esta é definida hoje, primeiro por a missão estar mais próxima do conceito de objetivos formais e representar uma construção vaga e genérica que é elaborada de forma que todos concordem com seu enunciado, tendo assim pouca credibilidade. Segundo por não haver necessariamente uma confluência entre as expectativas e os objetivos pessoais com os da organização, o que permite que existam assim tantos projetos quantos atores ou grupos de poder na instituição.

Por isso, propõe que o trabalho com a missão seja constituído por duas fases. Na primeira fase, para formulação da missão deve-se considerar 04 elementos: os produtos, as características dos produtos, os clientes da instituição ou serviço e seus resultados. Estes seriam essenciais para que a descrição seja bem feita e completa.

Num segundo momento são construídos indicadores para avaliar e monitorar o cumprimento do que foi formulado. Esses indicadores devem buscar contemplar os aspectos dos elementos que constituem a missão como os produtos realmente ofertados, caracterização da clientela e o alcance dos resultados propostos.

No final seria possível visualizar estes indicadores com uma árvore de resultados, onde os mesmos possuem ligação entre si. Assim, a missão é *traduzida em resultados concretos que deverão ser alcançados através do processo gerencial e das modificações nos processos de trabalho* (2000:978).

Uma questão importante e ressaltada em seu trabalho é a necessidade de envolver o maior número de profissionais e, assim, constituir um campo de conversações produtivo dentro da equipe. Desta forma o fato da organização possuir uma gestão descentralizada, com espaços colegiados facilitaria o processo de trabalho com a missão.

É também a partir da introdução desta segunda fase e da constituição de um sistema de gestão para a implementação e monitoramento da missão, que o trabalho com a mesma representaria possibilidade de mudança na instituição, ou seja, centralidade no usuário e melhoria no atendimento. Sem a introdução destes novos dispositivos ou ferramentas o primeiro momento, o de formulação, pode se transformar num ritual sem impacto no processo de trabalho.

Assim, na experiência de trabalho do autor com a missão esta se apresentou positiva e perfeitamente aplicável ao setor saúde, podendo ser operacionalizada tanto para a instituição como um todo quanto em cada departamento ou serviço.

Outro enfoque, o da gestão estratégica, vem sendo estudado e aprimorado por Rivera (1997) e Artmann (2003) desde a década de 90, sendo que sua metodologia de definição estratégica da missão já foi aplicada em diversas unidades, tanto hospitalar como de pesquisa e em diferentes estados brasileiros.

Este enfoque foi desenvolvido pelos autores franceses M. Crémadez e F. Grateau que apresentam sua produção referente à gestão estratégica na obra *Le Management Stratégique Hospitalier* (Cremadez e Grateau, 1997).

A partir dos trabalhos publicados pelos autores Rivera e Artmann serão apresentados os conceitos gerais do enfoque de gestão estratégica, os objetivos e as fases do método denominado *démarche stratégique*.

Para os autores, as organizações de saúde apresentam determinadas características que as afastam da construção de um projeto gerencial a partir de um padrão ideal. Este padrão ideal deveria considerar na definição da missão critérios de racionalidade econômica, o reconhecimento do ambiente externo enquanto recurso, a necessidade de negociação com a rede e a integração interna.

Rivera (2003:203) resume como alguns traços característicos das organizações de saúde² o *processo de autonomização dos centros operacionais, decorrentes de uma sorte de ruptura entre a direção estratégica e estes últimos, uma extrema diferenciação ou atomização da estruturas internas em função da especialização do trabalho, e uma desconsideração relativa da ambiência externa em razão de uma sobrevalorização corporativa do interno.*

Estas características levariam principalmente a dois resultados: a uma prática decisional nas organizações hospitalar definida como incrementalista e uma centralização da organização sobre ela mesma, seu ambiente interno, e a percepção do ambiente externo enquanto constrangimento.

Entende-se esta prática decisional como incrementalista, pois *as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, sem uma perspectiva de conjunto* (Idem:41). Não haveria nesta prática um processo de formulação estratégica anterior a tomada de decisão, sendo que a mesma se dá de forma pontual e com justaposição de objetivos.

O enfoque da gestão estratégica propõe uma prática decisional mais integradora, que busque envolver o maior número de atores da base operacional na definição das estratégias, a partir de um planejamento contínuo de projetos coletivos definidos dentro de redes de colaboração.

Ao mesmo tempo em que reconhecem que existem algumas características comuns nas unidades hospitalares também identificam uma crise na identidade organizacional³ que surge a partir de algumas mudanças como no paradigma da medicina, do serviço público e da formação profissional.

Esta crise de identidade traria novos traços sócio-culturais contraditórios ao padrão tradicional da instituição tais como aumento da demanda por gestão em consequência do crescimento da concentração tecnológica; aumento da importância da racionalidade econômica e da necessidade de um enfoque em rede, o qual questiona a fragmentação das especialidades; maior interdependência para fundamentação de diagnóstico e medidas terapêuticas, entre outros.

² As características das organizações de saúde trabalhadas por Cremadez e Gratêau são provenientes dos trabalhos de Henri Mintzberg (1995 e 2006), sendo que estes já foram incluídos em outro capítulo da revisão bibliográfica.

³ O termo identidade organizacional é utilizado pelos autores franceses como um correlato do conceito de cultura organizacional.

Assim a proposta da gestão estratégica é promover uma mudança cultural a partir do reforço dos traços culturais positivos que surgem desta crise de identidade e deste momento de transição para introduzir uma forma de gestão organizacional mais próxima do modelo ideal.

Como proposta metodológica apresenta a *démarche stratégique*, um enfoque que se propõem a definir *racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados em saúde*. (Rivera, 1997:74)

Este enfoque parte da compreensão do hospital como uma organização pró-ativa, ou seja, aquela que está voltada para o ambiente externo e vê o mesmo como recurso capaz de gerar integração/colaboração.

Também se apóia em elementos da micro-economia, questionando uma visão das organizações de auto-suficiência e na intenção de contemplar todas as áreas de atendimento na mesma instituição.

Assim, segundo este enfoque seria mais produtivo que as instituições buscassem trabalhar com estratégia de diferenciação, identificando suas áreas de excelência e negociando com a rede o atendimento dos demais casos.

Neste sentido a definição da missão de uma determinada unidade hospitalar passa a ter de ser negociada com a rede e os demais estabelecimentos, buscando transformar uma possível concorrência não justificada em colaboração.

Como principais objetivos da *démarche stratégique* são apontado por Rivera e Artmann (2003) a criação de um canal de comunicação entre os níveis gerenciais e as unidades assistenciais; a introdução do critério de oportunidade na definição da missão do hospital, identificando um padrão de atividades que possibilite a obtenção de vantagens comparativas; constituição de espaços de comunicação para produção de projetos coletivos; promoção da integração da unidade hospitalar a uma rede de atenção á saúde; e uma mudança cultural progressiva.

O método é composto por seis fases ou etapas. A primeira refere-se à análise do existente, na qual se realiza um diagnóstico administrativo, composto de informações obre os indicadores hospitalares, de pessoal e de estrutura e diagnóstico médico, através da identificação das principais patologias e tecnologias. Também, nesta fase, busca-se identificar as características das demais unidades da rede e a possibilidade de serem parceiros ou concorrentes.

Posteriormente realiza-se a segmentação estratégica, a qual implica em *definir coletivamente no nível de cada serviço, agrupamentos homogêneos de atividade, definidos como aqueles pólos de atividade que predominam a identidade de elementos do ponto de vista de sua problemática estratégica*. (Rivera, 2003:51)

Alguns critérios são considerados para segmentação como patologias, tecnologias, modos de atenção e população, sendo que mais de um deles pode estar presente na definição de um segmento.

Na terceira etapa é realizada a análise do valor, o qual é definido a partir da consideração de alguns critérios e da notação de cada segmento, tendo como referência a comparação entre eles. Os critérios mais utilizados estão elencados no quadro 3, bem como as principais questões que são consideradas na análise.

A notação dos diferentes segmentos permite identificar como cada um se comportaria com relação a cada critério e também identificar problemas que fazem com que o segmento possua um baixo valor.

A posição competitiva é definida a partir do grau de controle dos fatores chave de sucesso. Por fatores chave de sucesso consideram-se todas as competências que um segmento deve possuir para se destacar e ser de excelência em sua área. Assim, quanto maior o controle do segmento maior será sua posição competitiva.

Estas duas variáveis, valor e posição competitiva, permitem construir o porta-fólio de atividades, que é formado por um gráfico onde a produção de cada elemento é representada a partir de um círculo e permite comparar a posição de cada um e definir estratégias.

Estas estratégias consistiriam basicamente na possibilidade de desenvolvimento de um segmento, na estabilização ou redução a partir da focalização ou diminuição da clientela. Também no caso brasileiro os autores sugeriram incluir a possibilidade de criação de um novo segmento, justificada por sua ausência ou insuficiência na rede.

No plano de ação são definidas as atividades que permitem a implementação da estratégia, as quais podem se consistir, entre outras, no enfrentamento dos pontos fracos, na proposição de parcerias ou em ações que visem aumentar o valor do segmento.

Por fim, sugere-se que sejam construídos alguns indicadores que permitam acompanhar a implementação do plano, considerando que está é progressiva e pode demandar um tempo para verificação das mudanças.

No quadro abaixo as variáveis utilizadas na fase de análise do valor dos segmentos de um hospital foram sistematizadas, contendo sua descrição e quais as questões que foram observadas no discurso dos entrevistados para auxiliar na análise dos resultados, principalmente na discussão quanto aos fatores que os entrevistados apontaram como aqueles que influenciam o processo de definição do perfil assistencial.

Quadro 5 – Resumo das variáveis que interferem na definição do perfil assistencial dos hospitais

Variáveis	Descrição	O que observar	Considerações
Potencial crescimento	Análise dados epidemiológicos ou evolução tecnológica – considerando cenário futuro.	Utilizou algum dado ou informação epidemiológica?	Deveriam ser priorizadas as especialidades que apontam um crescimento maior.
	Capacidade de atração da clientela local ou regional	É reconhecido como referência na área?	O fato de ser reconhecido amplia a possibilidade de atrair usuários.
Intensidade da concorrência	Quantitativo de unidades e pessoas que realizam a mesma atividade.	Foi considerada a possibilidade de competição com outras unidades da rede?	Deveriam ser desvalorizadas as atividades que possuem grande oferta na rede para não gerar duplicidade no atendimento e aumento dos custos.
Parcerias ou Sinergias	Possibilidade de constituir parceria interna ou externa motivada pelo hospital ou por solicitação de uma instância da rede	Atividade integrada com outra unidade do hospital ou da rede?	Estas atividades deveriam ser valorizadas, pois permitem o compartilhamento de recursos e esforços resultando numa racionalização dos custos e aumento da qualidade.
		Teve demanda ou indução externa?	
Investimento	Refere-se à necessidade de Investimento ou possibilidade de captação de recursos	Demandou um grande investimento pela unidade?	Necessidade de grande investimento diminui a possibilidade de mudança.
		Teve financiamento específico disponibilizado pela rede?	A possibilidade de trazer recursos valoriza o serviço ou atividade.
Disponibilidade de tecnologia	Refere-se a disponibilidade ou necessidade de aquisição de equipamentos	Este recurso já está disponível? Qual o investimento necessário para sua aquisição?	A priorização do segmento deve considerar a diferença entre a disponibilidade e necessidade de investimento em equipamentos.
Disponibilidade profissional	Ocorre devido a habilidade de algum profissional ou motivação pessoal.	A mudança ocorreu devida entrada de um profissional no setor?	O critério motivação profissional contribui para realização da atividade, porém, não deve ser exclusivo. Deve considerar se já tem oferta suficiente ou outro serviço estruturado na rede.
		Ou capacitação?	
Missão da Instituição	Esta de acordo ou colabora para o alcance da grande missão da instituição	Corresponde com a missão do hospital?	Devem ser desestimuladas ou transferidas para a rede atividades que não correspondem com missão institucional.
		Contribui para seu alcance ou complementação?	
Potencial de ensino e pesquisa	Possibilidade de desenvolver alguma pesquisa ou ofertar determinada atividade de ensino.	Possibilitou realização de algum estudo?	São positivos os fatores que contribuem para atividades de ensino e pesquisa sempre que estes façam parte da sua missão.
		Ou algum curso?	

3. Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo descritivo, seguindo uma abordagem qualitativa que engloba informações provenientes de entrevistas semi-estruturadas.

Será utilizado como estratégia metodológica o estudo de casos múltiplos que, segundo Minayo (2000), são os estudos que utilizam *estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão*. Ainda, segundo esta autora, o estudo de caso assemelha-se à *focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos*. (Idem:164)

3.1 Campo de investigação

O campo de investigação selecionado é composto pelos hospitais sob gestão federal localizados no estado do Rio de Janeiro. Os mesmos foram selecionados por estarem no centro de mudanças que ocorreram nos últimos anos como o processo de municipalização e posteriormente a refederalização, por estarem em processo de discussão do seu modelo de gestão e comporem a maior rede de serviços federais do país.

Dentro deste grupo estão os seguintes hospitais: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal de Jacarepaguá (Cardoso Fontes), Hospital Federal da Lagoa e Hospital Federal dos Servidores.

Dentre este conjunto de hospitais somente o Hospital de Federal de Jacarepaguá não participou do estudo porque após vários contatos por meio eletrônico e telefônico não houve retorno com aprovação para realização das entrevistas.

3.2 Coleta de dados

Para o alcance dos objetivos propostos foi utilizada a entrevista semi-estruturada que tem se constituído como uma das técnicas mais utilizadas no processo de trabalho de campo das pesquisas sociais, dentre as quais as do campo da saúde. Neste caso foi utilizada a entrevista semi-estruturada que *combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada*. (Minayo, 2006,:261)

O roteiro da entrevista foi elaborado buscando contemplar as perguntas propostas na introdução do trabalho e os objetivos do estudo. Em anexo encontram-se os roteiros de entrevista que foram elaborados para contemplar os entrevistados dos hospitais e do Departamento de Gestão Hospitalar. As questões do roteiro foram numeradas para corresponder com o quadro dos resultados

(Quadro 7). O período estabelecido para identificação de mudanças foi de 10 anos, porém, isto não limitou o entrevistado a optar por falar de contexto de tempo mais amplo, nem de se considerar estas informações nos resultados.

Antes da realização da entrevista o objetivo do trabalho era apresentado ao entrevistado, bem como os conceitos de **perfil assistencial** e **mudança** que estavam sendo considerados no trabalho. Sendo o perfil assistencial toda a oferta de atendimento ou serviços assistenciais do hospital e mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como sua exclusão, diminuição ou ampliação de sua oferta.

O roteiro foi disponibilizado para o entrevistado no momento da entrevista apenas quando foi solicitado. No caso específico do Hospital dos Servidores, por exigência do seu comitê de ética, o roteiro teve que ser disponibilizado anteriormente à realização da entrevista.

As entrevistas foram gravadas, com autorização do entrevistado e posteriormente transcritas. Dentre todas as entrevistas apenas uma ficou parcialmente comprometida pela qualidade da gravação e ruídos presentes no ambiente, as demais foram integralmente transcritas. No total foram realizadas 17 entrevistas, que compuseram aproximadamente 10 horas de gravação e mais de 100 páginas de transcrição.

3.3 Aspectos Éticos

Com relação aos aspectos éticos do estudo, o mesmo foi aprovado pelos seguintes Comitês de ética: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de saúde Pública (ENSP), no dia 01/07/2009, Conforme parecer n 106/09; pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso, no dia 17/08/2009, Conforme parecer n 28/09; Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal dos Servidores, no dia 09/11/2009, Conforme parecer n 000.375.

Em todas as unidades a realização do estudo foi aprovada pelo Diretor da Unidade ou substituto e nas unidades em que não havia Comitê de Ética constituído os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado conforme aprovado pelo Comitê da ENSP.

3.4 Entrevista

Num primeiro momento foram incluídos na entrevista os gestores do DGH e as chefias médica/assistencial ou os profissionais que ocupavam cargo semelhante e desempenhavam esta função dentro dos hospitais.

Desta forma, nos cinco hospitais os coordenadores assistenciais participaram da entrevista e em uma unidade também foi possível entrevistar o diretor. No DGH foram incluídos os dois coordenadores, de assistência e de planejamento.

Somente após a apresentação do objeto de estudo e da realização da entrevista com os coordenadores que os demais sujeitos do estudo eram selecionados pelo pesquisador juntamente com a coordenação. Os coordenadores poderiam indicar tanto componentes de sua equipe ou chefias dentro de sua coordenação, quanto às chefias de serviços. Uma questão que influenciava na decisão era a capacidade de o entrevistado poder contribuir com o tema estudado, seu tempo na instituição ou ter passado por algum processo de mudança em seu serviço.

Um critério de exclusão dos sujeitos foi o tempo que o mesmo trabalha na unidade (menos de um ano) ou desempenhava a função de chefia ou gerência do departamento (menos de 06 meses). No caso do estudo apenas um chefe de serviço não foi entrevistado por não atender esses critérios.

Abaixo são apresentados os participantes do estudo por unidade a partir dos códigos que serão usados para identificar as unidades nos DSC, o número de participantes variou de uma unidade para outra devido ao tempo de aceitação da unidade a participar da entrevista e disponibilidade dos entrevistados:

Quadro 6 – Conjunto de entrevistados por unidade que participaram do estudo

UNIDADE	ENTREVISTADOS
Hospital 1	Coordenador Médico
	Chefe da Cirurgia
	Chefe do Ambulatório
	Chefia de Serviço
Hospital 2	Coordenador Médico
	Chefe da Cirurgia
	Chefe da Emergência
	Chefia Serviço (Não participou porque se encaixava no critério de exclusão do estudo)
Hospital 3	Coordenador Médico
	Chefia de Serviço
	Chefia de Serviço
Hospital 4	Coordenador Médico
	Chefia de serviço
Hospital 5	Diretor
	Coordenador Médico
	Chefia de Serviço (Não participou porque não houve retorno do contato)
DGH	Coordenador de Planejamento
	Coordenador da Assistência
	Membro da Equipe

3.5 Modelo de Análise

Para a organização dos dados qualitativos, provenientes das entrevistas, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvido por Fernando Lefrève e Ana Maria Cavalcanti Lefrève (2000).

Segundo estes autores o DSC *é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades* (Lefrève *et al*, 2003:02).

Sua técnica consiste em analisar o conteúdo das entrevistas realizadas, extraindo-se destas as idéias centrais ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave, a partir das quais se buscam as semelhanças para construção de um ou mais discursos-síntese.

Esses quatro elementos, Expressões-Chave (EC), Idéias Centrais (IC), Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo são considerados os operadores deste método. (Lefrève *et al*, 2003). As expressões-chave são partes do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que correspondem à essência do conteúdo do discurso analisado.

A idéia central tem uma função classificatória, e *é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.* (Idem:03)

A ancoragem ocorre quando uma expressão chave remete a uma *dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.* (Idem:04)

E o discurso do sujeito coletivo pode ser definido com um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso.

Neste trabalho foram utilizados apenas três elementos, as expressões-chave, as idéias centrais e o discurso do sujeito coletivo.

Segundo Lefèvre e Lefrève (2000) existem duas formas de organizar os depoimentos: na primeira, cada depoimento é analisado da onde se extraem as IC diferentes, que em seguidas são agregadas para constituir o DSC. Na segunda as IC iguais são extraídas do depoimento e vão agregando-se ou encadeando-se suas EC para compor o DSC.

O autor ainda saliente que caso o pesquisador considere necessário cada IC sendo rica e complexa podem dar origem a um DSC, ou no mesmo trabalho podem ser utilizadas estas duas formas dependendo das circunstâncias.

