

# A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança\*

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio\*\*

Sumário: 1. Introdução; 2. Por que tem sido difícil trabalhar modelos de gestão alternativos nos hospitais públicos; 3. Indicações para a superação de dificuldades no processo de modernização gerencial dos hospitais públicos.

Palavras-chave: sistemas de direção; coordenação vertical; coordenação horizontal; gerentes; qualidade da assistência; clientes.

A partir da crítica aos sistemas de direção tradicionais adotados nos hospitais públicos governamentais baseados na coordenação vertical centrada em corpos funcionais, o autor discute as dificuldades de implantação de modelo alternativo de gestão — de caráter descentralizado, com ênfase na coordenação horizontal de equipes multiprofissionais, no nível de unidades de trabalho — e aponta algumas estratégias para a superação dessas dificuldades.

## **Managerial modernization of public hospitals: the tough exercise of change**

Starting from the criticism of traditional administration systems adopted in governmental public hospitals based upon vertical coordination focused in functional bodies, the author talks about the difficulties of the implementation of an alternative management model (bearing decentralized features, emphasizing the horizontal coordination of multiprofessional workteams at the level of working units) and points out some strategies to overcome those difficulties.

## 1. Introdução

Muito se tem escrito sobre a singularidade das organizações de saúde, na linha das reflexões de Dussault (1992). O hospital, pode-se dizer, é a mais complexa das organizações de saúde. Nele, duas antinomias estão fortemente presentes. A primeira delas: o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular os médicos, *versus* a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo. A segunda, que guarda relação íntima com a primeira: a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização *versus* o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação. Os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos não têm contribuído para enfrentar estas questões. Pelo contrário, os organogramas verticalizados, com linhas de mando hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, de enfermagem

\* Artigo recebido em mar. e aceite em jun. 1997.

\*\* Médico sanitário, doutor em saúde coletiva e professor colaborador do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

e administrativo), dificultam a comunicação e alimentam os conflitos (Cecilio, 1994). De uma maneira geral, os sistemas de direção adotados pelos hospitais públicos apresentam as seguintes características, relacionadas a seguir.

- A direção é “refém” das áreas operacionais, pois, se por um lado as equipes são altamente autônomas no que lhes é de interesse (montagem de escalas, estabelecimento de rotinas de trabalho, adoção de esquemas terapêuticos e outros “esquemas”), por outro, têm uma tendência a “encaminhar para cima” um conjunto de problemas conflitivos, demandantes de decisão, mas que, na maioria das vezes, poderiam ser resolvidos na base da organização. A direção geral e as direções de enfermagem, médica e administrativa passam boa parte do seu tempo “apagando incêndios” e “correndo atrás do prejuízo”, de forma que não lhes sobra tempo para planejar seu trabalho e avaliar a qualidade dos serviços prestados. Há uma sobrecarga com um trabalho desgastante, não reconhecido pela “base” e que raramente resulta em algo reconhecível como bom. Por isso se diz que são “reféns” dos de baixo, ou melhor, as direções nesses hospitais públicos são “rainhas da Inglaterra”: reinam mas não mandam.

- Nos sistemas tradicionais de direção, a qualidade da assistência é pensada, de forma implícita, como sendo consequência da excelência dos profissionais e/ou dos corpos técnicos. Pressupõe-se que todos os profissionais sejam habilitados para o exercício de suas funções; pressupõe-se que todos os profissionais adotem condutas éticas e as mais condizentes com as necessidades dos clientes e com os recursos disponíveis no hospital; pressupõe-se, enfim, que os profissionais desenvolvam atitudes de lealdade com a organização e contribuam ativamente para o alcance de seus objetivos. É claro que muitos profissionais norteiam suas ações por tais pressupostos e isso se reflete em graus variados de legitimidade e reconhecimento que cada serviço adquire diante dos olhos dos usuários. Porém, e quando tais pressupostos não ocorrem? Quais os mecanismos que permitem que os cidadãos façam valer seus direitos? Com quais instrumentos a direção ou as direções avaliam o desempenho do seu corpo funcional, deixando de “jogar na retranca” e construindo uma relação mais horizontal e profissionalizada?