Devido ao grande volume de material coletado nas entrevistas, optou-se por utilizar a segunda forma de organização dos depoimentos para obter o DSC, conforme detalhado abaixo:

- Num primeiro momento foram organizadas todas as expressões-chave em um arquivo Excel onde a coluna representava as grandes questões do roteiro de entrevista e as linhas os diferentes entrevistados. O objetivo era agregar todas as respostas de uma dada pergunta mantendo um arquivo com identificação dos entrevistados caso fosse necessário comparar diferentes visões das unidades.
- Num segundo momento todas as expressões-chave referentes às grandes perguntas foram lidas, várias vezes, e delas foram extraídas um conjunto de IC. No total foram identificadas 73 IC, sendo que cada uma delas agrega mais de uma EC.
- A partir da identificação destas IC foi possível constituir diferentes temas dentro de cada questão da entrevista e estes temas, por sua vez, permitiram que um conjunto de IC fosse agregado para constituir o DSC. Cada tema pode ser composto de um ou mais discursos, dependendo do conjunto de IC.
- Foram mantidas no anexo 2 todas as EC, com suas respectivas IC, e ao agregar as IC os DSC que foram constituídos, inclusive como uma forma de verificação da legitimidade das IC e dos DSC constituídos pelo pesquisador. Abaixo segue uma tabela resumo com a organização dos resultados.
- Para apresentação dos resultados os DSC foram trabalhados no sentido apenas de produzir uma “artificialidade natural”, a retirada de EC semelhantes e apresentação de uma estrutura seqüencial, como orientam os autores:

...para fazer com que o discurso coletivo pareça falado por uma só pessoa deve-se... efetuar operações nos pedaços dos discursos limpando-os de particularidade. Deve-se também encadear narrativamente os discursos de modo que apresentem uma estrutura seqüencial clara e coerente... das “peças” repetidas ou semelhantes escolhesse apenas um exemplar. (Idem:29)

Em nenhum momento o pesquisador fez modificações com o objetivo de alterar ou introduzir idéias novas no depoimento dos entrevistados. Também é possível construir as IC com fragmentos de EC ou a partir da elaboração do pesquisador que foi a opção feita neste caso principalmente porque a IC correspondia a mais de uma EC.

Em alguns momentos houve dificuldade em se obter um desencadeamento do DSC, devido ao volume de material e a necessidade de agregar um conjunto significativo de IC, para que o resultado do trabalho não ficasse exaustivo e com um conjunto muito grande de DSC.

Como se trata de um trabalho com a participação de sujeitos de diferentes instituições algumas particularidades foram excluídas do discurso, porém algumas se mantiveram para que não se perdesse a particularidade da situação e do depoimento mesmo que isso pudesse comprometer o desencadeamento do discurso.

Como modelos de análise são utilizadas as informações contidas nos quadros 1 ao quadro 5 que estão inseridas na revisão bibliográfica e descritas abaixo:

- Para a análise da percepção dos gestores quanto a definição do perfil assistencial e dos atores que participam são utilizados as informações referentes ao quadro 1 e 2 e as visões das diferentes perspectivas sobre o processo de definição de objetivos organizacionais a partir das revisões de Lima (1994) e Marinho (1990).
- A análise da conformação do perfil e das mudanças que ocorreram e que são propostas pelas unidades é realizada a partir das definições de estratégia e de processo de mudanças de Mintzberg (2004, 2006a e 2006c), Mintzberg *et al* (2006b) e das três formas de compreensão de mudança de Motta (2003), que constam no quadro 3 e 4.
- No quadro 5 estão resumidos os fatores que são considerados pelo enfoque *démarche stratégique* na definição da missão das organizações hospitalares e que auxiliam na análise dos fatores que os entrevistados apontaram como sendo os que influenciam na definição do perfil assistencial dos hospitais.

Quadro 7 - Consolidado dos Resultados por Questão da Entrevista, Temas, Idéias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo

Resultados 4.1 Caracterização do perfil assistencial dos hospitais federais pelos gestores	Questão 1 – Como caracteriza o perfil assistencial do hospital hoje?	
	Tema 1 - Atividades e áreas que compõem o perfil assistencial	
	DSC 1 - Discurso quanto às atividades que compõem o perfil como alta complexidade, emergência e ensino	IC 1 – Perfil do hospital é caracterizado como de alta complexidade, sendo destacadas as áreas que confirmam este perfil
		IC 2 - O perfil do hospital conjuga atividades de emergência e atividades eletivas
		IC 3 – O hospital além de suas atividades assistenciais também é caracterizado como hospital de ensino
	Tema 2 - Atividades que desenvolvem, mas não são consideradas como parte do perfil assistencial	
	2.1 atendimentos de baixa complexidade e os seus motivos	
	DSC 2 - Discurso quanto às atividades de baixa complexidade que são desenvolvidas por deficiência da rede	IC 4 – Apesar do seu perfil o hospital ainda faz o atendimento de pacientes de baixa complexidade que não deveriam ser atendidos no hospital
		IC 5 – O hospital atende pacientes de baixa complexidade porque fazia parte da sua missão ou perfil
		IC 6 – O hospital atende baixa complexidade por insuficiência da rede em outros municípios
		IC 7 – O hospital atende pacientes fora do seu perfil por deficiência na oferta de serviços no Rio de Janeiro
		IC 8 – Os pacientes preferem ser tratados no hospital
	DSC 3 - Discurso quanto às atividades de emergência incorporadas por necessidade do sistema.	IC 9 - Atende baixa complexidade porque tem gestão participativa e a população espera que sua demanda seja atendida
		IC 10 – Hospitais desenvolvem atendimento de urgência e emergência, por necessidade do sistema, mas não deveria fazer parte do seu perfil assistencial
	2.2 atendimentos de emergência e seus motivos	
	DSC 4 - Discurso quanto à pressão por produtividade e indefinição do papel do hospital	IC 11 - A emergência é um dos fatores que contribuem para atendimento de baixa complexidade
		IC 12 – Pressão externa para atendimento de média complexidade
		IC 13 - Pressão externa para aumento da produção
	DSC 5 - Discurso quanto à imobilização do hospital e busca de solução	IC 14 - Necessidade de definição do papel do hospital na rede
		IC 15 - Atendimentos fora do perfil e falta de unidades de apoio imobilizam o hospital
Tema 3 - Problemas e iniciativas de resolução		
IC 16 - Implantação do SAD e negociação com ambulatorios não resolveu o problema		

Questão 2 – Quais foram as principais mudanças observadas no perfil assistencial nos últimos anos?

Tema 1 – Mudanças verificadas nos últimos anos

DSC 6 - Discurso da mudança pela priorização da alta da complexidade	IC 17 - Mudança pelo aumento da complexidade dos serviços a partir de um planejamento estratégico
	IC 18 - Mudança pelo aumento da especialização a partir da valorização das áreas de maior complexidade identificadas pela <i>démarche stratégique</i> .
	IC 19 - Mudança pelo aumento da complexidade para diferenciação na rede e manutenção do ensino.

DSC 7 - Discurso da mudança no perfil dos pacientes e aumento da demanda	IC 20 - Mudança no aumento da demanda de emergência, doença vascular, renal crônico e câncer
	IC 21 - Mudança no perfil demográfico pelo envelhecimento da população

DSC 8 - Discurso da mudança na oferta devido ao crescimento e incorporação de serviços	IC 22 – Mudança no serviço que começou por iniciativa médica e depois amplia a oferta tornando-se referência
	IC 23 - Mudança pela incorporação de serviços porque a rede não atende mais seus pacientes ou por solicitação do MS

DSC 9 - Discurso da mudança na oferta devido à perda de serviços ou municipalização	IC 24 - Mudança pela perda de profissionais porque houve baixo investimento tecnológico
	IC 25 – Mudança pela perda de serviços porque os profissionais se aposentaram ou foram para outra unidade
	IC 26 – Mudança provocada pela municipalização porque não houve investimento no hospital
	IC 27 - Mudança provocada pela municipalização porque deixou o hospital capenga, sem equipamento, insumos e RH
	IC 28 – Mudança provocada pela municipalização na diminuição e complexidade da oferta.
IC 29 - Mudança devido ao investimento do MS que reergueu o hospital e retomou sua oferta	

Tema 2 - Resistência à mudança

DSC 10 - Discurso referente à resistência às mudanças tanto de perfil assistencial quanto interna nos serviços	IC 30 - Resistência à mudança do perfil de docente assistencial para universitário
	IC 31 - Resistência às propostas do nível central de reforma nos serviços
	IC 32 - Resistência às propostas do nível central de incorporação de serviços
	IC 33 - Resistência à integração de serviços no hospital

Questão 5 - Que mudanças de perfil deveriam ter sido introduzidas no hospital, mas não foram?

Tema 1 - Mudanças programadas que não ocorreram

Resultados 4.2
O Processo de Mudanças nos Hospitais e a definição de Estratégia

	DSC 11 - Discurso quanto aos projetos elaborados e abandonados devido à mudança de gestão	IC 34 - Projetos de melhoria e incorporação de serviços que não se concretizaram
Tema 2 - Mudanças propostas pelos hospitais		
	DSC 12 - Discurso quanto à proposta de criação de serviços para aumentar a complexidade ou atender a demanda	IC 35 - A proposta é que o hospital de alta complexidade faça transplantes também IC 36 - A proposta é criar leito de retaguarda e centro obstétrico para atender a demanda da emergência IC 37 - A proposta é desenvolver hospital dia para diminuir a baixa complexidade IC 38 - A proposta é desenvolver serviços porque não tem referência na rede
	DSC 13 - Discurso da necessidade de maior investimento em equipamento e RH	IC 39 - Necessidade de investimento para melhoria das condições do serviço IC 40 - Necessidade de investimento para aquisição de equipamentos IC 41 - Necessidade de investimento em RH como concurso público, estabilidade e melhor remuneração.
Tema 3 - Mudanças propostas pelo DGH		
	DSC 14 - Discurso referentes às mudanças em curso a partir das propostas e visão do DGH	IC 42 - Proposta de unificação de serviços entre os hospitais e a posição dos diretores IC 43 - Proposta de regulação dos ambulatórios hospitalares pelo município IC 44 - Proposta de mudança da emergência e retirada da baixa complexidade
	DSC 15 - Discurso referentes às mudanças em curso propostas pelo DGH a partir da visão dos hospitais	IC 45 - Proposta do DGH vista pelos hospitais como um processo de revisão do perfil assistencial IC 46 - Proposta do DGH vista como possibilidade de otimização dos recursos IC 47 - Proposta do DGH vista como não viável pela dificuldade de integração dos serviços.
Resultados 4.3 A conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais	Questão 3 e 6 - O que levou o hospital a introduzir estas mudanças? Foram decorrentes da aplicação de alguma ferramenta de planejamento?	
	Tema 1 - Conformação do perfil assistencial e estrutura de planejamento das unidades	
	DSC 16 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva do DGH	IC 48 - A mudança não é decorrente do planejamento mas da iniciativa individual dos hospitais atenderem sua demanda. IC 49 - Os hospitais não utilizam nenhuma ferramenta ou metodologia de planejamento IC 50 - Os hospitais, na sua maioria, não tem núcleo de planejamento estruturado
	DSC 17 - Discurso do processo de mudança visto pela	IC 51 - A mudança não é decorrente do planejamento, ela apenas acontece.

	perspectiva dos hospitais	IC 52 - A estrutura de planejamento ainda é incipiente, ficando mais centralizado na direção.
		IC 53 - Os hospitais têm iniciativas de melhoria e apoio através de consultorias externas.
		IC 54 - Os projetos são provisórios e sofrem alterações conforme a mudança de gestores.
Questão 3.1 e 3.2 Quais os atores que participam do processo de definição do perfil assistencial?		
Tema 1 - Atores internos da unidade hospitalar		
	DSC 18 - Discurso referente à percepção da participação da direção e chefias de serviço nas decisões dos hospitais	IC 55 - Chefes dos serviços formam feudos para garantir autonomia e poder
		IC 56 - Diretores tem capacidade de gestão limitada pelo poder dos feudos
		IC 57 - As direções apóiam os serviços, mas também há modificação da postura dependendo do diretor
Tema 2 - Atores Externos a unidade hospitalar		
	DSC 19 - Discurso da percepção do papel e participação dos atores externos nas definições dos hospitais	IC 58 - Desentendimento entre as três esferas de governo gera desorganização no sistema.
		IC 59 - As três esferas de governo não desempenham o papel definido na constituição.
		IC 60 - Ampliação da comunicação como possibilidade de um processo de organização da rede de modo mais consensuado.
		IC 61 - Papel do DGH enquanto mediador das discussões e definidor do perfil assistencial dos hospitais
		IC 62 - Direção dos hospitais são os atores que mais participam do processo decisório no DGH
Questão 4 - Quais os fatores que influenciam no perfil e na mudança?		
Tema 1 - Fatores que definem o perfil		
Resultados Fatores envolvidos na definição do perfil assistencial e o enfoque <i>démarche stratégique</i>	4.4	DSC 20 - Discurso enquanto definição do perfil e da mudança dependente do médico e da demanda
		IC 63 - O perfil do hospital é definido pelos seus médicos
		IC 65 - A mudança do perfil assistencial depende do médico
		IC 66 - A demanda tem que ser levada em conta e pressiona a mudança do perfil assistencial
Tema 2 - Fatores necessários para mudança		
	DSC 21 - Discurso da mudança enquanto dependente de investimento tanto para o hospital manter suas atividades e implementar novos projetos	IC 67 - A falta de investimento durante a municipalização alterou a oferta que só foi recuperada a partir do investimento do MS
		IC 68 - A falta de investimento fez com que os próprios médicos comprassem equipamentos
		IC 69 - O investimento externo possibilitou a melhoria e ampliação dos serviços
		IC 70 - A falta de investimento dificulta a realização de transplantes e contratação de pessoal

DSC 22 - Discurso da mudança enquanto dependente do que a unidade e a rede desenvolvem, bem como de uma mudança cultural	IC 71 – Mudança depende da organização da rede
	IC 72 – Mudança depende da característica do hospital e excelência do serviço
	IC 73 - Mudança depende de uma mudança cultural nas unidades

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados seguidos da discussão a partir das grandes questões que compunham o roteiro de entrevista e foram divididos em quatro capítulos: Caracterização do perfil assistencial dos hospitais federais pelos gestores; O Processo de Mudanças nos Hospitais e a definição de Estratégia; A conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais; e Fatores envolvidos na definição do perfil assistencial e o enfoque *démarche stratégique*.

A apresentação dos resultados em cada bloco será presidida de um quadro resumo onde constam os temas e as idéias centrais que deram origem ao conjunto de DSC. Após o quadro serão apresentados apenas os discursos compostos de suas EC como descritos na metodologia, sendo que as IC estão todas listadas no quadro resumo.

4.1 Caracterização do Perfil Assistencial dos Hospitais Federais pelos gestores

Na análise dos discursos dos entrevistados, quanto ao perfil assistencial dos hospitais, foi necessário separar os resultados em três temas. Ao mesmo tempo em que é apresentado um conjunto de atividades que na opinião dos entrevistados constituem o perfil assistencial das unidades, também é apresentado outro conjunto de atividades desenvolvidas, mas não consideradas como parte do perfil assistencial desejado pelos gestores.

Também foi possível identificar problemas decorrentes do desenvolvimento das atividades que não são consideradas parte do perfil, bem como algumas iniciativas que os hospitais apresentaram como tentativa de resolução destes problemas.

Questão 1 – Como caracteriza o perfil assistencial do hospital hoje?	
Tema 1 - Atividades e áreas que compõem o perfil assistencial	
DSC 1 - Discurso quanto às atividades que compõem o perfil como a alta complexidade, emergência e ensino	IC 1 – Perfil do hospital é caracterizado como de alta complexidade, sendo destacadas as áreas que confirmar este perfil
	IC 2 - O perfil do hospital conjuga atividades de emergência e atividades eletivas.
	IC 3 – O hospital além de suas atividades assistenciais também é caracterizado como hospital de ensino.
Tema 2 - Atividades que desenvolvem, mas não são consideradas como parte do perfil assistencial	
2.1 Atendimentos de baixa complexidade e os seus motivos	
DSC 2 - Discurso quanto às atividades de baixa complexidade que são desenvolvidas por deficiência da rede	IC 4 – Apesar do seu perfil o hospital ainda faz o atendimento de pacientes de baixa complexidade que não deveriam ser atendidos no hospital

	IC 5 – O hospital atende pacientes de baixa complexidade porque fazia parte da sua missão ou perfil.
	IC 6 – O hospital atende baixa complexidade por insuficiência da rede em outros municípios.
	IC 7 – O hospital atende pacientes fora do seu perfil por deficiência na oferta de serviços no Rio de Janeiro
	IC 8 – Os pacientes preferem ser tratados no hospital
	IC 9 - Atende baixa complexidade porque tem gestão participativa e a população espera que sua demanda seja atendida.
2.2 atendimentos de emergência e seus motivos	
DSC 3 - Discurso quanto às atividades de emergência incorporadas por necessidade do sistema.	IC 10 – Hospitais desenvolvem atendimento de urgência e emergência, por necessidade do sistema, mas não deveria fazer parte do seu perfil assistencial
	IC 11 - A emergência é um dos fatores que contribuem para atendimento de baixa complexidade
2.3 atendimentos de média complexidade	
DSC 4 - Discurso quanto à pressão por produtividade e indefinição do papel do hospital	IC 12 – Pressão externa para atendimento de média complexidade
	IC 13 - Pressão externa para aumento da produção
	IC 14 - Necessidade de definição do papel do hospital na rede
Tema 3 - Problemas e iniciativas de resolução	
DSC 5 - Discurso quanto à imobilização do hospital e busca de solução	IC 15 - atendimentos fora do perfil e falta de unidades de apoio imobilizam o hospital
	IC 16 - Implantação do SAD e negociação com ambulatorios não resolveu o problema

Os entrevistados quando foram questionados sobre o perfil assistencial atual dos hospitais utilizaram formas diferentes de descrevê-lo, ou como um hospital cirúrgico, um hospital geral, hospital de emergência e eletivo, nas áreas clínicas e cirúrgicas, ou ainda hospital docente assistencial. Inclusive profissionais da mesma unidade utilizaram maneiras diferentes de descrever o perfil assistencial do hospital.

Porém, a grande maioria o definia como de alta complexidade, sendo que em alguns casos inclusive, foram citadas aquelas áreas que agregam maior tecnologia ou que atendem agravos mais complexos, as quais eram reconhecidas como as que caracterizam o seu perfil.

De uma forma mais ampla, e para fins de comparação neste trabalho, poderiam ser classificados como hospitais abertos, ou seja, aqueles que têm emergência aberta e um conjunto diverso de atividades e os hospitais de porta fechada, que não possuem emergência e se identificam mais como hospitais cirúrgicos.

DSC 1 – Discurso quanto às atividades que compõem o perfil como a alta complexidade, emergência e ensino.

O hospital tem um perfil de atendimento de média e alta complexidade. É um hospital onde a cirurgia geral trata doentes de alta complexidade que são doentes idosos, com doença neoplásica avançada, doença biliar avançada, patologia pancreática. Então o perfil é cirúrgico, quase 90% do hospital é perfil cirúrgico. A alta complexidade aqui é na área de hemodiálise, terapia renal substitutiva, oftalmologia especializada, a cirurgia vascular, a neuroradiologia, implantação de marcapasso e as cirurgias por vídeo. Eu poderia chamar ele de um hospital híbrido. Por quê? Normalmente você tem hospitais de emergência e hospitais de atendimento eletivos, este hospital tem um misto dos dois. É um hospital com uma tradição muito grande de ensino e de cirurgias de ponta. Então trabalham nessas duas áreas, assistência e educação.

Além das atividades apontadas acima, existem três conjuntos de atividades que foram citadas como se não fizessem parte de seu perfil, dentre os quais se encontram todas as atividades de baixa complexidade, atendimento de emergência e atendimentos de média complexidade.

Como é possível identificar no discurso abaixo, entre as atividades de baixa complexidade encontram-se desde consultas ambulatoriais, típicos da atenção primária, até a realização de vacinas. Uma das questões apontadas como responsável pelo desenvolvimento destas atividades é o histórico de criação destes hospitais como hospital geral, o hospital de A a Z, que tinha esse conjunto de atividades como parte de sua missão e mesmo hoje ainda não conseguiu mudar sua característica.

Porém, o motivo que foi citado pela grande maioria dos entrevistados como responsável pelos hospitais ainda terem que realizar atividades primárias refere-se à insuficiência de oferta de atendimentos, tanto na região metropolitana como na cidade do Rio de Janeiro.

Com relação à região metropolitana alguns referem inclusive os municípios que demandam o atendimento, admitindo que o hospital poderia ser referência para atividades mais complexas como transplante ou uma cirurgia de grande porte, mas não para atividades ambulatoriais como ocorre hoje.

Quanto ao município do Rio de Janeiro há uma percepção de falência do sistema de saúde, o que teria obrigado os hospitais a continuarem desenvolvendo atividades como vacinação, ambulatório de hipertensão e pé diabético. Dentre os motivos apresentados para esta falência encontram-se a baixa cobertura do Programa de Saúde da Família e de unidades de apoio para realização de procedimentos de média complexidade.

Na percepção dos entrevistados isto também criou uma cultura de utilização e busca dos hospitais como principal meio de resolução de todos os seus problemas de saúde. Inclusive em unidades com gestão participativa, ocorre a pressão da população para que atividades que a unidade considera fora de seu perfil, como vacinação, sejam mantidas como oferta hospitalar.

DSC 2 – Discurso quanto às atividades de baixa complexidade que são desenvolvidas por deficiência da rede.

Ele vem consolidando um perfil de alta complexidade, mas não faz estritamente alta complexidade, faz muitos procedimentos de média e até de baixa complexidade também. Primeiro que o nosso ambulatório ficou muito mais procurado. E como era um hospital de A a Z, ele ainda faz vacina, então se convive com muita coisa junta. Eu até fui surpreendido porque eu li a missão e dentre lá fazer alta complexidade, existe desde a aplicação de vacinas, que não é da competência do hospital federal, até papanicolau, exame ginecológico. Por quê? Provavelmente em alguma época, no RJ, foram falindo várias instituições, e os hospitais foram pegando isso porque tinha necessidade. Mas o ambulatório de hipertensão tem de ir pro programa de saúde da família. O que acontece, o Rio de Janeiro, até o ano passado era um dos poucos municípios do Brasil que não tinha PSF. E é importante isso porque senão pra onde o doente vai? Ele dá alta e fica fazendo a sua prevenção dentro do hospital, quando não é nosso perfil. Antigamente tinha o Rocha Maia que podia ser um centro de pequenas cirurgias. Existiam outras unidades até o problema da Santa Genoveva, e como é que resolveram? Acabaram com as clínicas de apoio. E tem também uma coisa que você houve falar: Todo mundo gosta do hospital, eles querem se tratar no hospital

Outra questão colocada como não fazendo parte do perfil dos hospitais federais, mas que foi incorporada por haver necessidade da população, é o atendimento de urgência e emergência. Este por sua vez, é apontado como responsável também pela entrada de pacientes, como doentes crônicos ou intercorrências agudas de baixa complexidade, que não conseguem acessar outras unidades de saúde, o que acaba aumentando o conjunto de atendimentos que esta fora do perfil do hospital e criando problemas como superlotação.

DSC 3 - Discurso quanto às atividades de urgência e emergência incorporadas por necessidade do sistema.

Tem hospitais gerais de alta complexidade, que pela carência da cidade do Rio de Janeiro, começaram a desenvolver urgência e emergência, que não é seu perfil. Mas como tem a emergência, vamos dizer assim, o “refúgio” da assistência bate nas portas abertas. Então, é uma procura muito maior pra realizarem procedimentos que poderiam ter sido feitos na atenção básica ou no pré-hospitalar. Mas por ausência de pronto-atendimentos na região, a gente atende pacientes que estão com garganta inflamada, dor de dente, e que poderia ser tratada em um posto de saúde e não num hospital terciário. O que acaba gerando com isso superlotação e pacientes com especialidades que nós não temos, pacientes com doenças crônicas ou necessidade de internação de longa permanência, exatamente por uma carência na rede.

No discurso dos entrevistados parece haver um consenso quanto ao fato de que unidades hospitalares terciárias, que realizam procedimentos como transplantes, cirurgias de grande porte, não deveriam ter de disponibilizar espaço físico, recursos humanos e financeiros para atendimentos que poderiam ser realizados em outra unidade do sistema, de preferência mais próximo da residência do usuário.

Porém, algumas unidades colocaram o fato de que, ao mesmo tempo em que buscam concentrar sua oferta na alta complexidade, tem solicitação do Ministério da Saúde para atender ou aumentar sua produção com relação a procedimentos de média complexidade.

Isto tem gerado um conjunto de questionamentos nos hospitais quanto ao papel que devem desempenhar na rede, o que é colocado como uma *falta de identidade, o hospital que faz tudo*. Estes questionamentos vão desde o conjunto de atividades que deveria ser de competência das unidades hospitalares federais, como também inclui questões como a diversidade de sua abrangência e se reflete na indefinição quanto a se caracterizarem como um hospital local ou regional.

Outra questão apontada com relação a este falta de identidade refere-se especificamente a este conjunto de hospitais, que ainda estão vinculados a gestão federal quando pelos pressupostos do SUS deveria haver uma descentralização dos serviços para os municípios, o que é colocado como: *hospital federal é até meio esquisito, a gente é meio estranho*.

DSC 4 – Discurso quanto pressão por produtividade e indefinição do papel do hospital

Por outro lado, a gente é cobrado em números, e os burocrata, pode ficar muito bem gravado isso, cobram quantas cirurgias você fez. Se fez 100 esta bom, se você disser 50, mas enormes, eles não gostam. Então, a gente tem que movimentar um ala para fazer pequenas cirurgias também pra dar número total. Mas ao mesmo tempo existem políticas, como essa de média complexidade, que os hospitais federais são chamados a atender, de certa forma mostrar sua produção. E me parece que a gente ainda falta identidade mesmo, os hospitais eles acabam tendo essa coisa de hospital geral, hospital que faz tudo. Mas a reflexão é que os hospitais de maior complexidade eles possam migrar outras consultas de menor complexidade pra outras unidades. Porque afinal o hospital tem recursos que são finitos. Isso gera conflito na questão da ocupação do leito, porque se eu faço desde a hérnia até o transplante eles competem pelo mesmo espaço. Começa a gerar uma coisa que fica sempre se buscando aumentar a produção. Mas aí você tem que definir aumentar a produção do que? Qual é a missão dessa instituição? Que parte do bolo da saúde ela vai pegar?

Como percebemos no quarto discurso apresentado no caso dos hospitais federais a redefinição do papel do hospital não somente não foi possível como tem trazido uma série de problemas.

Esta não redefinição do papel dos hospitais federais gera um conjunto de problemas na gestão da unidade. Estes problemas aparecem em vários momentos e vão desde a criação de conflitos na gestão dos leitos, a insuficiência de recursos financeiros, apontados no discurso acima, como uma percepção de imobilização do hospital, como pode ser visto no discurso abaixo.

Novamente a questão da insuficiência de unidades de apoio e suporte para continuidade do cuidado ao paciente após sua alta aparece como um fator que provavelmente diminui a rotatividade dos pacientes, aumenta o tempo médio de permanência e gera esta percepção de imobilização dos leitos.

DSC 5 - Discurso quanto à imobilização do hospital e busca de solução

Eu estou falando isso nosso aqui, mas você vai a todos os hospitais tem um percentual grande de doente que não precisa estar ali. Então você tem uma porta de entrada grande e uma porta de saída que é um funil, e imobiliza o hospital. Isso significa o que? Diminuição da possibilidade de atendimento a demanda, porque o leito está imobilizado. Tem doente que fica meses e meses aqui aguardando uma vaga pra ser transferido. E pra atender a isso foi montado o SAD, mas não atende a demanda. Tem recurso do MS. É pra treinar o pessoal de casa pra cuidar do doente e a imensa maioria é de baixa renda e não tem ninguém que cuide. Mas aí ele tá numa área não coberta pelo SAD, ou numa área de altíssimo risco, e ele acaba ficando no hospital. Por exemplo, pra desafogar a porta de entrada, as unidades básicas deram vaga para gente e isso caiu por terra porque as pessoas não querem ir para lá porque diz que a facção é oposta. Ou não quer ir porque não tem dinheiro da passagem, ou acha que não vai ser atendido no posto e as vagas lá começaram a ficar ociosas.

Isto faz com que cada unidade hospitalar se mobilize para buscar alternativas que ajudem a minimizar o impacto destes problemas, como a adesão à política do MS de internação domiciliar e a negociação com as unidades básicas.

Porém, estas duas alternativas encontradas são apontadas no discurso dos gestores como algo que não atendeu as expectativas porque esbarrou em problemas como, a condição social dos pacientes, as áreas de violência da cidade e mesmo porque foi implantada de forma isolada em áreas descobertas da atenção básica.

No caso da internação domiciliar, percebe-se que esta tecnologia que deveria atender a desospitalização, não apenas não permitiu a mudança no papel e perfil dos hospitais pela velocidade com que tem sido incorporada pelo sistema, como já havia sido apontando por Campos (2007), como esbarra em problemas sociais e locais, como a violência nos grandes centros urbanos.

Quando se resgata a pergunta inicial deste capítulo e que foi colocada aos gestores de como caracterizam o perfil assistencial dos hospitais, verifica-se que estes o fazem considerando apenas um conjunto das atividades que realizam.

Se for levado em conta o conceito adotado neste estudo, que considera perfil assistencial como o conjunto da oferta de serviços assistenciais da instituição, todas as atividades de baixa ou média complexidade realizadas hoje também compõem o seu perfil assistencial.

Porém, pode-se observar que mesmo nos DSC em que o gestor aponta a sua oferta como sendo de *70% de média ou baixa complexidade*, ou que atende um *quantitativo grande de baixa complexidade*, ainda assim ao caracterizar seu perfil reconhece e declara este a partir das áreas de alta complexidade.

Neste caso, poderia se dizer que os gestores caracterizam seu perfil a partir do papel que foi se consolidando para o hospital, ou que se espera que ele desempenhe, dentro de um modelo de

atenção onde à expansão da oferta de atenção básica iria permitir que este se focasse na alta complexidade.

Como todos os hospitais que fizeram parte do estudo são hospitais federais localizados na cidade do Rio de Janeiro, isto faz com que algumas questões que interferem na configuração do perfil assistencial sejam mais específicas desta realidade local e outras, porém, decorrentes da própria configuração da rede hospitalar nacional.

As questões mais gerais poderiam ser associadas, como já colocado no primeiro capítulo da revisão, a partir da constituição dos hospitais como um agregado de serviços, de diferentes complexidades e graus de cobertura, e que estavam voltados para o atendimento de grupos específicos da população, como no caso do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde todos buscavam garantir o atendimento a todos os problemas de saúde dos grupos vinculadas a cada unidade.

Outras questões, como a expansão das modalidades assistenciais extra-hospitalares, mesmo que ainda seja colocada como um problema nacional possui impacto maior nos locais em que não se conseguiu uma expansão do PSF, aumento cobertura da atenção básica e mesmo do atendimento móvel de urgência ou de unidades pré-hospitalares, como no caso do município do Rio de Janeiro.

Desta forma, se for considerado, como colocado na revisão bibliográfica, que a configuração pensada para o modelo de atenção á saúde deveria permitir uma inversão da porta de entrada do sistema do hospital para atenção básica, percebe-se no discurso dos gestores que na realidade das unidades federais isto ainda não ocorreu.

Este é um dos fatores que pode fazer com que os gestores refiram-se aos atendimentos de baixa complexidade e de urgência e emergência como um problema e não como sendo parte do seu perfil. Estes problemas por sua vez aumentam os custos das atividades hospitalares, aumentam o volume da demanda e compete com as atividades de maior complexidade, e não desconsiderando os problemas de gestão interna das instituições, levam a uma percepção de atendimento de uma *demanda desenfreada* e que coloca a *unidade em sofrimento*.

4.2 O Processo de Mudanças nos Hospitais e a definição de Estratégia

A segunda questão colocada para os entrevistados se referia às mudanças que observam no perfil assistencial e quais mudanças deveriam ocorrer, e tinha como objetivo não apenas identificar onde a mudança ocorreu, mas principalmente o que a desencadeou e como foi conduzido o seu processo.

Neste caso, os resultados foram organizados a partir de três temas: o primeiro são as mudanças percebidas e citadas pelos gestores; o segundo compreende um conjunto de movimentos que ao contrário da percepção da mudança foi realizado no sentido de resistir a ela; e o terceiro agrega a percepção dos gestores quanto à necessidade de mudança.

Questão 2 – Quais foram as principais mudanças observadas no perfil assistencial nos últimos anos?	
Tema 1 – Mudanças verificadas nos últimos anos	
DSC 6 – Discurso da mudança pela priorização da alta complexidade	IC 17 - Mudança pelo aumento da complexidade dos serviços a partir de um planejamento estratégico
	IC 18 - Mudança pelo aumento da especialização a partir da valorização das áreas de maior complexidade identificadas pela <i>demarche stratégique</i>
	IC 19 - Mudança pelo aumento da complexidade para diferenciação na rede e manutenção do ensino
DSC 7 – Discurso da mudança no perfil dos pacientes e aumento da demanda	IC 20 - Mudança no aumento da demanda de emergência, doença vascular, renal crônico e câncer
	IC 21 - Mudança no perfil demográfico pelo envelhecimento da população
DSC 8 – Discurso da mudança na oferta devido ao crescimento e incorporação de serviços	IC 22 – Mudança no serviço que começou por iniciativa médica e depois amplia a oferta tornando-se referência
	IC 23 - Mudança pela incorporação de serviços porque a rede não atende mais seus pacientes ou por solicitação do MS
DSC 9 – Discurso da mudança na oferta devido à perda de serviços ou municipalização	IC 24 - Mudança pela perda de profissionais porque houve baixo investimento tecnológico
	IC 25 – Mudança pela perda de serviços porque os profissionais se aposentaram ou foram para outra unidade
	IC 26 – Mudança provocada pela municipalização porque não houve investimento no hospital
	IC 27 - Mudança provocada pela municipalização porque deixou o hospital capenga, sem equipamento, insumos e RH
	IC 28 – Mudança provocada pela municipalização na diminuição e complexidade da oferta.
	IC 29 - Mudança devido ao investimento do MS que reergueu o hospital e retomou sua oferta
Tema 2 - Resistência à mudança	

DSC 10 – Discurso referente à resistência as mudanças tanto de perfil assistencial quanto interna nos serviços	IC 30 - Resistência à mudança do perfil de docente assistencial para universitário
	IC 31 - Resistência às propostas do nível central de reforma nos serviços
	IC 32 - Resistência às propostas do nível central de incorporação de serviços
	IC 33 - Resistência à integração de serviços no hospital

No primeiro tema, a partir das idéias centrais que surgiram quanto à mudança foi possível construir quatro discursos distintos que de certa forma revelam a percepção de mudança na alteração do perfil dos pacientes, a mudança como decorrente do aumento ou diminuição da oferta e a mudança a partir do direcionamento para a alta complexidade.

O primeiro discurso aponta para uma percepção dos entrevistados de que ocorreram mudanças nos últimos anos por que as unidades adotaram uma orientação de priorização do desenvolvimento de atividades ou serviços que concentram maior complexidade tecnológica.

Essa mudança foi relatada por três hospitais e apesar de comporem o mesmo discurso o processo de mudança foi diferente em cada unidade, configurando formas distintas de definição de estratégia e de mudança que serão analisadas no final da apresentação dos discursos deste tema.

DSC 6 – Discurso da mudança pela priorização da alta da complexidade

Em 1999, se começou a fazer um planejamento estratégico, onde buscou se definir melhor o perfil assistencial e alguns serviços se organizaram para o atendimento de maior complexidade. A maternidade, por exemplo, organizou uma UTI neonatal começou a trabalhar também o transplante pediátrico.

Teve um trabalho feito pela ENSP que se chama demarche stratégique que comparou dois hospitais para você ver similaridades e diferenças. Então a UTI pediátrica é uma diferença que qualifica o Hospital. A unidade coronariana nos permite atender doenças cardiológicas. Mas tem também similaridades, como ortopedia, mas não deve fechar nem um nem outro porque tem insuficiência. É lógica que isso aconteceu historicamente também, em alguma época isso foi construído aqui.

O doente começou a vir, o caso ficava mais complexo e começamos a atender esses doentes. Então o que aconteceu foi um incremento das cirurgias de alta complexidade. E é um hospital que precisa ter toda uma quantidade de cirurgias diversificadas por causa do ensino. Ele é um hospital pequeno, e pra ele existir na minha opinião ele tem que ser um hospital sui generis, especializado em fazer cirurgias diferentes. E a gente tá tendendo a ficar com as cirurgias maiores, porque? Porque os planos de saúde chegam na hora H eles não resolvem os casos mais graves, mais custosos, os outros hospitais também não.

Na primeira idéia central, a mudança é apresentada como sendo decorrente de uma decisão que foi tomada por um conjunto de atores que participaram do processo de aplicação de uma ferramenta de planejamento estratégico.

Desta decisão de interferir na realidade do hospital alguns serviços começaram a mudar o foco das suas atividades, como o caso da maternidade, que aparece no discurso como tendo mudado ou seu perfil para permitir o atendimento da gestação de alto risco e transplante pediátrico a partir deste processo de planejamento.

Na segunda parte do discurso é citado um trabalho que identificou dentro da instituição um conjunto de tecnologias já existentes e que se constituem para a unidade como uma vantagem competitiva em relação à rede.

Na percepção destes gestores isso aponta para um conjunto de serviços em que deveria haver maior investimento, mas que também justifica como elas já possuem complexidade agregada, porque o hospital constituiu o seu perfil assistencial a partir destas especialidades e não de outras.

Quando os gestores foram questionados sobre como ocorreu a decisão quanto às áreas que compõem o perfil assistencial hoje, os mesmos apontam o processo como algo que *aconteceu historicamente*. Ou seja, a partir de um conjunto de fatores como demanda, investimento em tecnologia, qualificação de profissionais certas áreas foram se diferenciando e o trabalho citado desenvolvido a partir da *démarche* estratégica que permitiu identificar esse padrão, mas não houve uma decisão anterior à constituição destas áreas.

Na última parte do discurso os gestores identificam a mudança como um incremento da parte de cirurgias de alta complexidade, sendo que a mudança se deu principalmente pelo aumento da demanda de casos complexos que induziu o hospital a adquirir equipamentos que permitissem a realização destas cirurgias.

Neste caso também não há uma decisão anterior à mudança nem a definição das áreas cirúrgicas que mais se desenvolveram, porém hoje isso é visto como um fator positivo que viabiliza as atividades de ensino e justifica a existência do hospital, mesmo este sendo de pequeno porte.

Na percepção de um dos gestores, o hospital tem adotado como uma tendência aumentar sua oferta em áreas mais especializadas porque há pouca oferta tanto nos hospitais de grande porte como na rede privada, o que hoje permite sua diferenciação e sua sustentabilidade por não haver competição nestas áreas na rede.

Outro discurso que foi constituído a partir da percepção de mudança dos gestores refere-se ao aumento da demanda e mudanças no perfil da população.

DSC 7 – Discurso da mudança no perfil dos pacientes e aumento da demanda

Na população câncer é uma epidemia. A maior demanda é cirurgia vascular, outra demanda que aumentou muito, é um problema de saúde pública, é a dos renais crônicos. E a população está envelhecendo e não tem lugar pra internar. É gritante o aumento de idosos, em todo mundo e com as doenças próprias da idade quando complicam vem parar na emergência. Aumentou muito à demanda, a emergência sempre foi cheia, mas nunca

teve esse excedente de corredor. E como aumentou o perfil do paciente idoso e pacientes oncológicos nós passamos a ter oncologia sem leito de retaguarda.

Esta questão foi tratada na revisão, quando algumas mudanças globais que vêm provocando impacto em todos os sistemas de saúde foram descritas e, como esperado, vêm sendo percebidas pelas unidades federais e provocando mudanças em sua oferta.

Neste discurso as principais mudanças apontadas referem-se ao perfil demográfico da população, com o aumento da população idosa e também de problemas crônicos como as doenças vasculares, renais e oncológicas.

Pelas colocações dos entrevistados, isso tem gerado um aumento no volume da demanda para as unidades hospitalares e como o sistema de saúde não possui estrutura adequada para atendimento desta população elas acabam recorrendo às emergências dos hospitais.

No caso da população idosa, em uma das unidades foi inclusive feito um levantamento do perfil da população e das áreas de maior procura da unidade, sendo que o entrevistado apontou um conjunto de mudanças que as unidades deveriam promover para atender as especificidades deste público, mas que ainda não foram adotadas pelo sistema.

A questão do aumento da demanda de oncologia se destacou na fala dos entrevistados por ter sido apontada de alguma forma em todas as unidades participantes do estudo.

No discurso acima, o aumento dessa demanda provocou a incorporação do atendimento pela unidade, mesmo esta não possuindo estrutura suficiente para o atendimento e no discurso abaixo, o serviço aparece como sendo incorporado porque a unidade de referencia deixou de atender à demanda encaminhada pelo hospital.