- Nos sistemas tradicionais de direção, pelo menos nas áreas assistenciais, não existem equipes verdadeiras nem se trabalha, cotidianamente, com a idéia de clientes consumidores de determinados produtos que deverão ser oferecidos com qualidade. Consultas ambulatoriais, partos, cirurgias, internações no CTI e atendimentos de urgência são exemplos de produtos que são consumidos pelos clientes. Para que estes produtos existam, é necessária a confluência dos esforços de vários profissionais: médicos, pessoal de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, pessoal das áreas de apoio etc. Nos sistemas tradicionais não há avaliação da qualidade do produto. Nos hospitais mais qualificados ocorre, no máximo, a avaliação isolada da prática de alguns profissionais. O pressuposto de qualidade

que também está implícito nesse tipo de modelo de gestão é que, garantida a qualificação de cada grupo profissional, o produto final será bom. Na prática, é difícil encontrar esses modelos dando bons resultados, mesmo porque a qualidade final do produto é mais que a soma das qualidades das partes. A qualidade final do produto depende de uma química mais complexa, cujo substrato é a equipe.

- Nos modelos tradicionais de sistemas de direção há um verdadeiro muro separando os profissionais das áreas assistenciais das áreas de apoio. Os primeiros, muito freqüentemente, reclamam da falta de qualidade ou da pouca agilidade na oferta dos produtos que lhes são fornecidos pelos últimos; estes queixam-se dos descompromissos da área assistencial, da má qualidade e do desobedecimento das rotinas para fazer seus pedidos ou requisições, do desperdício, do desleixo com os equipamentos e materiais por parte dos primeiros e assim por diante.

- Quem gerencia o cotidiano das unidades assistenciais, de fato, são os enfermeiros. Compete ao corpo de enfermagem prover todas as condições para o bom funcionamento da assistência: fluxos de insumos, limpeza, fluxos de exames complementares, contatos com a família etc. Em geral, no entanto, os “chefes” das unidades assistenciais são médicos! Estabelece-se uma linha de conflito entre poder formal e real no universo do cotidiano das equipes, principalmente porque os médicos representam formalmente a direção superior junto às equipes assistenciais e, pelo menos em princípio, deveriam representar as demandas e necessidades destas junto à direção superior. Há uma carência, muitas vezes dramática, de canais efetivos de comunicação entre os de “baixo” e os de “cima”. A consequência mais visível dessa concepção de sistema de direção é uma exacerbação do “espírito de corpo” da enfermagem, que tenta consolidar e preservar um espaço profissional rigidamente delimitado, para fazer frente ao poder que os médicos detêm dentro da organização.

- As “chefias” médicas restringem sua interlocução, no dia-a-dia, aos colegas de profissão, dentro de uma pauta de interação que se esgota quase que apenas na elaboração de escalas de trabalho. Em relação aos demais profissionais não-médicos, mantém-se um distanciamento hierárquico que confirma a “posição” que os médicos possuem dentro da organização. Mesmo em relação aos médicos, não há, em geral, estabelecimento de protocolos de rotinas, discussão de casos clínicos, avaliação de condutas ou qualquer outra prática que contribua para a qualificação e a excelência das práticas da categoria.

A partir dessas constatações, muito regulares em um expressivo número de hospitais trabalhados por nós nos últimos anos, é que temos procurado implementar novas formas de gestão dos hospitais que sejam, em princípio, facilitadoras da comunicação entre as várias categorias profissionais, entre as várias unidades de trabalho e entre as direções superiores e intermediárias e as “bases”, visando à

criação de um clima organizacional mais solidário e profissional no intuito de, em última instância, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.

No item seguinte, são apresentadas as linhas gerais das mudanças organizacionais que vêm sendo testadas e, principalmente, discutem-se as dificuldades e problemas que são enfrentados nesse processo. No último item são apontadas algumas possibilidades de enfrentamento desses problemas, se a conclusão for que o modelo tem uma legitimidade técnica que justifique insistir na sua implementação. Estes são, afinal, os temas centrais que se deseja abordar neste artigo.