DSC 8 – Discurso da mudança na oferta devido ao crescimento e incorporação de serviços

Foi crescendo progressivamente, inicialmente tinha só nefrologia clínica, depois abrimos uma unidade de hemodiálise, depois começamos a fazer transplante. Por exemplo, queimados, um grupo de cirurgias plásticas tomou a iniciativa de criar um serviço, um embriãozinho, e aquilo foi crescendo. A cirurgia bariátrica teve um cirurgião que começou a fazer de modo pioneiro e se tornou um dos maiores do país. Por exemplo, eu comecei a me dedicar a fazer cirurgia endocrinológica, começou todo mundo mandar e atualmente é um pólo de cirurgia endocrinológica. Por quê? Porque eu me interessei a começar a fazer. Então é uma coisa muito pessoal. E a gente teve uma intimação do MS para desenvolver um Banco de Olhos. Na verdade ninguém queria, o projeto foi aprovado, mas não tinha apoio financeiro. Assim como a cirurgia buco-maxilar, outra determinação do DGH e a gente começou a criar mais espaço no hospital. Recentemente nós incorporamos a cirurgia de cabeça e pescoço porque o INCA disse que não tinha mais condição de absorver nossa demanda.

Ainda com relação à incorporação de serviços, além da demanda de pacientes, outro fator que aparece como responsável pela introdução de serviços é a decisão dos gestores da esfera federal, o que é ressaltado no discurso como uma determinação que em alguns casos teve de ser incorporado mesmo sem ser desejado pela unidade.

Outra mudança verificada na ampliação da oferta foi o crescimento de determinados serviços devido à iniciativa médica e o desejo individual dos profissionais de realizarem determinada atividade, que fez com que o serviço ampliasse sua oferta na rede e se tornasse um pólo de referência.

A expressão-chave abaixo, de um dos coordenadores da área assistencial, foi destaca porque exemplifica bem a questão da mudança na oferta dos serviços, seja ampliação ou diminuição, como algo que não se explica necessariamente pela necessidade da população ou uma decisão dos gestores.

Porque me parece uma mudança, acredito que é uma mudança. Então, a gente tem serviços aqui no hospital que implodiram não se sabe por que, da mesma forma que eles cresceram e se tornaram serviços enormes outros diminuíram e não existe uma lógica de dizer assim: - Ah, porque a população não tinha necessidade. Acredito que não, acredito é que houve uma evasão mesmo dessas expertises aleatoriamente.

Esta mudança aparece nos discursos freqüentemente como algo que acontece, seja a criação do serviço como *uma coisa muito pessoal*, ou a diminuição da oferta como uma *evasão aleatória*, e ligada aos profissionais médicos e não a um âmbito de decisão dos diretores dos hospitais.

Da mesma forma, podem-se identificar no discurso abaixo que a perda de um serviço ou a diminuição da oferta ocorre quando o profissional se aposenta ou deixa a instituição. Novamente aparece a mudança, como apontado acima, vinculado diretamente aos profissionais e não necessariamente vinculada a uma decisão da unidade de mudar seu perfil a partir do fechamento ou diminuição da oferta de determinados serviços.

Outro discurso que foi identificado na fala de um conjunto de gestores, principalmente os que estão na unidade desde a sua formação, é uma mudança no pólo de referência para o ensino e de produção de conhecimento e de tecnologias na área médica do Rio de Janeiro para São Paulo.

Estes colocam, inclusive com certo pesar, a perda de profissionais altamente qualificados e que segundo a sua percepção acabaram migrando das unidades federais, para a rede privada ou para rede paulista, devido ao baixo investimento na aquisição de equipamentos e modernização da estrutura hospitalar.

DSC 9 – Discurso da mudança na oferta devido à perda de serviços ou municipalização

Perdemos serviços? Perdemos, na cirurgia vascular porque o médico se aposentou. Na otorrino dos quatro médicos, três pediram aposentadoria e é um serviço que pode até ser extinto. A buço-maxilo o médico saiu e levou a equipe dele para o INTO. E antigamente as coisas de primeira vez eram feitas aqui, depois eram feitas no Samaritano e hospitais particulares. O que aconteceu com essa falta de dinheiro para adquirir equipamento? o pessoal médico migrou para São Paulo. E com a municipalização foi um caos. O hospital caiu no chão, fica em quatro paredes, totalmente sem equipamentos. O município não investiu no hospital, ele só queria o repasse do SUS. Nós ficamos com um hospital capenga. Então ele reduziu leitos. Culminou com a paralisação do hospital e fechou a emergência. O governo federal fez uma intervenção e ressuscitou ele. Começaram a haver novos investimentos. Houve uma retomada do crescimento das cirurgias.

O que se pode perceber também é que, assim como algumas mudanças referentes à incorporação de novos serviços foram decorrentes de decisões tomadas no âmbito externo à unidade hospitalar, como no Ministério da saúde, algumas mudanças na oferta de atendimentos também estão ligadas a definições externas, neste caso mais especificamente ao período em que os hospitais ficaram vinculados gerencialmente ao município.

De alguma forma, todos os entrevistados das unidades hospitalares que passaram pelo processo de municipalização e posterior federalização identificam este como um período em que houve diminuição da oferta de serviços devido ao não investimento no hospital.

Esta questão merece ser destacada não somente por fazer parte do discurso de todos os gestores, mas também pela forma como seu impacto foi percebido na instituição e pela intensidade que provocou mudanças.

Alguns colocam como exemplo o fechamento da emergência, de leitos de enfermaria e unidade de tratamento intensivo e de parte do centro cirúrgico, e apontam como o principal fator a diminuição de investimento em equipamentos, estrutura física e recursos humanos.

Também podem ser identificados dois atores neste discurso, num primeiro momento a esfera municipal e, num segundo momento com a refederalização, o Ministério da Saúde, que pela retomada do investimento possibilita a recuperação da capacidade original de oferta dos hospitais.

Quando são analisadas estas mudanças a partir do referencial teórico, resumido no quadro 3 e 4, com as contribuições de Mintzberg (2004, 2006a e 2006c) e Motta (2004) pode-se dizer que uma pequena parte delas foi decorrente de uma tomada de decisão anterior à mudança e de um processo planejado, ou seja de estratégias deliberadas, e a grande maioria de um conjunto de mudanças que foram acontecendo, provenientes de estratégias emergentes.

Esta observação pode ser feita principalmente a partir da análise do discurso da priorização da alta complexidade. Neste discurso é possível identificar as três definições de estratégia adotadas neste trabalho para análise dos resultados, como plano, como padrão e como posição.

Esta diferenciação ocorre porque a experiência relatada na primeira IC do discurso é o único momento em que a mudança aparece como sendo decorrente de um processo mais planejado, e onde se tem uma decisão de interferir na constituição do perfil assistencial da unidade anteriormente a realização das mudanças. Desta forma, as áreas que sofreram mudança foram definidas a partir da estratégia de aumento da complexidade do hospital apontadas no plano de ação.

Nas outras duas idéias centrais, apesar de também perceberem a mudança na instituição pelo aumento da sua complexidade, as áreas que compõem o perfil assistencial do hospital e que ampliaram sua complexidade não surgiram de uma deliberação ou de um plano, mas da consistência do comportamento ao longo do tempo na incorporação de tecnologia e de aumento da demanda, o que caracteriza a estratégia definida a partir de um padrão.

Isto fica claro quando se percebe que os discursos, tanto de ampliação como diminuição da oferta, tem como principal condutor ou desencadeador das mudanças às decisões dos profissionais médicos, de iniciar uma nova atividade ou deixar a equipe de trabalho.

No terceiro caso, as áreas cirúrgicas que se desenvolveram na unidade a partir das estratégias emergentes estão localizadas num espaço de produção de serviços em que há pouca oferta pelos outros hospitais, o que fez com que a unidade adotasse esta como uma estratégia de posição, para evitar competição e manter suas atividades de ensino e sua sobrevivência dentro do sistema.

Como apontado por Mintzberg (2006a) seria exagerado imaginar que as estratégias sejam verdadeiramente deliberadas, consigam seguir um conjunto de ações planejadas sem intercorrências, ou ao contrário, sejam totalmente emergentes sem nenhuma intenção.

Desta forma, o autor propõe que elas sejam analisadas a partir de diferentes graduações que foram apresentadas no quadro 3 e que foram adotadas aqui para analisar de forma mais geral as mudanças descritas acima.

Dentro da graduação das estratégias, desde muito deliberada a muito emergente, encontram-se três delas que correspondem à análise feita das mudanças: a estratégia guarda-chuva, a estratégia desconectada e a estratégia imposta.

A priorização da alta complexidade pode ser considerada uma estratégia guarda-chuva porque esta parece ter sido adotada pelas unidades como um alvo estratégico, porém, que não determinou as áreas dentro da unidade que deveriam fazer este investimento, deixando que estas surgissem através de padrões.

Mesmo no caso da unidade que a mudança ocorreu a partir de uma estratégia deliberada, em que houve uma definição dos serviços que deveriam promover as mudanças, esta acaba sendo um guarda-chuva porque não apontam definições quanto às demais áreas não contempladas no plano.

Isto permite que estas áreas determinem seu crescimento ou não, a partir de estratégias emergentes, e que inclusive as atividades de baixa complexidade ainda componham uma boa parte de sua oferta quando estas não deveriam fazer parte de seu perfil assistencial.

Assim, esta estratégia guarda-chuva que possui definição muito ampla ou de forma parcial para a unidade, possibilita o surgimento de estratégias desconectadas. Isto pode ser evidenciado quando os gestores colocam, por exemplo, que a área ambulatorial funciona como um pólo de referência para tratamento do pé diabético e para vacinação, ou seja, são estratégias desconectadas que surgem a partir de padrões e em contradição as intenções centrais da organização que apontam para alta complexidade.

Como todos os hospitais são organizações públicas de saúde, e desta forma estão sujeitos a tomada de decisão e mudanças externas a unidade, um conjunto das mudanças se caracterizam como extremamente emergentes porque surgem de estratégias impostas.

Estas estratégias impostas aparecem no conjunto de mudanças tanto no caso da ampliação da oferta, quando esta se deu pela determinação do MS ou quando a unidade externa deixou de receber os encaminhamentos, como no caso da diminuição da oferta, quando esta ocorreu pela falta de investimento do município.

Assim, as unidades hospitalares acabam tendo que considerar na definição do seu perfil assistencial, além das estratégias emergentes do seu ambiente interno as estratégias impostas, sobre as quais possuem pouca governabilidade, do ambiente externo.

No caso específico das unidades que passaram pela municipalização, este conjunto de estratégias impostas teve um impacto tão grande na oferta dos serviços, que pode se enquadrar na definição adotada pelo autor de mudança radical.

Estas definições de mudança radical e de transformação ou incremental ou gradual se diferenciam principalmente pela intensidade provocada na instituição, e também como se viu na revisão do trabalho de Mintzberg *et al* (2006b), figura 1, pelo conjunto de áreas do “cubo da mudança” que engloba.

Neste caso, a mudança ocorrida no período da municipalização pode ser considerada radical porque impactou tanto na estrutura, nas pessoas, como nos programas e produtos, que engloba tanto a dimensão da organização quanto da estratégia.

Nos demais casos, as mudanças se caracterizam mais como incrementais, pois ocorrem de modo gradual e localizado em parte da instituição. No caso das mudanças enquanto aumento da complexidade, esta poderia ser mais radical ou de transformação se não se localizasse apenas no nível mais conceitual do cubo e que em apenas alguns setores chegou ao nível mais concreto, dos produtos e das pessoas.

Até o momento a conformação do perfil assistencial foi tratada considerando as mudanças que ocorrem nas unidades. Porém, como pode ser identificada pelo discurso abaixo, a conformação do perfil assistencial do hospital ocorreu também pela resistência às tentativas de mudança que foram relatadas pelos gestores.

DSC 10 – Discurso referente à resistência as mudanças tanto de perfil assistencial quanto interna nos serviços

Muita coisa que se fez nos últimos anos foi tentar não perder o projeto inicial do hospital que é docente assistencial. Desde 63, 64 começou uma movimentação pra transformar em hospital universitário, mas os profissionais foram contra e a movimentação derrubou isso. E o hospital nasceu com dois serviços de cirurgia, cirurgia geral 1 e 2. E tiveram várias iniciativas para fundir os serviços, mas não saiu do lugar. Pra você ter uma idéia tem chefias de serviço que resistem até a mudança de estrutura física, até a reforma. Aí, você entra numa sala de reunião que o serviço inteiro desce com o diretor dessa unidade: - Eu vim com os meus profissionais para que eles manifestem o desacordo. Então o MS tem toda a interferência, o hospital é dele. Só não mudou porque o hospital tem uma tradição, construída pelo trabalho dos médicos em cirurgia de alta complexidade. E existe também um peso muito grande para unidades que tem muitos residentes, e as unidades se fortalecem com isso e tentam se preservar para que a cultura das suas especialidades não saia das suas mãos.

Como colocado no quadro resumo, este discurso foi constituído a partir de quatro idéias centrais, porém todas elas representando, num nível macro ou micro, movimentos de resistência a propostas de mudança apresentadas em algum momento na instituição.

Em uma das unidades o entrevistado coloca, inclusive, que o principal movimento que ocorreu na instituição desde que esta foi fundada não foi de mudança, mas a resistência de um grupo de funcionário que divergiu e impediu a implantação do projeto que transformaria o hospital em um hospital universitário.

Neste caso o fato do seu perfil assistencial ter se conformado como docente assistencial não foi decorrente da formação de estratégias visando à mudança, mas de estratégias que o grupo resistente desenvolveu ao longo do processo para impedir a mudança.

Nas demais idéias centrais a resistência estabelece-se para um conjunto de propostas vindas de um ator externo, identificado aqui como o nível central (Ministério da Saúde e Departamento de Gestão Hospitalar) e que provocariam mudanças incrementais nos serviços em alguns casos, e em outros uma mudança que poderia ser considerada radical, pelo menos para os profissionais daquela área, porque uniria duas equipes.

Há diferentes formas de resistência que podem ser identificadas no discurso dos sujeitos. Em alguns momentos ocorre pela formação de coalisões internas entre a direção, chefias e profissionais do serviço, em outros casos à unidade se utiliza o prestígio e reconhecimento profissional dos seus

especialistas, legitimado tanto pela publicação de trabalhos como pelo pioneirismo no desenvolvimento de técnicas e utilização de tecnologias.

O fato de desempenharem atividade de ensino, como residência médica, também aparece neste e em outros discursos como um diferencial que fortalece determinados setores, dando maior autonomia, e permitindo que estes participem do processo decisório ou alocação de recursos.

A partir da revisão feita, principalmente para Mintzberg *et al* (2006b) a formação de estratégias é tratada como se referindo freqüentemente a mudança. Estes autores ao tratarem da mudança estratégica colocam que tecnicamente, a estratégia diz respeito à mudança e não a continuidade.

O que se percebe no trabalho é que nas unidades hospitalares este movimento não ocorre apenas no caso da mudança e, por mais que as estratégias identificadas nos discursos não possam ser analisadas a partir das definições de estratégias trabalhadas no estudo, estas também são constituídas no momento de resistência á mudança.

Esta resistência ocorreu tanto com relação a mudanças mais radicais, como a transformação em hospital universitário, como também no caso da apresentação de mudanças incrementais no nível dos serviços. Porém, como as organizações profissionais não são estáveis, desenvolvem mudanças a partir de inúmeras estratégias emergentes vindas de sua base, neste caso a resistência parece se configurar principalmente para evitar estratégias impostas. (Mintzberg, 2006)

Assim, a resistência pode não se configurar somente pelo objeto da mudança, mas também como forma de impedir a interferência externa e garantir a autonomia da unidade na determinação do conteúdo das mesmas e na sua forma de condução.

Como existe um conjunto de mudanças que ocorrem no hospital, acredita-se que possa haver outro conjunto de mudanças que estão sendo propostas ou que os atores acreditam que deveriam ocorrer.

Os discursos abaixo buscam refletir o que os entrevistados apontaram como sua percepção enquanto necessidade de mudança e foram agrupados em três temas, pois houve mudanças pretendidas e que não ocorreram, mudanças apontadas pelos hospitais como necessárias e que foram programadas e outras que surgiram do DGH.

Mesmo que nem todos os discursos tenham sido apontados na indagação quanto à necessidade de mudança, puderam ser captados dentro das falas dos entrevistados e foram incluídos nesta questão. Um deles é o discurso que se encontra no primeiro tema e o outro é referente às mudanças que estão em curso e são conduzidas pelo DGH. Neste último, os discursos foram elaborados separando a visão do DGH sobre a proposta e a visão dos hospitais.

Questão 5 - Que mudanças de perfil deveriam ter sido introduzidas no hospital, mas não foram?		
Tema 1 - Mudanças programadas que não ocorreram		
DSC 11 - Discurso quanto aos projetos elaborados e abandonados devido à mudança de gestão	IC 34 - Projetos de melhoria e incorporação de serviços que não se concretizaram	
Tema 2 - Mudanças propostas pelos hospitais		
DSC 12 - Discurso quanto à proposta de criação de serviços para aumentar a complexidade ou atender demanda	IC 35 - A proposta é que o hospital de alta complexidade faça transplantes também	
	IC 36 - A proposta é criar leito de retaguarda e centro obstétrico para atender a demanda da emergência	
	IC 37 - A proposta é desenvolver hospital dia para diminuir a baixa complexidade	
DSC 13 - Discurso da necessidade de maior investimento em equipamento e RH	IC 38 - A proposta é desenvolver serviços porque não tem referência na rede	
	IC 39 - Necessidade de investimento para melhoria das condições do serviço	
	IC 40 - Necessidade de investimento para aquisição de equipamentos	
Tema 3 - Mudanças propostas pelo DGH	IC 41 - Necessidade de investimento em RH como concurso público, estabilidade e remuneração especial.	
	DSC 14 - Discurso referentes às mudanças em curso a partir das propostas e visão do DGH	IC 42 - Proposta de complementação de serviços entre os hospitais
		IC 43 - Proposta de regulação dos ambulatórios hospitalares pelo município
IC 44 - Proposta de mudança da emergência e retirada da baixa complexidade		
DSC 15 - Discurso referentes às mudanças em curso propostas pelo DGH a partir da visão dos hospitais	IC 45 - Proposta do DGH vista pelos hospitais como um processo de revisão do perfil assistencial	
	IC 46 - Proposta do DGH vista como possibilidade de otimização dos recursos	
	IC 47 - Proposta do DGH vista como não viável pela dificuldade de integração dos serviços	

No primeiro discurso estão incluídas duas propostas de melhoria e inclusão de serviços que surgiram de uma consultoria externa ao hospital, mas que devido a mudanças na gestão geral do sistema de saúde foram abandonadas.

DSC 11 - Discurso quanto aos projetos elaborados e abandonados devido à mudança de gestão

Há 10 anos atrás nos fizemos com apoio da FGV alguns projetos, um deles era o projeto oftalmologia 2000. Foi escrito, equacionado, foi quebrada a área e com as mudanças de secretário, de ministro e de governo nunca levaram esse projeto a frente. Paralelo a isso a gente tinha o hospital dia acoplado aqui a essa unidade, por quê? Com o hospital dia eu iria poder operar doentes que pudessem ir pra casa com a ambulância levando. Eu tenho isso tudo escrito, mudou o governo e isso tudo também mudou.

Os projetos visavam à melhoria de alguns processos e a incorporação de serviços que aumentaria a eficiência da unidade a partir da diminuição do tempo de internação, porém como veremos na terceira parte do trabalho, as mudanças de gestão frequentemente faz com que os projetos formulados anteriormente sejam abandonados. Neste caso, mesmo as estratégias deliberadas, quando não são adotadas pela nova gestão, tornam-se estratégias não realizadas.

Quanto à percepção dos gestores dos hospitais sobre a necessidade de mudança foram identificados dois discursos: um mais focado na necessidade de incorporação de serviços e desempenho do papel do hospital de atendimento da alta complexidade e um segundo que aponta não necessariamente para mudança de perfil, mas a introdução de melhorias internas que permitiriam um melhor desempenho da unidade.

DSC 12 - Discurso quanto à proposta de criação de serviços para aumentar a complexidade ou atender demanda

No futuro, o hospital de alta complexidade, tem que fazer transplante também, porque trocar órgão vai ser o dia a dia da cirurgia, mas precisa de investimento que não está acontecendo. Outra necessidade que a gente tem é de tirar a baixa complexidade. Existem cirurgias de pequeno porte que competem com o centro cirúrgico de maior complexidade, então um dos projetos é a criação do hospital dia. E como eu tenho emergência aberta e uma maternidade de baixa e médica complexidade, quando as mulheres precisam ser operadas vão para o centro cirúrgico, então estamos em aprovação para fazer um Centro Materno Infantil. Tem projeto para criar leitos de UTI neonatal, nós temos demanda e toda vez que chega paciente com esse perfil é uma dificuldade, quer seja através de central de regulação, quer seja através de contato direto. Nós tínhamos uma parceria com o outro hospital, mas ele deixou de atender e como nós não temos quimioterapia na rede a nossa grande batalha é desenvolver o serviço de oncologia clínica.

Como vimos na primeira parte do trabalho, os hospitais consideram como seu perfil assistencial os atendimentos de alta complexidade, porém, não deixam de ter uma demanda considerável de cuidados primários e também atendimento de emergência.

No caso das mudanças propostas, pelo menos as duas primeiras idéias centrais, de incorporação do transplante e busca de alternativas para diminuição da baixa complexidade, apontam para projetos que pretendem reforçar este perfil.

No caso dos hospitais de porta fechada, a preocupação parece se direcionar para a necessidade de realização de procedimentos complexos, sendo que dois deles apresentam como necessidade de mudança à incorporação ou ampliação do setor de transplantes.

Nas unidades que possuem emergência, como este também é um fator que contribui tanto para o aumento da demanda como para o atendimento de baixa complexidade, as propostas se voltam para resolução de problemas decorrentes desta demanda.

Assim, no caso dos hospitais de porta aberta às propostas são decorrentes da necessidade de incorporação de serviços para dar vazão à demanda e otimizar a utilização do centro cirúrgico deixando este voltado para os casos mais complexos.

DSC 13 - Discurso da necessidade de maior investimento em equipamento e RH

Atualmente medicina é tecnologia, é máquina. Antigamente você tinha um cirurgião com habilidade, agora não, agora tudo é muito ligado à parte de material, tanto no exame quanto no procedimento cirúrgico. E isso é investimento que ta faltando. Um centro cirúrgico com uma qualidade melhor, desde a maca até o foco. Se o hospital tivesse uma ressonância magnética seria outra coisa, mas hoje você tem que pedir, por favor. E eu tenho que estar muito bem aparelhado para não sobrecarregar ou outros hospitais. E se você tiver aqui o pessoal, mesmo não ganhando bem, mas motivado, com uma tecnologia boa, faz aderência. Eu acho que uma coisa ajudaria bastante é o concurso público. A entrada e saída de RH o tempo inteiro deixa a instituição muito instável. E pagamento especial pra quem é especial, o transplante é uma coisa que não tem hora, então trabalhar por um salário é terrível, no Brasil inteiro eu acho que só a gente aqui não tem programa de transplante sem pagamento especial.

Como as unidades consideram seu perfil como de alta complexidade, o rápido avanço na descoberta de novos meios diagnósticos e terapêuticos e a incorporação destes procedimentos e equipamentos de última geração é um dos fatores que pressionam a mudança e a percepção da necessidade de mais investimentos.

Outra questão observada no discurso dos gestores e que também interfere na necessidade de aquisição de equipamento e incorporação de serviços é o fato da referência e contra-referência ser ainda muito pouco regulada formalmente pelas instituições.

Essas relações ainda hoje, lamentavelmente, elas se dão na base do prestígio pessoal, não existe ainda uma agilização. A coisa é feita muito na base da amizade, com qualquer hospital que você tenha alguém conhecido, essa é que é a verdade. Não é pelo ponto de vista administrativo. Porque a gente fica pactuando, mas pactua mais a nível informal do que outra coisa, é a pactuação do telefone, da amizade: Fulano, por favor.

Esse discurso foi elaborado a partir das colocações de vários gestores, e apesar de não ser apontado de forma direta como responsável pelas necessidades de mudanças, pode ser incluído como um fator por estar presente nos dois discursos acima, tanto quando este se refere ao desenvolvimento da quimioterapia e dos leitos de UTI, como na questão da aquisição da ressonância magnética.

A relação entre as unidades é identificada como dependente dos vínculos de amizade, como um auxílio e até mesmo um favor a ser solicitado, e não como um processo natural de prestação de cuidados dos pacientes dentro de uma rede de serviços.

Isto aparece nos discursos como algo desgastante, que demanda em alguns casos solicitação a direção para intermediar e, quando esta não consegue viabilizar, demanda uma busca do profissional a algum “conhecido” que se disponibilize a receber o paciente.

No discurso da necessidade de incorporação da ressonância magnética e dos leitos de UTI, este fator aparece de forma clara porque esta necessidade de incorporação surge no caso do primeiro, principalmente, para evitar a solicitação do favor toda vez que o exame se faz necessário e, na incorporação dos leitos de UTI, porque a unidade tem dificuldade de referenciar tanto via central de regulação como através de contato direto.

No caso da quimioterapia, havia uma pactuação informal com outra instituição que realizava o procedimento para os pacientes atendidos neste hospital, quando a unidade deixa de atender estes pacientes, e se tem dificuldade de referenciá-los, o hospital estrutura o serviço. E assim como ocorreu com estes serviços, outros também podem ser incorporados e estruturados exatamente por esta dificuldade de garantia de uma referencia regulada e formal.

Vários problemas também foram descritos pelos entrevistados referentes a recursos humanos, e a sua resolução é apontada tanto como uma necessidade de mudança identificada porque impacta no perfil assistencial, como um fator que impede a mudança do perfil ao não permitir o desenvolvimento de alguns projetos.

Ainda no discurso acima, o concurso público é apontado como uma mudança que traria melhoria para as unidades porque diminuiria a rotatividade dos profissionais, e a remuneração diferenciada, no caso dos transplantes, como um fator que viabiliza a organização do serviço.

Outros problemas são apontados por vários gestores, como não ter remuneração para alguns cargos, o salário ofertado ser menor que o do mercado, porém, o mais preocupante é a contratação temporária que gera instabilidade na oferta e a necessidade de capacitação constante pela rotatividade.

É que mais que 70% do nosso quantitativo tem contrato temporário. Outro entrave é que os salários dos profissionais de nível superior estão aquém dos praticados no mercado. E nos temos várias chefias sem nenhuma gratificação a mais por isso. Então, a gente tem uma perda de profissionais e uma falta de motivação muito grande. E até que você consiga novamente profissionais que aprendam a lidar com aquela característica de pacientes demora.

Como a mudança dos vínculos de trabalho e o aumento de salário dos profissionais, muitas vezes não estão dentro da governabilidade dos gestores, o investimento em tecnologia se torna um fator motivador para aderência dos profissionais.

Os últimos dois discursos foram agrupados num terceiro tema porque representam um conjunto de mudanças que foram apontadas na fala dos gestores dos hospitais como sendo

conduzidas pelo DGH, sendo que não necessariamente todos a visualizam como uma necessidade ou são favoráveis a estas mudanças.

No discurso dos gestores do DGH podem ser identificadas três propostas, sendo uma delas apontada como um enxugamento, ou concentração de determinados serviços em alguns hospitais, outra referente à emergência, que na percepção destes gestores deveria receber apenas pacientes referenciados ou de alto risco e por último uma mudança em curso que esta transferindo a responsabilidade pela regulação da atenção ambulatorial dos hospitais para o município.

DSC 14 - Discurso referente às mudanças em curso a partir das propostas e visão do DGH

Então a idéia é enxugar alguns serviços, deixando Fulano com vascular, Sicrano com neurocirurgia, fazendo pólos. Não se vê vantagem, é só jogar dinheiro fora você ter seis serviços de cirurgia vascular, seis serviços de neurocirurgia. Hoje tá todo mundo na expectativa: Será que eles vão fazer essa mudança da forma como disseram que vão fazer no meu serviço? Se fizer eu tô fora. Tirar a vacina do Hospital 4 vai ser uma coisa muito difícil. Os diretores querem tudo, essa é que é a verdade, desde a vesícula até o transplante. Então eles querem tocar o trabalho deles, querem fazer um bom trabalho, mas sem conflito, mas lamentavelmente tem que ter conflito. Então quem vai ter o conflito somos nós. Os diretores não se envolvem, então eu que vou ter que brigar lá. Vamos fechar a emergência agora, só receber doente referenciado. A grande emergência hoje é classificação de risco, você não pode ter um hospital, como o H4, com uma emergência de porta aberta. E hoje a gente já conseguiu que 50% das consultas que chegam aos ambulatorios são reguladas pelo município.

A principal mudança proposta pelo DGH, e citada pelos gestores hospitalares, é a concentração de determinados serviços em algumas unidades e é também a que gerou maior discordância quanto à sua viabilidade.

Pela percepção de um grupo destes gestores o trabalho de reavaliação do perfil assistencial é bem vindo e permitiria uma otimização dos recursos disponíveis, e também permite romper com a visão do *hospital que faz tudo*.

Para outro grupo não haveria a necessidade de fechamento dos serviços porque existe demanda para todas as unidades, sendo que este mesmo grupo também acredita que esta mudança não vai acontecer. O principal motivo apontado, e que inviabilizaria a proposta, é que os profissionais médicos trabalham de forma diferente e não aceitariam mudar de unidade e trabalhar com outro grupo de profissionais.

DSC 15 - Discurso referentes às mudanças em curso propostas pelo DGH a partir da visão dos hospitais

A sinalização que nos temos do DGH é que eles vão reavaliar os perfis dos hospitais, para não fiquem todos fazendo a mesma coisa, e uns fazendo bem e outros nem fazendo

nada. É um erro de lógica achar que um hospital tem que fazer tudo, do parto a sepultura. A idéia é que se possa pensar em otimizar esse recurso, pra que isso possa potencializar os nossos serviços para o atendimento da população.

No Ministério existe sempre aquele negócio – Ah, vamos trabalhar em rede. Existe a idéia de unir serviço, mas existem doentes para os dois hospitais. E essa proposta existe, mas não vai acontecer. Porque você não tem como um grupo que trabalha de uma maneira se fundir a outro que trabalha de outra maneira. Não é atender guichê. É uma atividade de arte, a atividade médica é uma atividade artística. Então é muito difícil, essa racionalização, eu não acredito nela. O que eu acredito é que vão fechar alguns serviços e que isso não significa que os outros vão se desenvolver.

Ainda na percepção destes gestores o que pode ocorrer é que alguns serviços sejam extintos, mas não necessariamente consiga se criar pólos de referência com estes profissionais das outras unidades, somente com investimentos novos.

Um processo semelhante já foi desencadeado há alguns anos atrás, e buscava a formação de um pólo de neurocirurgia através da concentração dos serviços das unidades federais em uma mesma unidade.

No discurso abaixo um dos gestores relata sua visão deste processo, ressaltando que o projeto foi abandonado por não haver um acordo entre as equipes quanto à coordenação do grupo.

Foi iniciativa do governo e a sociedade de neurocirurgia participou do projeto que era juntar os vários cirurgiões dos hospitais federais, que tinham serviços de neurocirurgia. Os médicos inicialmente participaram dentro de um acordo que de x em x tempo a coordenação dos serviços passava para outro grupo. Você já viu que isso não dá certo!? E essa proposta acabou, não deu certo. Nem chegou a começar a operacionalização.

Estas experiências que as unidades vivenciam e por saber da resistência que se estabelece a propostas externas provavelmente diminuem a credibilidade e a percepção de viabilidade de projetos de mudança desta natureza.

Para Motta (2004) as mudanças podem surgir tanto de uma intenção estratégica, quando esta é decorrente de um conjunto de idéias predefinidas, como de uma reação adaptativa, no caso das idéias surgirem da necessidade de resolver problemas, como do aprendizado contínuo quando emerge do processo de circulação de idéias.

No caso da intenção estratégica, esta supõe uma análise antecipatória de ameaças e oportunidades que permitisse a unidade se adaptar ao ambiente a partir de uma reestruturação planejada, no caso da reação adaptativa também há o planejamento da mudança só que este decorre da necessidade de buscar resposta aos problemas institucionais.

A análise das propostas ou de necessidade de mudança apresentadas pelos gestores permite identificar que estes percebem a mudança como decorrente da necessidade de resolver problemas institucionais.

A quase totalidade das propostas apresentadas pode ser caracterizada como reações adaptativas, que no caso dos hospitais surge principalmente para dar conta da demanda ou para resolver problemas decorrentes da incorporação desta demanda de forma não planejada.

Assim, a demanda foi incorporada, como por exemplo, no caso da cirurgia oncológica e dos partos de maior risco sem necessariamente ter unidade de quimioterapia ou UTI neonatal e decorrente disto surgem propostas de mudança que visam resolver estes problemas.

No caso da necessidade de incorporação do serviço de transplantes esta até aparece como decorrente da percepção de um cenário futuro, que vai ao encontro do que consideram papel do hospital de atender a alta complexidade, porém, como o próprio gestor aponta esta proposta ainda não foi submetida a um planejamento e definição da forma como seria conduzida.

As propostas de mudança do DGH também buscar resolver os problemas dos hospitais com relação às áreas que foram incorporadas, mas que não fazem parte do papel dos hospitais federais.

Porém, estas trazem uma nova perspectiva que foi apontada na revisão do enfoque da gestão estratégica, uma visão da estratégia microeconômica que questiona a necessidade de auto-suficiência das unidades e a tentativa de cobrir todas as áreas de atendimento. Neste caso a alternativa seria introduzir uma perspectiva de complementaridade, onde cada unidade identificaria suas áreas de excelência e negociaria com a rede de serviços o atendimento das demais clientela. (Rivera e Artmann, 2003)

Pelos discursos acima, se pode perceber que a coordenação dos hospitais federais esta começando a introduzir esta discussão junto aos hospitais e já tem propostas de mudança neste sentido para corrigir distorções criadas em período anterior.

No caso das unidades hospitalares, parte delas compartilha esta visão do DGH, pelo menos no nível dos gestores, mas outra parte não só não compartilha desta visão como aponta a inviabilidade do processo pela resistência médica e pelas experiências pouco sucedidas neste sentido, como se pode ver nos dois últimos discursos.

Neste caso, a concretização destas propostas passa por desafios que terão que ser enfrentados e considerados na condução do processo como, por exemplo, buscar transformar esta resistência e concorrência entre as unidades em colaboração. Esta questão também é discutida no próximo capítulo na identificação dos atores que participam do processo e sua percepção sobre a conformação do perfil dos hospitais.

4.3 A conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais

No tema anterior foram apresentadas as principais mudanças verificadas pelos entrevistados e a partir destas mudanças se buscou analisar o que levou estas a acontecerem e como estas definem o perfil assistencial das unidades.

Neste tema foram agregados os discursos quanto ao modo como os gestores percebem que estas mudanças ocorrem e também os atores, a estrutura e ferramentas de planejamento utilizadas pelas unidades.

Por esse motivo que questões específicas quanto à utilização de uma ferramenta ou metodologia de planejamento e os atores que participam do processo de definição do perfil assistencial foram incluídas no questionário.

Utilizando a produção sobre as diferentes perspectivas, racional, natural, política e de integração, sobre o modo como se dá o processo de formulação dos objetivos organizacionais buscou-se identificar a percepção dos gestores sobre a definição do perfil assistencial nos hospitais.

Essas questões foram colocadas tanto para os entrevistados das unidades hospitalares como para os participantes do DGH, e os dois discursos foram separados para se confrontar as visões quanto ao que leva os hospitais a introduzirem mudança.

Questão 3 e 6 - O que levou o hospital a introduzir estas mudanças? Foram decorrentes da aplicação de alguma ferramenta de planejamento?	
Tema 1 - Conformação do perfil assistencial e estrutura de planejamento das unidades	
DSC 16 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva do DGH	IC 48 - A mudança não é decorrente do planejamento, mas da iniciativa individual dos hospitais atenderem sua demanda
	IC 49 - Os hospitais não utilizam nenhuma ferramenta ou metodologia de planejamento
	IC 50 - Os hospitais, na sua maioria, não tem núcleo de planejamento estruturado
DSC 17 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva dos hospitais	IC 51 - A mudança não é decorrente do planejamento, ela apenas acontece
	IC 52 - A estrutura de planejamento ainda é incipiente, ficando mais centralizado na direção
	IC 53 - Os hospitais têm incitativas de melhoria e apoio através de consultorias externas
	IC 54 - Os projetos são provisórios e sofrem alterações conforme a mudança de gestores

A partir da percepção do DGH a mudança não parte de um processo intencional, neste caso as mudanças seriam decorrentes principalmente da necessidade de atender a demanda e resolver os problemas da população que leva a unidade a desenvolver determinados serviços e incorporar tecnologias.

DSC 16 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva do DGH

Na verdade você não tem um planejamento adequado ainda, porque você vive de espasmos, de necessidade do sistema. A gente tá vivendo num sistema de saúde muito caótico, muito desorganizado, e isso reflete na população que vai buscar nas unidades todos os serviços possíveis que possam dar conta da sua saúde. E por conta dessa demanda os hospitais vão também de uma forma desorganizada, oferecendo tais e tais serviços, para tentar minimizar as filas de espera enormes. E a cada ano que passa a complexidade vai aumentando, e ele vai seguindo na rotina, tem nova tecnologia ele incorpora a nova tecnologia, como ele é de ensino isso também ajuda a manter o foco da alta complexidade, e assim vai. E na maioria das vezes é cada unidade tentando dar conta dentro do seu universo, da sua demanda e ainda que os serviços se dupliquem entre uma unidade e outra, não existe essa visão de complementaridade. Os hospitais na sua maioria não têm núcleo de planejamento. Algumas unidades não têm ferramenta nenhuma. Então isso explica muito porque determinados serviços vão crescendo vão sendo ampliados, outros reduzidos sem um estudo de programação, sem análise da situação. Mas eu volto a dizer, falta planejamento pra dar consistência técnica pra esse tipo de discussão.

A percepção da chefia dos hospitais é a mesma do DGH quanto ao fato de o processo de conformação e mudança do perfil assistencial não ser decorrente de uma intenção estratégica, mas de um processo evolutivo, onde os mesmos fatores aparecem como responsáveis pelas mudanças na unidade, a adaptação à demanda e incorporação de tecnologias novas.

Chama-se a atenção neste caso, para o fato de que mesmo na unidade onde houve a utilização de uma ferramenta de planejamento e constituição de estratégias mais deliberadas, a percepção é de que o processo não surge do planejamento do nível central, mas dos profissionais de saúde.

A grande maioria das chefias quando questionadas sobre o que levou a mudança utilizava em seu discurso expressões, como vistas abaixo, que demonstram que as mudanças foram acontecendo e não necessariamente conduzida por alguma autoridade, sendo identificada como *uma coisa meio sem dono*.

Uma questão que pode ser destacada e aparece em ambos os discursos é uma percepção de que o processo ocorre de forma isolada pelas unidades, tanto pela busca individual de resolução dos problemas, como pela ausência de um processo mais integrado entre as unidades municipais, estaduais e federais.

Outra questão recorrente nos discursos é a percepção de que há uma duplicidade de oferta entre as unidades, que seriam decorrentes tanto da forma isolada das unidades incorporarem as demandas dos usuários, na visão do DGH, como pelo perfil assistencial da unidade ser constituído pelos profissionais de saúde, como consta no discurso abaixo.

DSC 17 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva dos hospitais

Eu acho que as unidades se organizam a partir de um conjunto de coisas, mas que não surge muito do planejamento ou da programação do nível central. Eu acho que essas mudanças não forma ditas assim: a partir de agora esse hospital vai ser isso. Acho que à medida que vai chegando à gente vai se adaptando de acordo com a necessidade. E normalmente o que se tem é uma coisa meio sem dono. As unidades de saúde vão formando suas expertises, a partir dos próprios profissionais de saúde e isso gera a desorganização que a gente tem aí. Tem vários hospitais fazendo a mesma coisa. Não existe uma lei, um plano pactuado e integrado, e não é só em nível do hospital não, é nas três esferas. E nós temos um grupo de planejamento, só que é muito labial, na verdade é uma linha de conduta. E agora tem esse processo de acreditação, tão fazendo os cursos do CBA. Já tivemos várias consultorias aqui, a FGV, o CBA, e teve uma assessoria da ENSP que foi pra otimizar os serviços, só que não foi aproveitado, deveria ser recuperado. E, a prospecção do hospital é feita, por cada diretor que entra e nunca é concluída. E a longo prazo eu acho difícil, porque não é a gente que muda, mas toda hora muda quem está mandando.

Quanto à estrutura e metodologias de planejamento, na percepção do DGH elas variam muito entre as unidades, sendo em algumas mais estruturadas, com demandas da direção quanto a levantamentos epidemiológicos, e em outras praticamente inexistentes, sendo esta uma das causas identificadas como responsável pela ausência de uma mudança mais programada dos serviços.