## **2. Por que tem sido difícil trabalhar modelos de gestão alternativos nos hospitais públicos**

O que se denomina aqui de “modelos gerenciais alternativos” para os hospitais públicos é discutido, com mais detalhes, em outros trabalhos do autor (Cecílio, 1994 e 1997), e na tese de mestrado de Silva (1994). Aqui basta lembrar seus delineamentos gerais:

a) um verdadeiro “desmonte” dos organogramas tradicionais, com a quebra das linhas de mando hierárquicas centradas nos corpos funcionais (direção clínica, de enfermagem e administrativa);

b) ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho;

c) comando único das unidades de trabalho por gerentes profissionalizados, com o papel central de ser uma espécie de “animador” da equipe ou um articulador dos vários saberes voltados para a obtenção de produtos de qualidade. Por exemplo, um ato cirúrgico é um produto, fruto da articulação de vários saberes e práticas, que para ser produzido consome produtos que são produzidos por outras unidades de trabalho (roupa limpa, medicamentos, refeições e assim por diante);

d) gestão colegiada do hospital, com a participação dos gerentes de todas as unidades de trabalho, sejam elas assistenciais ou de apoio;

e) gestão participativa nas unidades;

f) ênfase na satisfação dos clientes, tanto internos quanto externos, e avaliação regular da qualidade dos produtos oferecidos e da satisfação dos usuários; pagamento de gratificação por desempenho;

g) ênfase no intenso processo de “comunicação lateral” (intergerentes) como a melhor e mais rápida forma de resolver os problemas do cotidiano. Em outras palavras, “limpar” a agenda da direção superior de problemas que podem ser resolvidos na base da organização.

Pois bem, a implementação desse modelo, formulado em suas linhas gerais como um roteiro para superação das dificuldades comentadas na introdução, nem sempre tem sido fácil, dependendo das características do hospital em que é trabalhado. *Uma análise mais cuidadosa dessas dificuldades é o que se pretende apresentar na seqüência, procurando, inclusive, responder a uma questão central: o novo desenho proposto tem sustentação técnica e o que se tem pela frente são problemas “naturais” para sua implantação, ou a própria concepção do modelo é problemática e precisa ser revista em seus fundamentos?*

Vamos, então, às dificuldades.

A primeira delas, talvez a mais evidente, é a resistência — passiva ou ativa — das corporações mais importantes (os médicos e as enfermeiras) às modificações propostas. Aqui, para uma melhor precisão, vale a pena fazer as seguintes diferenciações a seguir.

- O grau de resistência e/ou oposição é diretamente proporcional à “estrutura” previamente existente. Quanto mais estruturados os corpos funcionais em organogramas formais, maior a dificuldade de mudanças. Em um hospital no qual o corpo de enfermagem é encabeçado por uma diretoria de enfermagem, no mesmo nível da direção médica, de maneira que a corporação tem seus espaços de representação e poder bem delimitados, a resistência será maior que naqueles que, na estrutura anterior, a enfermagem está, pelo menos formalmente, subordinada ao diretor clínico. A existência de múltiplas chefias médicas, por especialidades, além do diretor médico ou clínico, também pode ser considerado como um dificultador.
- A resistência dos médicos pode ser designada como “passiva”, isto é, eles simplesmente ignoram as novas propostas de funcionamento feitas e seguem como sempre estiveram: uma prática autônoma, sem subordinação real a nenhuma linha hierárquica, descomprometida com a equipe e com as diretrizes da organização. Os médicos não se têm apresentado como interlocutores nesse processo. E, aqui, pode-se dizer que a diferenciação acima influencia muito pouco. Esta é a regra geral, descrita inclusive em trabalhos desenvolvidos em outros países, como por Cremadez (1992) na França, ou Berwick (1994) nos EUA.
- A enfermagem apresenta reações sempre muito vivas à quebra do esquema anterior de funcionamento. Aqui se observa uma resistência mais ativa, traduzida em processo de discussões fechadas na categoria, convocação de órgãos classistas para debates no hospital e outras atitudes de “conspiração” contra a proposta. Estabelece-se um mal-estar no interior da categoria, captável como um certo medo de ser “ainda mais desprestigiada” diante dos médicos, de perder suas referências técnicas (agora não haverá mais uma enfermeira diretora onipresente para detectar todas as necessidades de treinamento e fazer a supervisão sobre a qualidade do trabalho da enfermagem). Nem mesmo o fato de que algumas enfermeiras poderão assumir — como freqüentemente é o caso — a gerência de algumas unidades as-

sistenciais parece ser uma garantia de que o novo modelo não trabalha contra as “conquistas” da categoria. De qualquer forma, a enfermagem, por sua inserção e presença mais orgânica na vida e na gerência do hospital, pelo menos apresenta-se como interlocutora, mesmo que opositora, ao processo. O que é, afinal, melhor que a atitude de simplesmente “ignorar” o processo, como tem sido a conduta de boa parte dos médicos.