As unidades quando questionadas na sua maioria apontavam certa fragilidade de seus serviços ou, em algumas unidades, como a atividade de planejamento sendo de responsabilidade de comitês formados pela direção e chefias de serviço.

Quanto a metodologias que pudessem auxiliar no processo de definição do perfil assistencial, as mesmas foram identificadas a partir de iniciativas diversas que representam uma melhoria de qualidade dos processos de trabalho e de um processo de planejamento decorrentes de assessorias de instituições externas.

Analisando as perspectivas organizacionais sofre a formulação de objetivos e as contribuições de Lima (1994) sobre o modo como se dá nas organizações públicas de saúde, pode-se dizer que a percepção dos gestores é de que este é muito pouco racional, tanto por não haver uma intenção estratégica na definição do seu perfil, como pela mudança não ser planejada ou direcionada.

No discurso do DGH, pode-se perceber que existe a preocupação com relação à introdução de uma lógica de planejamento ao processo, mas no caso dos gestores hospitalares há uma certa descrença quanto à possibilidade de execução dos projetos devido à mudança de gestão.

Para Lima (1994), o processo de definição dos objetivos nas organizações públicas tem uma perspectiva natural devido a sua dependência com relação ao meio. Esta dependência é verificada, por exemplo, no caso da vinculação destas instituições aos objetivos e mudanças nas instâncias de governo superior (Dussault, 1992)

Quanto à interferência na constituição do seu perfil assistencial o que surgiu no discurso dos gestores forma mais deliberações pontuais quanto à introdução de alguns serviços, mas não que este possua uma política para as unidades federais que de alguma forma restrinja as atividades ou mudanças nos hospitais.

Ainda com relação a perspectiva natural, as organizações de saúde estão condicionadas a outros fatores do ambiente que no caso dos hospitais federais são reconhecidas apenas pela pressão da demanda e a pressão pela incorporação de tecnologias.

Porém, considerando as características das organizações públicas e da organização do modelo assistencial de saúde, as demais unidades de saúde do sistema também deveriam ser um dos fatores considerados na definição do perfil assistencial (Artmann, 2003).

O que se percebe na análise dos resultados é que este processo ainda hoje é realizado de forma individual e a responsabilidade de resolver os problemas não é compartilhada pelas unidades, o que gera processos fragmentados e descompassados entre os hospitais.

Os recursos ainda são percebidos pelas unidades como pertencentes à instituição e não a rede de serviços, o ambiente não é assumido como recurso, mas como restrição, onde a postura dos gestores tende a ser reativa, como pode ser visto tanto nos discursos acima, como nas propostas de mudança que se configuram como reações adaptativas.

Estas características apontam para uma prática decisória tanto das unidades como da coordenação geral, identificada no trabalho dos autores como incrementalista: *as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, mas sem uma perspectiva de conjunto. Há uma justaposição de objetivos. Não se verifica assim, o processo de formulação de uma estratégia a priori. Esta seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional, pontual.* (Artmann, 2003:282).

Para os gestores um dos fatores responsáveis por essa fragmentação seria a falta de comunicação entre as unidades e um desconhecimento do que os hospitais realizam, tanto internamente entre os serviços, como entre as unidades hospitalares e que tende a ser minimizado com a criação da coordenação geral dos hospitais federais (DGH)

Na questão da participação dos diferentes atores no processo de definição do perfil assistencial é possível identificar que este é um processo intensamente político, onde tanto atores internos como externos as unidades hospitalares identificam os conflitos, as associações e seu próprio papel neste processo.

Questão 3.1 e 3.2 Quais os atores que participam do processo de definição do perfil assistencial?	
Tema 1 - Atores internos da unidade hospitalar	
DSC 18 - Discurso referente à percepção da participação da direção e chefias de serviço nas decisões dos hospitais	IC 55 - Chefes dos serviços formam feudos para garantir autonomia e poder
	IC 56 - Diretores tem capacidade de gestão limitada pelo poder dos feudos
	IC 57 - As direções apóiam os serviços, mas também há modificação da postura dependendo do diretor
Tema 2 - Atores Externos a unidade hospitalar	
DSC 19 - Discurso da percepção do papel e participação dos atores externos nas definições dos hospitais	IC 58 - Desentendimento entre as três esferas de governo gera desorganização no sistema
	IC 59 - As três esferas de governo não desempenham o papel definido na constituição
	IC 60 - Ampliação da comunicação como possibilidade de um processo de organização da rede de modo mais consensuado
	IC 61 - Papel do DGH enquanto mediador das discussões e definidor do perfil assistencial dos hospitais
	IC 62 - Direção dos hospitais são os atores que mais participam do processo decisório no DGH

Quanto à participação dos atores internos dos hospitais existem duas percepções, as dos gestores das unidades hospitalares quanto ao papel dos diretores e a dos gestores do DGH referente ao fortalecimento dos chefes de serviço, a partir da formação de feudos, e conseqüentemente enfraquecimento da ação dos diretores.

DSC 18 - Discurso referente à percepção da participação da direção e chefias de serviço nas decisões dos hospitais

E tudo sempre é discutido dentro do serviço, mas é um desenvolvimento muito de pessoal para global. Das direções nós sempre tivemos apoio. Acho que só de uma direção não tivemos apoio, mas também não nos prejudicou. E eu acredito que porque o serviço dá resposta pra direção. E tem umas direções que aproximam mais da emergência e direções que se afastam mais da rotina, e tem emergência e rotina que sempre disputam seus espaços.

Para começar a definir estratégias de mudança do perfil assistencial nas unidades, você tem que ter um Ministro forte que queira, o diretor do DGH e uma equipe que queira porque nós todos sabemos, isso não é uma heresia, os hospitais são efetivamente grandes feudos. Não é difícil entender porque você não consegue unir serviços. Porque você tem que romper com o poder feudal dos chefes dos serviços. Se você tivesse uma revolução talvez pudesse mexer, mas se você não tem você não consegue mexer com isso. E os nossos diretores são muito linkados ao processo político partidário. Então, você fica com um gestor empoderado que não tem ação na desconstrução daquilo que é a máquina interna do hospital, porque se ele for entrar nesse embate ele tem contra si todo o corpo clínico do hospital e não tem gestor que consiga vencer corpo clínico de hospital.

Pelo discurso dos gestores internos dos hospitais a uma percepção de que os projetos surgem dos serviços e quando apresentados à direção podem obter apoio, principalmente quando seu trabalho apresenta resultados e tem retorno positivo para a instituição, ou caso não obtenham apoio estes também não interferem no sentido de inviabilizar o projeto.

Também se pode perceber no discurso que a mudança do diretor, por vezes provoca uma mudança quanto à priorização que se dá a determinados projetos ou serviços, e que isto se reflete no apoio a certos grupos de interesse, como aparece no discurso acima com relação às atividades de emergência e a rotina.

Na percepção do DGH os diretores não interferem na condução interna da instituição porque não tem força perante os feudos formados no interior dos serviços e que se mantêm ao longo do tempo, transcendendo as mudanças de direção.

Ainda neste discurso o fato dos diretores serem nomeados por indicação política, ao mesmo tempo em que amplia o respaldo externo quanto a suas propostas, limita sua capacidade de realização de mudanças pelo poder que o corpo clínico do hospital possui na formação dos feudos internos, o que garante a eles autonomia e poder para determinar a condução do seu serviço.

Desta forma, a realização de mudança neste cenário é apontada no discurso como sendo possível apenas a partir de um processo radical, como uma revolução que rompesse com o poder feudal ou que necessitaria do alinhamento das instâncias de gestão externas para apoiar os diretores e contrapor este poder interno e viabilizar a mudança.

O segundo discurso foi construído com as expressões-chave dos gestores do DGH, os quais trazem em seu discurso a percepção quanto à relação do nível federal com as demais instâncias de gestão e também quanto ao seu papel junto aos hospitais federais.

DSC 19 - Discurso da percepção do papel e participação dos atores externos nas definições dos hospitais

O serviço público no Rio de Janeiro não é muito organizado por questões políticas, tem sempre o município, o estado e o governo federal brigando. E a situação tava muito ruim entre N fatores, por um fator preponderante, os gestores não se falavam e se agrediam. Se vivia num conflito aberto. E era uma coisa muito complicada a desobediência constitucional, quem não tem que fazer atendimento de emergência faz atendimento de emergência, quem tem que fazer atendimento primário não faz atendimento primário, essa confusão ela começa a ter um novo contorno. De talvez um ano e pouco pra cá se começa a ter um norte um pouco mais conversado e parcerizado. E a função nossa é de coordenar e fiscaliza. É criar uma rede. Então o DGH entrou de cabeça nisso, é ele esta coordenando junto aos hospitais o perfil de cada um. E são sempre os mesmos que participam, você pega o diretor do DGH, o coordenador de assistência e o diretor e coordenadores assistenciais dos hospitais. E tem sempre assim a nossa equipe instigando, junto a direção geral do departamento, pra que as coisas não fiquem só nas mãos dos diretores, pra que se tenha uma gestão mais participativa.

Um dos fatores já apontados como um problema na definição do papel dos hospitais é a baixa cobertura da oferta de serviços das demais unidades do sistema. Neste discurso, os gestores apontam este fator como uma desorganização do sistema decorrente do desalinhamento político do governo federal, estadual e municipal, que é visualizado a partir dos conflitos existentes entre os gestores destas esferas de governo e repercute em prejuízo na eficiência do sistema e no acesso da população.

Esta mesma questão aparece como consequência de uma inversão dos papéis dos diferentes níveis, o que é citado no discurso como uma desobediência constitucional, devido ao não cumprimento das responsabilidades definidas para cada esfera na constituição do SUS.

Esse, provavelmente, é um dos fatores que interfere na percepção da formação do perfil como algo desintegrado e desarticulado, o que ocorre, como aponta Lima (1994), quando este processo é totalmente descentralizado e não há uma regulação do nível central. Como se vê nos capítulos anteriores, isto propicia a conformação do perfil assistencial sem uma perspectiva planejada e sistêmica, resultando em problemas diversos, entre eles a duplicidade de oferta.

Quanto ao papel dos diretores na definição do perfil assistencial estes aparecem como coadjuvantes, em alguns casos, ou então reforçando os projetos do grupo dominante a que pertencem, como verificado no discurso acima

Esta situação parece corresponder à perspectiva tecnológica trabalhada por Marinho (1990), quando esta aponta que os objetivos das organizações acabam sendo definidos pelos grupos que assume em um determinado momento às atividades mais cruciais para a unidade e dos diferentes grupos dominantes que emergem na estrutura de poder das organizações.

No caso dos hospitais o fato de um grupo dominante assumir a direção faz com que os projetos deste grupo tenham maior incentivo e probabilidade de se concretizarem neste período, ou então os projetos que estão voltados para a atividade que se tornou alvo principal da unidade como a alta complexidade.

Outra questão que também se observa é que além dos grupos de interesse ou dominante em alguns momentos se formaram coalizões para defesa de propostas compartilhadas, como no caso do discurso da resistência à mudança em que esta se formou para impedir a transformação do hospital em universitário e para impedir a fusão dos serviços.

Em 2006, após o processo de intervenção e a refederalização dos hospitais que haviam sido municipalizados, surgem novos atores no cenário local com a criação do Departamento de Gestão Hospitalar (DGH). Num primeiro momento coube a este departamento a coordenação

administrativa das unidades federais localizadas no município do Rio de Janeiro e posteriormente também de articulador e apoiador gerencial das unidades (Alves e Machado, 2008).⁴

Com a criação do DGH, os gestores começam a apontar a visualização de mudanças nas relações entre os níveis de governo e a possibilidade de um processo mais pactuado a partir da constituição de um espaço de diálogo entre os diretores das unidades.

No discurso dos gestores do DGH é possível perceber que estes já assumem enquanto seu papel a coordenação destes serviços, considerando como sua responsabilidade, por exemplo, a definição do perfil assistencial das unidades.

Nesse sentido são apontadas pelo DGH e reconhecidas pelos hospitais as propostas que foram citadas anteriormente de mudança na emergência dos hospitais, de unificação de serviços e de regulação da área ambulatorial. Também se percebe nesse discurso que as propostas de criação de pólos especializados a partir da unificação dos serviços é a que tem apresentado maior resistência pelas unidades hospitalares e a que o DGH reconhecesse como conflituosa.

Porém, existem dois discursos com relação ao enfrentamento desse conflito. Para um conjunto de gestores, esta proposta não se viabiliza porque os diretores não querem perder serviços, nem se indispor com seu corpo clínico, e caberia então ao DGH enfrentar estas resistências para promover a mudança (discurso 19).

Em outro discurso os gestores percebem esta resistência como decorrente da cultura organizacional de autonomia e construção individual dos hospitais e que só poderia ser modificada com trabalho no interior das unidades. O papel do DGH seria, neste caso, o de mediador destes conflitos a partir do estabelecimento de um processo mais ampliado de discussão e, a partir do envolvimento de outros profissionais além dos diretores das unidades, buscasse promover uma mudança cultura e não a imposição de mudanças (discursos 19 e 22).

Assim, da mesma forma que existem posturas diferentes com relação as propostas do DGH, também existem concepções diferentes entre os gestores do DGH quanto a condução destas mudanças.

Esses discursos, de certa forma, parem questionar a participação dos diferentes atores no processo de mudança e se a redefinição do perfil assistencial dos hospitais deve ser decorrente de um processo participativo construído no interior das unidades ou centralizado e conduzido pela autoridade central.

Retomando as contribuições trazidas pelos autores ao processo de definição do perfil assistencial nas organizações de saúde, o que se percebe é que estas propostas não são incompatíveis, pelo contrário, existe a necessidade da participação e condução da autoridade

⁴ Mais informações sobre este processo podem ser encontradas neste documento de referência que resgata o papel do Ministério da Saúde com relação aos hospitais federais no período de 2003 – 2006.

externa neste processo, principalmente para trazer uma perspectiva de integração, mas também que este processo precisa ser conduzido de forma participativa com a elaboração de projetos coletivos.

Para Lima (1994) nas organizações de saúde é necessário que aja alguma condução externa para que os objetivos e características dos serviços não sejam definidos apenas internamente, mas também considere, por exemplo, as condições epidemiológicas da população. Porém, a participação dos profissionais também se faz necessária porque este possui grande influencia na definição do perfil assistencial dos hospitais.

Para Dussault (1992) o tipo de gestão mais adequado para estas organizações seria mais colegiado e consensual do que autoritário, que integra os usuários e envolva os profissionais na formulação dos objetivos.

No enfoque da *démarche stratégique* a condução do processo também aparece em oposição a uma definição normativa de diretrizes, sendo que este aponta que para haver responsabilização dos atores os projetos precisam ser decorrentes do desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação.

Quanto ao risco da possibilidade de politização da gestão através da indicação política, que se configura como uma realidade destas unidades, Dussault (1992) sugere como forma de minimizar a instabilidade institucional que os projetos sejam debatidos e permitam uma clarificação das regras e pactuação que respeite aos objetivos definidos.

Esta é uma possibilidade que minimizaria tanto os efeitos da politização com relação à direção e da própria autoridade externa, mas também do processo de alteração dos grupos dominantes, o que causa desgaste na formulação e credibilidade dos processos de planejamento porque os projetos se tornam estratégias não realizadas.

Considerando a configuração do sistema de saúde do Rio de Janeiro, em que todas as esferas de governo gerenciam unidades prestadoras de serviço e onde os hospitais federais passaram por diferentes esferas de gestão, a constituição de uma instância reguladora e que agregue as unidades pode trazer benefícios ao sistema local.

Porém, a autoridade central não pode apenas focar em mudanças que surgem a partir da necessidade de resolver problemas e buscar viabilizá-las a partir da confrontação com as unidades hospitalares, porque a tendência será a de geração de resistência a estas mudanças.

Neste caso, algumas mudanças impositivas poderiam até trazer mudanças incrementais ou até mais radicais na configuração dos sistemas internos, revertendo à duplicidade da oferta pontualmente, mas a lógica de conformação do perfil e de condução da mudança não planejada e não sistêmica continuaria prevalecendo.

Como já apontado por Mintzberg *et al* (2006b), mudanças em apenas uma das partes do cubo, mais concreta como no caso da formação de pólos de especialidades, que mexe com programas e pessoas, ou apenas mais conceitual como no caso da cultura, não faz sentido.

Como o próprio autor coloca, *mudanças sérias nas organizações incluem o cubo inteiro: estratégia e organização, desde a mais conceitual até a mais concreta, informalmente e também formalmente* (Idem: 153).

4.4 Fatores envolvidos na definição do perfil assistencial e o enfoque *démarche stratégique*

Com relação aos fatores que interferem na definição do perfil assistencial foram encontrados dois temas distintos. No primeiro tema estão os dois fatores que foram apontados nos discursos como responsáveis pela definição do perfil e mudança, e no segundo os fatores citados que influência no perfil e como necessários para que ocorram mudanças nos hospitais.

Além destes fatores outros foram surgindo durante as discussões dos outros capítulos, e serão incorporados durante a apresentação, porém as idéias centrais deste capítulo foram definidoras destes discursos pela intensidade e precisão com que foram apontadas pelos gestores.

Para a análise dos resultados foram utilizadas as considerações feitas no quadro 5, que são provenientes das variáveis e das análises realizadas quando aplicado o enfoque de gestão estratégica *démarche stratégique*.

Questão 4 - Quais os fatores que influenciam no perfil e na mudança?	
Tema 1 - Fatores que definem o perfil	
DSC 20 - Discurso enquanto definição do perfil e da mudança dependente do médico e demanda	IC 63 - O perfil do hospital é definido pelos seus médicos
	IC 65 – A mudança do perfil assistencial depende do médico
	IC 66 - A demanda tem que ser levada em conta e pressiona a mudança do perfil assistencial
Tema 2 - Fatores necessários para mudança	
DSC 21 - Discurso da mudança enquanto dependente de investimento tanto para o hospital manter suas atividades como implementar novos projetos	IC 67 - A falta de investimento durante a municipalização alterou a oferta que só foi recuperada a partir do investimento do MS
	IC 68 - A falta de investimento fez com que os próprios médicos comprassem equipamentos
	IC 69 - O investimento externo possibilitou a melhoria e ampliação dos serviços
	IC 70 - A falta de investimento dificulta a realização de transplantes e contratação de pessoal
DSC 22 - Discurso da mudança enquanto dependente do que a unidade e a rede desenvolvem, bem como de uma mudança cultural	IC 71 – Mudança depende da organização da rede
	IC 72 – Mudança depende da característica do hospital e excelência do serviço
	IC 73 - Mudança depende de uma mudança cultural nas unidades

No discurso quanto aos fatores que definem o perfil assistencial duas questões são recorrentes, os profissionais médicos e a demanda. Porém, os dois aparecem com conotações diferentes, e também com frequência distintas quando comparados os hospitais de porta aberta e fechada.

No caso dos médicos este aparece como principal fator que define o perfil assistencial dos hospitais. Uma das formas que é apresentada para descrever como este possuiu um papel decisivo

nesta definição é a partir da abertura dos serviços, a qual é apontada como uma decisão local, dos profissionais médicos e que parte do desejo de realizar tal ou tal atividade.

Um exemplo apontado para justificar o peso da decisão médica no perfil assistencial é a própria concepção do que seria uma unidade hospitalar, sendo que esta é definida e condicionada pela existência dos profissionais médicos, o que por si só já definiria a influência que este possui no processo. Inclusive é apontado por um dos gestores que em alguns casos contraria a demanda ou não necessariamente esta de acordo com os agravos que precisam ser contempladas para atender as necessidades dos usuários.

Outra questão que aparece no discurso é a dependência da ocorrência de mudança estar atrelada ao profissional médico. Como a definição do perfil esta condicionada às especialidades e habilidades médicas, a mudança radical somente seria possível pela mudança da equipe médica. Pela percepção dos profissionais, o que pode ocorrer hoje nas unidades, tendo em vista a manutenção dos seus efetivos, seriam apenas mudanças incrementais.

A outra questão que faz a mudança estar vinculada ao médico é a resistência que este possui a propostas de mudanças que provocam alteração no seu ambiente de trabalho ou que não estão de acordo com seus objetivos. Nos discursos este é identificado pelos gestores do DGH como um dos principais problemas para se promover mudança, sendo definida como a “cabeça dos funcionários” e assim a proposta de mudança radical somente ocorreria a partir de uma “guerra” nas unidades.

DSC 20 - Discurso enquanto definição do perfil e da mudança dependente do médico e demanda

O perfil é definido pelos médicos. O perfil surge mais de uma proposta local, de um grupo ou um profissional que abre uma atividade que tenha desejo. O médico tem muita influência nisso, muitas vezes contraria a própria demanda. Não existe hospital sem médico, então influência muito. A ação do médico é muito intensa dentro do hospital. Ninguém muda o perfil do hospital, a não ser de forma radical, agora vai ser um hospital só de pediatria. Mas aí você tem que trocar os médicos. Se você mantém os seus doutores você pode adequar o perfil pra alta complexidade e não fazer mais pequenas cirurgia, mas mudar o perfil só se eu mudar os médicos. Mas isso junta com a questão da demanda, o serviço só se mantém se ali tem a necessidade da população. O fator mais importante é a demanda. Mas eu não posso mudar o perfil do hospital se eu estou cheio de profissionais especializados em outra área.

A demanda de pacientes, apesar de também ter sido citada em alguns momentos como o fator mais importante na definição do perfil, na percepção da maior parte dos entrevistados é um fator necessário à manutenção dos serviços e a ser considerado na hora de se promover mudanças.

No recorte abaixo tem um exemplo dado por um dos gestores do DGH e que parece resumir bem esta relação entre os fatores demanda e médicos.

No caso do transplante, você tem a necessidade do transplante, o MS incentivando e os médicos de cada serviço que tiveram a iniciativa própria de realizar transplante. Primeiro você tem a demanda. Mas nem todos os hospitais aderem aos serviços, tem que ter a iniciativa médica.

Assim, as demandas epidemiológicas e demográficas incentivam a formulação de políticas em determinadas áreas, porém, a incorporação destas políticas ocorre de forma diferenciada pelas unidades hospitalares porque esta incorporação depende da iniciativa dos profissionais médicos.

Quando são analisados os discursos das unidades de porta aberta e fechada também é possível identificar uma percepção diferente quanto ao impacto que estes dois fatores desempenham na conformação do perfil assistencial.

No caso dos hospitais de porta fechada, por estes não sofrerem a pressão do atendimento advindo da emergência, o médico aparece com maior frequência como o principal fator, e no caso das unidades de porta aberta, onde o volume de atendimentos repercute de forma diferente, a demanda é citada como o fator mais impactante.

É interessante apontar, no entanto, que o papel dos médicos continua sendo o mesmo em ambas as unidades, ou seja, este determina o que vai incorporar ou não ao seu conjunto de atendimentos, o que ocorre nas unidades de porta aberta é que a pressão da demanda faz como que a instituição tenha que se mobilizar para contratar novos profissionais e desenvolver novos serviços. Desta forma como a demanda é supostamente a provocadora de mudanças, é percebida como tendo um impacto maior nas unidades de porta aberta.

Outro conjunto de idéias centrais refere-se às diferentes formas que os recursos financeiros impactam no desenvolvimento dos serviços e também na aquisição de tecnologias.

DSC 21 - Discurso da mudança enquanto dependente de investimento tanto para o hospital manter suas atividades como implementar novos projetos

Outra coisa que influência muito nisso é o investimento. O município não investiu no hospital. O hospital voltou ao seu perfil original e tudo voltou a acontecer pelo investimento do MS. Teve um momento em que os próprios médicos do hospital se cotaram para comprar um aparelho de videolaparoscopia e passaram a operar por vídeo para não ficarem tão defasados da medicina. E as obras que permitiram o transplante não foram feitas pelo MS, foi tudo conseguido pela universidade X e feitas com o dinheiro do pagamento dos protocolos de estudo multicêntrico internacionais. Nenhum tostão do MS. A SES, através do PAISMICA fez uma adequação, refrigerou as enfermarias, ofereceu alguns equipamentos melhores, colocou camas especiais já com a idéia das mudanças do atendimento a mulher no trabalho de parto.

Todo o projeto de mudança depende de recurso. Pra implantar o projeto do transplante hepático, depende de recurso. Transplante renal agora a gente não consegue sair do lugar porque tem que contratar profissional e o sistema não permite.

No caso da municipalização, a única mudança radical identificada nos discursos, o investimento aparece constantemente como o fator que a determinou, tanto na diminuição da oferta, no período em que o município restringiu os recursos, quanto pela retomada da produção quanto este foi disponibilizado novamente pelo MS.

Os recursos financeiros também impactam de forma negativa na estruturação de certos serviços, como no caso do transplante, porque a disponibilidade orçamentária não é suficiente, e também torna algumas propostas pouco atrativas, como no caso do banco de olhos, em que há rejeição das unidades por não haver “recurso extra” para sua realização. Outro exemplo, que demonstra que o recurso financeiro tem impacto na decisão de mudança é no caso do investimento disponibilizado pela SES, que foi um dos fatores estimuladores para que a proposta de constituição de uma maternidade de alto risco se concretizasse.

Porém, da mesma forma podem ser identificadas idéias centrais dentro do discurso dos gestores dos serviços, que indicam que a ausência de recurso por si só não desestimula ou impede que estes promovam a mudança. Em alguns casos a necessidade de incorporar tecnologias novas e “não ficar defasados” com relação a outras unidades, faz com que esses utilizem os recursos próprios para a aquisição de equipamentos. Esta situação não é isolada e apareceu de forma explícita no discurso de pelo menos duas unidades.

Esta mesma questão aparece no desenvolvimento do serviço de transplantes de uma unidade, quando o gestor aponta que na ausência de recursos do MS para organização do serviço e na recusa do diretor de contemplar o projeto buscou formas alternativas de investimento, como parcerias com instituições privadas e o recurso arrecadado pelo próprio setor. Assim, a não disponibilização do total de recursos necessários pela direção não inviabilizou a estruturação do serviço pela sua chefia e profissionais.

Os problemas que aparecem com relação à gestão de recursos humanos nos hospitais percorreram outros capítulos do trabalho e também o discurso de todas as unidades. Com certeza é um fator que impacta na conformação do perfil assistencial, não somente pelos motivos já discutidos em outros capítulos, mas pela baixa autonomia das unidades para contratar e definir a remuneração dos profissionais.

Os gestores atribuem ao formato jurídico dos serviços públicos, por exemplo, a dificuldade de organização dos serviços de transplante porque este exige uma maior qualificação e dedicação dos profissionais e conseqüentemente um pagamento diferenciado, o que não é viável hoje devido ao modelo de gestão público.

Esta pouca autonomia administrativa aparece também como um problema na aquisição de insumos ou equipamentos que necessitam de importação e na manutenção e concerto destes

equipamentos, o que supostamente provoca a paralisação dos serviços por meses quando esses problemas poderiam ser resolvidos rapidamente através do pagamento direto.

Esse é inclusive um dos fatores apontados e que diferenciaria a organização e melhor desempenho de unidades hospitalares em São Paulo, como coloca um dos gestores *...as dificuldades que a gente tem são dificuldades da lei, como é que São Paulo faz? São Paulo não tem hospital público. O grande problema do Rio de Janeiro é a existência do hospital público.*

As questões apresentadas no último discurso deste capítulo são apontadas pelos gestores do DGH enquanto fatores que precisam ser considerados e que interfere nas mudanças que estes estão conduzindo com relação aos hospitais federais.

DSC 22 - Discurso da mudança enquanto dependente do que a unidade e a rede desenvolvem, bem como de uma mudança cultural

Óbvio que a característica do hospital conta. Tem hospitais que já incorporaram aquilo, o hospital 5 incorporou a oftalmologia, todo mundo sabe que é um centro de olho muito bom. A excelência do serviço atual, isso vai contar muito também na hora de fazer mudança. Pra fazer uma mudança radical de perfil do hospital eu tenho que levar em conta também a característica do hospital, o que ele vem demonstrando de tendência nos últimos anos

Outra questão é a desorganização do resto do sistema de saúde, tanto do estado quanto do município. O estado não faz nada, o estado faz emergência e mal. O município tá se reorganizando. Então isso é um entrave. Quando os serviços estiverem mais estruturados a gente pode fazer um perfil melhor.

Teria que promover uma mudança de cultura organizacional, é muito complicado, os hospitais federais têm um certo orgulho da sua posição na rede. Tem unidade na rede que se acha a parte do SUS, ainda tem uma visão de INAMPS. E não adianta uma voz de mando, chegar de cima pra baixo e dizer: não, agora tem que ser assim. É um andar que tem que ser feito por dentro da engrenagem

Com relação ao contexto interno o discurso dos gestores é de que a promoção de mudanças não pode desconsiderar suas áreas de excelência ou as especialidades que se tornaram referência na unidade. São citadas dentro do discurso dos gestores a diferentes áreas que independente das propostas deveriam permanecer na instituição porque se configuram como um padrão de diferenciação e desestimula a mudança radical.

Um fator que extrapola o âmbito interno das unidades refere-se ao que é percebido como uma “desorganização do sistema”. Esta desorganização aparece nos discursos com referência a oferta relativa às outras duas esferas de governo, municipal e estadual, que impacta no perfil dos hospitais, tanto pelo fato de ainda atenderem baixa complexidade, como visto no primeiro capítulo, como responsável pela forma como estes conformam seu perfil a partir das mudanças introduzidas.

Também surge no discurso outra visão quanto ao fator que provoca esta desorganização do sistema, e que teria que ser enfrentado para se promover mudança nas organizações, que é um

resquício cultural das unidades ainda decorrente de um modelo fragmentado de prestação de serviços na época anterior à constituição do SUS.

No discurso acima isto é identificado como um traço cultural das unidades, que sempre possuíram grande autonomia dentro do sistema e hoje permanece com esta mesma visão, assim, a desorganização do sistema decorrente da fragmentação no processo de conformação do perfil só mudaria a partir de uma mudança cultural. A percepção destes fatores e a diferentes formas de condução da mudança já foi tratada no capítulo anterior.

Assim, no nível das unidades são percebidos como fatores definidores e viabilizadores ou não da mudança do perfil assistencial, principalmente os profissionais médicos e como fatores que interferem na mudança a demanda e os recursos financeiros.

Na percepção do DGH os fatores que interferem na conformação do perfil assistencial e na mudança são o padrão de atividades da unidade, a configuração do sistema local, a resistência dos profissionais médicos e a cultura organizacional.

Antes da discussão dos fatores encontrados algumas considerações se fazem necessárias. A primeira é que este enfoque de gestão foi concebido considerando as características das organizações públicas de saúde e o conjunto de problemas e desafios envolvidos na sua gestão. Sendo assim, a proposta é romper com este modelo a partir de uma mudança cultural e considerando a coordenação de sistemas de saúde em rede.

A segunda é de que estas variáveis são consideradas dentro de um contexto de gestão em que se tem uma intenção estratégica e a sua análise possibilitaria identificar um padrão de atividades que possibilitem vantagens comparativas da unidade em relação à rede.

Se for resgatada a análise feita até o momento, do processo de mudança e conformação do perfil assistencial das unidades hospitalares, o que se constata é que muitos dos problemas e conceitos descritos pelos autores (Artmann, 2003; Lima, 1994; Dussault, 1992) ainda permanecem nas instituições, o que por sua vez já compromete a consideração que os gestores deram a estes fatores no contexto de mudança ou configuração do perfil assistencial.

O que se quer ressaltar aqui é o fato de que se esta análise fosse feita apenas buscando identificar os fatores presentes no discurso dos gestores, quando da conformação do perfil assistencial, desconsiderando o percurso construído pela unidade e a sua concepção do sistema, poderia se concluir que todos foram contemplados no processo porque estão presentes em vários momentos do discurso.

Porém, os discursos permitem identificar que estes fatores nem sempre são considerados a partir da lógica que se espera porque não faz parte de um contexto onde há uma intenção estratégica ou uma mudança planejada, o que nos traz um conjunto de questões a serem consideradas na aplicação deste enfoque estratégico nas unidades hospitalares.

Assim, o potencial de crescimento é visto na maioria das vezes apenas pelas necessidades de consumo de serviços de saúde demandada pela população e não pela análise e simulações dos fatores como mudança epidemiológica ou demográfica da população. Algumas unidades apontam análises realizadas com relação ao aumento da população idosa e solicitação de estudos ao setor de epidemiologia para elaborar projetos que contemplassem estas mudanças, mas estes casos ainda parecem ser uma exceção.

Outra questão que pode ser percebida é de que mesmo se tendo uma procura grande por algumas especialidades isto não necessariamente é visto pela unidade como um “nicho” de oportunidade, como no caso dos renais crônicos, sendo que a unidade que apontou esta demanda também refere que ao contrário do esperado o serviço de nefrologia diminuiu a oferta.

Quanto à concorrência, este não parece ser um fator limitante por alguns motivos já apontados, como a pouca consideração das demais unidades de saúde como parte do seu ambiente externo e também pelo problema da duplicidade de oferta.

Outra questão possivelmente se refere à característica específica das unidades públicas, que por não estarem submetidas às regras de mercado podem sobreviver mesmo não sendo eficientes. Desta forma, os serviços se mantêm independente da produção e dos seus custos, e equipamentos podem ser adquiridos mesmo que fique parte do tempo ocioso (Dussault, 1992).

A incorporação de tecnologia ainda é percebida pela unidade como a principal forma de diferenciação no sistema, isto aparece em todas as unidades quando estas dão destaque ao pioneirismo na realização de atividades complexas e utilização de equipamentos de última geração. Isto faz com que, independente dos custos todas as unidades almejem a compra e incorporação de equipamentos mais modernos, como por exemplo, na área de robótica. Mas em outro momento também aparece como um compromisso de ofertar a população dependente do SUS os mesmos recursos que estão disponíveis no setor privado.

A possibilidade de construir parcerias é considerada pelas unidades na constituição de alguns serviços, porém é prejudica pela fragilidade dos processos de regulação que faz com que estes abandonem muitas vezes as parcerias e incorporem a oferta em suas unidades.

Com relação às sinergias internas estas facilitam a incorporação de alguns serviços, como transplante pediátrico que foi possibilitado pela sinergia do serviço da pediatria de alta complexidade e serviços de transplante em adultos, mas ainda encontra resistência nos feudos internos que, em alguns casos, provoca a separação de serviços mesmo estes tendo as mesmas características.

A necessidade de um grande investimento deveria supostamente desestimular o aumento de determinado segmento, porém em alguns casos isto não se apresentou como uma barreira. Ainda com relação à utilização do investimento como viabilizador de algumas propostas, este não aparece

no discurso dos gestores como sendo utilizado fortemente pelo MS para induzir mudanças. O que é mais referido é a contenção ou não do financiamento e a não disponibilidade de recurso extra como um fator que desestimula a adesão às propostas do nível de gestão superior.

A missão, como definida hoje é tão ampla que não restringe a expansão ou incorporação de algum segmento, sendo que em alguns casos inclui até atividades que não fazem parte do papel dos hospitais, como a vacinação.

Neste caso, a disponibilidade profissional, basicamente dos médicos, como já apontado em vários momentos do trabalho, acaba sendo o principal fator responsável pela definição, não somente do comportamento do segmento, mas da sua criação e do recorte que este segmento possui.

O ensino apareceu de forma mais freqüente como sendo considerado na expansão de segmentos necessários para sua manutenção e também porque a sua manutenção se constitui como fator que aumenta o poder dos segmentos no processo de tomada de decisão. A pesquisa não foi citada pelos gestores enquanto um fator que tenha sido considerado na definição do perfil assistencial.

Neste capítulo pode-se perceber que há uma diferença entre os fatores que os atores percebem como interferindo na conformação do perfil assistencial e aqueles que surgiram em seus discursos durante o relato das mudanças.

Desta forma, a incorporação do enfoque da *démarche stratégique* pelas unidades pode trazer muitas mudanças ao processo de definição do perfil assistencial porque incorporaria a importância da intenção estratégica e da mudança planejada nas unidades, agregaria outras formas de análise e outras variáveis ao processo de decisão dos gestores e faria um contraponto ao peso que a demanda e a disponibilidade médica tem hoje neste processo.

As bases conceituais deste enfoque contemplam as características dos serviços públicos de saúde e os problemas inerentes a estes serviços e apresenta uma perspectiva de integração, a qual é apontada por Lima (1994) como sendo a melhor perspectiva para se compreender o processo de definição de objetivos nestas organizações.

Este enfoque pode ser caracterizado como de integração porque... *é racional, pois acentua a necessidade de formular objetivos, pautados em raciocínio de custos de oportunidade e uma análise de tendências do ambiente exterior*, possui uma perspectiva política porque é um *modelo de negociação, participativo, de baixo para cima, que se apóia na formalização das análises avaliações e estratégias e na utilização de um método de trabalho em comum* e também tem uma perspectiva natural porque considera a definição da missão do hospital dentro de uma rede coordenada de serviços (Artmann, 2003:290).

Não desconsiderando sua importância ou viabilidade, algumas questões da análise da conformação do perfil assistencial dos hospitais federais podem ser apontadas no sentido de

contribuir para a discussão e a aplicação deste enfoque de gestão estratégica, ou até mesmo reforçar questões já identificadas em outros trabalhos.

Como já foi apontado pelos próprios autores há uma dificuldade na obtenção de informações nos sistemas oficiais que possibilite a construção de cenários ou a identificação da oferta no restante da rede (Rivera e Artmann, 2003).

Os gestores dos hospitais apontaram também, em seus discursos, que possuem baixo conhecimento quanto às demais unidades da rede e a sua oferta, devido ao pouco espaço de comunicação estabelecido entre elas e também da divulgação do seu perfil assistencial.

Isso pode levar os atores a conduzirem a análise visando os seus próprios objetivos e não fazendo uma reflexão mais ampla do sistema ou da própria unidade. Desta forma a aplicação deste enfoque num conjunto de unidades simultaneamente pode ampliar a possibilidade de troca e possibilitar o confronto de informações e percepções sobre o cenário interno e externo das unidades.

Outra vantagem da aplicação do enfoque de forma não isolada é que evitaria que todas as unidades tivessem a mesma percepção da mudança do cenário epidemiológico e demográfico e elaborassem planos isolados para disponibilizar oferta de serviços a este mesmo público.

Um exemplo que pode ser citado é o caso da oncologia, do transplante e da população idosa, onde todas as unidades têm a percepção do aumento dos usuários deste grupo etário e a necessidade de ampliação da oferta a estes agravos e estão conduzindo mudanças a partir de reações adaptativas, o que acaba não provocando uma otimização de recursos no nível da rede de saúde e a organização da oferta a partir de uma visão de complementaridade.

Da mesma forma, pode ocorrer um movimento contrário, como existe um conjunto de serviços e agravos não contemplados pelas unidades hoje, a necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros tende a desestimular sua incorporação e no nível do sistema local ou regional isto não diminuiria o problema de acesso dos usuários a este conjunto de serviços.

O que o enfoque aponta e salienta é que a missão das unidades deveria ser conformada a partir da negociação entre as instituições e que os projetos assistenciais deveriam ser fruto de acordos gerados no interior das redes de serviços de saúde. Desta forma, a partir da identificação das áreas de excelência das unidades haveria uma negociação com a rede para o atendimento das demais atividades não contempladas no plano institucional.

O que pode ocorrer quando esta autoridade externa não agrega as diferentes unidades de saúde de um município ou região, ou esta não se envolve no processo de definição do perfil, é a execução dos planos assistenciais dos hospitais ficarem fragilizados ou serem parciais.

Considerando, por exemplo, o cenário em que estão inseridos os hospitais federais e o papel das unidades hospitalares no sistema de saúde hoje, deveria ocorrer uma transferência de diversos segmentos, como as atividades de baixa e média complexidade, para outras unidades da rede.

Porém, mesmo que estas áreas sejam identificadas à ausência de outros serviços que realizem estas atividades inviabiliza inclusive a negociação com a rede, o que acaba fazendo com que os hospitais busquem de forma isolada alternativas que, como as apontado no primeiro capítulo, não estão sendo exitosas.

Outra questão a ser ressaltada é de que hoje os hospitais não são proativos a ponto de individualmente buscar definir racionalmente a sua missão com as demais unidades da rede e, de forma isolada, tem baixa governabilidade para negociarem, por exemplo, a transferência de serviços sejam estes quais forem.

Além destes problemas, como se percebeu no estudo, as unidades têm resistência em abandonar as atividades ou de se integrarem a outras unidades e os gestores ficam com seu poder limitado diante dos feudos internos das unidades.

O que pode ocorrer, como no caso da unidade que participou do estudo, é que o que prevalece deste processo de aplicação do enfoque de gestão estratégico é o reconhecimento e valorização dos segmentos que permitem uma vantagem comparativa ao hospital. Porém, as demais áreas ou serviços continuam se constituindo a partir de estratégias emergentes e de mudanças conduzidas a partir de reações adaptativas.

Outra questão apontada é que um dos fatores que garantiria a viabilidade de permanência e continuidade da mudança seria a incorporação da metodologia pelos atores da unidade, o que dispensaria a necessidade de consultoria externa.

Pela configuração atual das unidades, com a quase ausência de equipes de planejamento estruturadas e a pouca valorização dos gestores de uma perspectiva racional e sistêmica na definição do perfil assistencial o acompanhamento e a continuidade da mudança sem o apoio de atores externos acaba ficando comprometido.

Isto acaba gerando uma descrença com relação à utilização de métodos de planejamento, o que por sua vez pode diminuir a adesão dos profissionais, não alterar a forma de condução das mudanças e não gerar planos coletivos potentes o suficiente a ponto de serem contínuos e resistirem as mudanças de gestão.

Com a constituição da coordenação dos hospitais federais este processo de definição do perfil assistencial pode ganhar outra dimensão e a utilização de enfoques como a *démarche stratégique* traria a possibilidade da condução de mudanças planejadas e a conformação do perfil assistencial dos hospitais considerando-se este como parte de uma rede coordenada de serviços.

Desta forma, modificar-se-ia inclusive o foco da negociação que deixaria de ser exclusivamente a partir do que cada unidade se compromete em ofertar individualmente, para como garantir coletivamente o atendimento das necessidades de saúde de um conjunto de usuários com a

responsabilização dos atores internos das unidades com pactos coletivos que orientaria a sua tomada de decisão.

CONCLUSÃO

A definição do perfil assistencial de um hospital representa um aspecto crítico tanto do ponto de vista de sua estratégia interna de desenvolvimento quanto da sua inserção em redes de atenção à saúde numa perspectiva integrada.

A partir dessa perspectiva, o trabalho buscou analisar como o processo de definição do perfil assistencial ocorre na perspectiva de um conjunto de gestores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. O referencial teórico elaborado tentou contemplar não somente as definições de estratégia, métodos de mudança e o processo de definição a partir das perspectivas organizacionais, mas também como os autores analisam este processo em organizações de saúde.

Neste caso, a opção por utilizar como foco de análise o perfil assistencial e não a missão, pareceu adequado, pois permitiu não apenas evidenciar as mudanças, mas também a percepção que os gestores têm quanto à forma como consideram o perfil dos hospitais.

A análise dos discursos apontam para uma diferenciação entre o perfil desejado para as unidades e o que elas realmente ofertam à população. Como o papel dos hospitais vem se consolidando na configuração do modelo atual como mais especializado do que geral, os gestores tendem a apontar seu perfil como sendo composto somente a partir das áreas de maior complexidade.

O conceito adotado no trabalho se baseou nas definições de objetivos operacionais e reais que buscam refletir o que a unidade realmente está ofertando, independente do que declara oficialmente. Neste caso, mesmo que algumas atividades como as de baixa complexidade, média complexidade e urgência e emergência, tragam um conjunto de problemas e conflitos aos hospitais e algumas não serem responsabilidade de unidades hospitalares, como a vacinação, também compõem seu perfil.

Como as unidades hospitalares federais abrigam uma diversidade na oferta hoje, seja pelo conjunto de grupos populacionais, abrangência territorial, agravos, tecnologias e complexidades atendidas, a definição da missão ou dos objetivos oficiais não é suficiente para expressar o que realizam ou até mesmo identificar as áreas que não seria sua competência ou nas quais não é referência.

Com relação às principais mudanças apontadas pelos gestores elas se caracterizam principalmente pelo aumento de oferta, decorrente da abertura ou a especialização dos serviços; diminuição da oferta decorrente do período de municipalização ou fechamento dos serviços; uma percepção da mudança do perfil epidemiológico em consequência da mudança da demanda de usuários e uma mudança decorrente da orientação para alta complexidade.

Porém, o objetivo da análise destas mudanças era identificar principalmente o seu modo de condução e a conformação do perfil. Para este objetivo, tomar a mudança das unidades enquanto foco de análise se mostrou extremamente válido e produtivo. Inclusive trouxe para o estudo informações que extrapola o próprio escopo do trabalho, mas que poderiam ser utilizados ou aprofundados em outro momento, como os problemas e conflitos envolvidos, a gestão de recursos humanos, o modelo de regulação e o formato jurídico.

Tomando como base as três configurações de mudança propostas por Mintzberg, observou-se que a maior parte das mudanças percebidas nos últimos anos foram desenvolvidas, ou seja, ocorreram sem terem sido necessariamente conduzidas pelos gestores internos ou externos das unidades.

Ainda de acordo com os conceitos de Mintzberg, pode-se dizer que as unidades têm conformado seu perfil assistencial principalmente através de estratégias emergentes e sem uma tomada de decisão ou orientação anterior à constituição de seus serviços ou a mudança no interior deles. Em seus trabalhos Motta já aponta para esta questão quando afirma que as unidades tendem a promover mudanças o tempo todo mesmo sem terem noção da direção ou rumo que estão tomando.

As únicas iniciativas que aparecem sendo configuradas a partir de estratégias mais deliberadas e de posição são decorrentes de consultorias externa na aplicação de métodos de planejamento. Estas tiveram como principal objetivo buscar uma nova orientação e condução no sentido de privilegiarem a alta complexidade.

Mesmo assim, estas se configuram como estratégias guarda-chuva, o que faz com que estratégias desconectadas e impostas se constituam a todo o momento e que os planos não sejam adotados por toda a unidade. Desta experiência poderia se acrescentar outra categoria entre as estratégias deliberadas e emergentes que seriam as estratégias parciais, ou seja, que contemplam ou que são reconhecidas apenas por partes da unidade.

É possível afirmar, com base na análise das mudanças tidas como necessárias pelos gestores, que o padrão de mudança intencional nos hospitais públicos federais é o de reação adaptativa, onde a formação de idéias novas é decorrente principalmente da necessidade de resolver problemas e não de um processo planejado que visa interferir no processo de evolução da organização.

Quanto à percepção dos gestores sobre o processo de definição do perfil, este aparece como sendo muito pouco racional e sistêmico. As unidades não incorporaram ferramentas de planejamento que apoiem estes processos e as equipes de planejamento são muito incipientes ou pouco atuantes na maioria dos hospitais.

A percepção quanto ao ambiente externo é de que existe uma desorganização do sistema e que isto interfere na condução de forma mais integrada, sendo que cada unidade incorpora tecnologia e busca atender as demandas da população isoladamente e sem planejamento.

Quanto aos âmbitos internos de decisão nas organizações profissionais, conforme adotados por Mintzberg, o que se percebe com relação às unidades estudadas é de que o processo ainda é muito centrado no âmbito de decisão do critério profissional, sendo que este agrega além das decisões clínicas as decisões sobre a constituição, mudanças e descontinuidades dos serviços e conseqüentemente do perfil assistencial. Os outros profissionais, as equipes de planejamento e os usuários raramente foram citados, provavelmente porque a constituição de coletivos gestores só foi apontada por uma unidade.

O autor pondera esta criação da missão das organizações profissionais principalmente a partir de estratégias emergentes devido a um controle profissional que limita a decisão individual e permite o melhor julgamento do profissional. Porém, a coordenação do trabalho a partir da padronização de habilidades permite aos profissionais um julgamento mais adequado com relação às decisões clínicas, mas não necessariamente a definição do perfil assistencial.

No caso da conformação do perfil assistencial algumas perspectivas deveriam ser consideradas no processo decisório e são fundamentais quando se tratam de organizações públicas, como a perspectiva sistêmica e racional, o que não se confirma pela percepção dos gestores quanto a esse processo.

Como os hospitais participantes do estudo são todos federais os atores externos foram na maior das vezes identificados como o Ministério da Saúde e mais recentemente pelo Departamento de Gestão Hospitalar. A participação das demais instâncias aparece como conflituosa e sendo estabelecida pontualmente na tentativa de resolução de problemas referentes à área ambulatorial e de emergência. O município foi citado principalmente no período da municipalização e o estado praticamente não aparece com um ator que participe do processo, pelo contrário, foi citado como pouco atuante.

A identificação dos diferentes atores permite perceber que este processo é político, principalmente na visão do DGH, e que a definição do perfil envolve a disputa de poder entre os grupos dominantes, as coalizões e a negociação entre a direção das unidades e os “feudos” internos.

Nos últimos anos, com a constituição do DGH, cria-se um espaço em que novas propostas passam a ser discutidas com o conjunto das unidades federais e a partir destes projetos surgem diferentes percepções quanto à complementaridade e necessidade de maior integração entre as instituições.

Um conjunto de gestores, principalmente das unidades de porta aberta, já reconhece a necessidade de romper com uma visão de que as unidades deveriam cobrir todas as áreas de atendimento, passando a trabalhar com a perspectiva da complementaridade, e de que a definição do seu perfil assistencial precisa ocorrer com a participação das demais unidades da rede.

Mas este processo também enfrenta resistências, que são identificadas tanto para o conjunto de propostas do DGH, decorrentes do não compartilhamento quanto à perspectiva da complementaridade, como pelo reconhecimento da resistência dos profissionais médicos em aceitarem mudanças vindas de atores externos.

A resistência também apareceu com relação a alguns projetos que mudariam o perfil dos hospitais, o que aponta para o fato de que, se a conformação do perfil assistencial se dá a partir de um conjunto de mudanças que “ocorrem”, também se dá pela constituição de estratégias que permitam as unidades resistirem às mudanças propostas de fora.

Quanto aos principais fatores definidores do perfil assistencial ainda prevalecem na percepção dos gestores os profissionais médicos e a demanda, sendo que a mudança deste perfil está condicionada aos profissionais médicos e precisa considerar a demanda de usuários. Outros fatores que influenciam na mudança são a disponibilidade de recursos financeiros, as áreas de excelência dos hospitais, a desorganização do sistema de saúde e a necessidade de uma mudança cultural.

Além destes fatores percebidos pelos gestores, outros vários foram sendo apresentados em seus discursos e em alguns momentos aparecem como problemas enfrentados pelas unidades, como: a insuficiência de oferta na área de atenção básica e de média complexidade, a ausência de unidades de apoio, a fragilidade do processo de regulação, pouco espaço de comunicação e conhecimento do perfil assistencial das demais unidades da rede, a manutenção das atividades de ensino, os diversos problemas enfrentados na gestão dos recursos humanos, os problemas na administração dos hospitais decorrentes do seu modelo jurídico, entre outros.

Uma forma de ampliar o escopo de análise e de perspectivas nas decisões quanto à conformação da missão e perfil assistencial dos hospitais seria a partir da formação de espaços coletivos pela autoridade administrativa. Desta forma, as decisões são tomadas por diferentes atores a partir do compartilhamento de metas e objetivos e passa a ser norteadas também pelo interesse comum.

Assim, como se reconhece que parte das estratégias das unidades de saúde sempre serão emergentes e as mudanças desenvolvidas, também se considera a insuficiência destas na formação de uma rede de serviços eficiente e que garanta o cuidado adequado aos usuários do sistema público de saúde.

Neste estudo buscou-se agregar um conjunto de contribuições e perspectivas de diferentes autores que permitissem uma melhor compreensão sobre a conformação do perfil assistencial dos hospitais federais. Porém, as discussões quanto à formação de estratégias e à condução das mudanças nas organizações públicas de saúde não se esgotam aqui, trabalhos que incluam a percepção de outros atores, como os profissionais dos hospitais e das equipes de planejamento, ou

que explorem melhor a análise da resistência à mudança e dos problemas envolvidos neste processo podem contribuir para o aprofundamento deste tema.

8. Referências Bibliográficas

Alves, C. & Machado, C. Texto 8: A política do Ministério da Saúde para os hospitais federais situados no Rio de Janeiro no período de 2003 a 2006. Relatório Científico Final do Projeto de Pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política brasileira no período de 2003 a 2006”. Mimeo, 2008.

Artmann, E. Enfoque *démarche stratégique* na gestão hospitalar. In: Minayo. M. C. S. & Deslandes, S. F. (org) Caminhos do pensamento – Epistemologia e método. 1 reimpressão. Editora Fiocruz, 2003.

Artmann, E; Azevedo C.S. & Sá, M.C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Cadernos de saúde Pública. 13(4). 1997

Barbosa, P. R. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. In: Feury, S. (org) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

Brasil, Ministério da Saúde. Programa de saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de saúde, set. 1994.

Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretária de Assistência a Saúde, mar. 1996.

Brasil, Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção hospitalar brasileira. Brasília, 2004.

Campos, G. W. S. “É preciso fazer a reforma da reforma do SUS e dar fim aos desmandos” (Entrevista) Radis 33. Maio /2005.

Campos, G.W.S. & Amaral M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Coletiva. 12(4) 2007.

Carmo, E.H.; Barreto, M.L. & Silva Jr. J.B. Mudanças no padrão de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 12(2):65-75.2003

Castelar, R.M.; Moroclet, P. & Grabois, V. (org) *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Éditions École Nationale de la Santé Publique. 1995.

Cecílio, L.C.O. Da pirâmide ao círculo: uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. 13(3) 1997.

Cecílio, L.C.O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ. 16(4): out/dez.2000.

Cecílio, L.C.O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais público. In: Merhy, E.E. e Onocko, R. (org) *Agir em saúde: um desafio para o público*, 2º Ed. Hucitec. Sao Paulo. 2002a.

Cecílio, LCO. Uma sistematização de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy, E.E. & Onocko, R. (org) *Agir em saúde: um desafio para o público*, 2º Ed. Hucitec. Sao Paulo. 2002b.

Cremadez, M & Grateau, F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris. Inter Éditions. 1992.

Cyert, R. March, J. G. *A behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1963.

Decreto nº 5392/2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 11 de março/2005.

Dussault. G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. 26 (2) 1992.

Etzioni, A. *Organizações Modernas*. São Paulo. Livraria Pioneira Editora. 3 edição, 1964.

Fayol, H. Administração Industrial. Administração Industrial e Geral. São Paulo, Editora Atlas, 1950.

Gawryszewski, V. P.; Koizumi, M. S. & Mello-Jorge, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cadernos de saúde Pública. 20(4) 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População brasileira envelhece em ritmo acelerado [on line]. 2008
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1 (acessado em 20/03/2009)

Lefevre F; Lefevre AMC; Teixeira JJV. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul; Educs 2000.

Lefevre, F. & Lefevre, AMC; Teixeira JJV. Pesquisa qualitativa levada a sério. [on line]. São Paulo. 2003 http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm (acessado em 20/03/2009).

Lei 8080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. 19 de setembro/1990.

Lima, S.M.L, Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. Revista de Administração Pública. 12(4) 1994.

Lima, S. M.L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações públicas de saúde. Revista de Administração Pública 30 (5). Set/out.1996

Loyola Filho, A. I. Causas de internações hospitalares entre os idosos brasileiros no âmbito do Sistema único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 13(4) 2004.

Machado, K. Crise da saúde acende alerta no SUS. (Reportagem) Radis 33. Maio/2005.

Malik, A.M e Novaes, H.D.M. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. Editorial. Ciência & Saúde Coletiva 12(4) 2007.

Marinho, M. S. C. A questão dos objetivos nas organizações. Revista de Administração de Empresas. São Paulo 30(2) 1990.

Mattus, C. Adeus, senhor presidente. São Paulo. Edições FUNDAP, 1997.

Merton, R. K. Estrutura burocrática e personalidade. In: Etzioni. A. Organizações complexas – um estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo. Editora Atlas, 1976.

Mintzberg, H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações, Atlas, 1º Ed, 1995, São Paulo.

Mintzberg, H. Planejamento e estratégia. In: Ascensão e queda do planejamento estratégico. Porto Alegre. Bookman, 2004.

Mintzberg, H. Cinco Ps para estratégia. In: Mintzberg, H.; Lampel, Quinn, J. B. e Goshal, S. O processo da estratégia. Porto Alegre. Bookman. 4 edição, 2006a.

Mintzberg, H.; Ahlstrand e Lapel, J. Transformando organizações. In: Mintzberg, H.; Lampel, Quinn, J. B.; Goshal, S. O processo da estratégia. Porto Alegre. Bookman. 4 edição, 2006b.

Mintzberg, H. Organização profissional. In: Mintzberg, H.; Lampel, Quinn, J. B.; Goshal, S. O processo da estratégia. Porto Alegre. Bookman. 4 edição, 2006c.

Morgan, G. Imagens da Organização. São Paulo. Editora Atlas S. A. 6 reimpressão, 1996.

Motta, P. R. Transformação organizacional – a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro. Qualitmark. 5 reimpressão, 2004.

Mynaio. M. C. O desafio do pensamento. São Paulo. Hucitec, 6 edição, 2000.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A transformação dos hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS. 2004.

Parsons, T. Sugestões para um tratado sociológico da teoria de organização. In: Etzioni. A. Organizações complexas – um estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo. Editora Atlas, 1976.

Perrow, C. B. *Análise organizacional – um enfoque sociológico*. São Paulo. Editora Atlas S.A., 2 Tiragem, 1976.

Rivera, F.J.U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Caderno de Saúde Pública*. 13(1) 1997.

Rivera, F.J.U. & Artmann, E. *A démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseada nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2). 2003.

Selznick. P. Fundamentos da teoria de organização. In: Etzioni. A. *Organizações complexas – um estudo das organizações em face dos problemas sociais*. São Paulo. Editora Atlas, 1976.

Senge, P. *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo. Best Seller, 1990.

Ugá, M.A. e López, E.M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(4) 2007.

Taylor, F. W. *Princípios de administração Científica*. São Paulo. Atlas, 1970.

Vecina Neto, G. e Malik, A.M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 12(4) 2007.

Weber, M. *The theory of social and economic organization*. New York. The Free Press, 1947.

ANEXO 1

Roteiros de Entrevista

1. Chefia Médica/Assistencial

1. Como caracteriza o perfil assistencial do hospital hoje?
2. Em sua opinião quais foram às principais mudanças observadas no perfil assistencial nos últimos anos?
3. O que levou o hospital a introduzir estas mudanças?
 - 3.1 Houve indução externa ou participação de atores externos nestas mudanças? De quem foi? Houve conflito no processo de decisão destas mudanças? Que tipo de conflito? Quem foram os principais atores internos que participaram da discussão e decisão destas mudanças?
4. Quais os principais fatores que influenciaram na mudança.
 - Houve alguma mudança decorrente da iniciativa dos profissionais que tenha sido introduzida independente da participação ou demanda da direção?
 - Qual o papel dos médicos na mudança do perfil assistencial do hospital? Qual o grau de autonomia que possuem neste processo?
 - Em que medida a incorporação de novas tecnologias influenciou neste processo?
 - Como avalia que a oferta da rede ou demais serviços tenha sido considerado na introdução destas mudanças?
5. Em sua opinião que mudanças de perfil deveriam ter sido introduzidas no hospital, mas não foram?
 - Porque estas mudanças são consideradas importantes ou prioritárias para o hospital?
 - Quais as dificuldades ou problemas relacionados à introdução destas mudanças?
6. Estas mudanças foram decorrentes da aplicação de alguma ferramenta de planejamento?
 - Se sim, qual ferramenta foi utilizada?
 - Quando foi aplicada? Com que periodicidade é aplicada?
 - Quem participou desta aplicação?

2. Profissionais do Departamento de Gestão dos Hospitais Federais

2. Quais as principais mudanças que observa no perfil assistencial dos hospitais federais nos últimos anos?

3. O que levou os hospitais a introduzirem mudanças nos últimos anos?

3.1 Quem foram os principais atores que participaram da discussão e decisão destas mudanças? Houve conflito no processo de decisão destas mudanças? Que tipo de conflito? Entre que atores?

3.2 Qual o papel do Departamento de Gestão dos Hospitais Federais na mudança do perfil assistencial dos hospitais?

4. Quais os principais fatores que influenciaram na mudança?

Qual o papel dos médicos na mudança do perfil assistencial do hospital?

Qual o grau de autonomia que possuem neste processo?

Em que medida a incorporação de novas tecnologias influenciou neste processo?

Como avalia que a oferta da rede ou demais serviços tenha sido considerada na introdução destas mudanças?

5. Em sua opinião, quais as dificuldades ou problemas relacionados a introdução de mudanças no perfil assistencial pelos hospitais?

6. Esta mudança foi decorrente da aplicação de alguma ferramenta de planejamento?

Se sim, qual ferramenta foi utilizada?

Quando foi aplicada? Com que periodicidade é aplicada?

Quem participou desta aplicação?

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](#)