A segunda dificuldade diz respeito à profissionalização das gerências. Um gerente profissionalizado seria aquele com as seguintes características:

a) ser um profissional de saúde, do quadro da casa, com disponibilidade de tempo (de preferência em jornada de tempo integral), para poder ser um verdadeiro articulador da equipe;

b) receber uma gratificação adequada, compensadora, pela atividade que irá desenvolver;

c) estar qualificado para o exercício das funções gerenciais — ter capacidade para coordenar reuniões, liderar a elaboração do planejamento da unidade, formular os indicadores de qualidade da unidade, avaliar a satisfação dos usuários, comunicar-se intensa e diretamente com os demais gerentes e assim sucessivamente.

Cria-se, enfim, uma “função gerencial” especializada, que passa a ser central na vida do profissional. Mais do que isso: exige preparo, “vocação” e disponibilidade de tempo. Para os médicos gerentes aparece sempre o dilema “assistência *versus* gerência”, ou seja, como compatibilizar o pouco tempo que permanece no hospital para atender pacientes e também para gerenciar. A gerência, no novo modelo, é uma coisa muito diferente das antigas funções de “chefia”. Exige uma nova postura e um novo perfil profissional.

Aqui também há diferenças importantes entre os dois tipos de profissional. Uma das dificuldades do médico na função gerencial já foi comentada no parágrafo anterior e é consequência inevitável da quase regra de sua pouca permanência no hospital. As outras, não menos importantes, são aquelas decorrentes da falta de tradição do médico de “sentar-se com a equipe” e de colocar-se em uma posição horizontalizada com os demais profissionais. É claro que essa postura do médico tem suas origens na sua própria formação, no papel que aprende desde a faculdade e, não menos importante, se funda em relações sociais mais amplas que extrapolam os limites do hospital. Já as enfermeiras têm dificuldade em se “alçarem” a uma posição que as coloque “acima” do corpo médico, contrariando também uma muito arraigada e histórica posição de subordinação aos médicos.

Esses dois conjuntos de dificuldade parecem ser os mais importantes na implantação do “modelo gerencial”. Mas existem outras, apresentadas a seguir.

- A implantação do novo modelo demanda tempo e muito investimento em duas áreas: a capacitação gerencial, que deve ser desenvolvida em serviço, e o aprimo-

ramento do sistema de informações. O sistema de informações não precisa ser, obrigatoriamente, informatizado, e muitos dos dados já existentes no hospital podem transformar-se em informação gerencial de boa qualidade. De qualquer forma, coloca-se a necessidade da criação de uma função diferenciada, do tipo "assessoria de planejamento" ou algo equivalente, com o objetivo específico de coordenar a coleta e análise de dados, bem como apoiar as equipes na construção dos seus indicadores.

- É necessária a criação de um grupo que, na nossa experiência, tem sido designado de "secretaria executiva" do colegiado de gerência. Este órgão é, em geral, formado com os ex-diretores (médico, administrativo e de enfermagem) e deve funcionar na linha de apoio estratégico à implementação do novo modelo de gestão. Uma das dificuldades tem sido os antigos diretores "desvestirem" sua camisas em vez de adotarem uma nova função que seja menos de tutela e mais de apoio e acompanhamento à consolidação das gerências das unidades, de estímulo à comunicação lateral e de desenvolvimento de um maior grau de autonomia dos gerentes.

Enfim, vale a pena destacar que, se as duas primeiras dificuldades são bastante específicas das áreas assistenciais, as demais são comuns a todas as áreas. De qualquer forma, a idéia de um gerente ou coordenador único das unidades de apoio lhes é mais natural ou menos "estranha" do que para as unidades assistenciais, que têm uma tradição de múltiplos comandos baseados em linhas técnicas e por corporações (corpo de médicos, de enfermagem, de assistentes sociais, de psicólogos, de terapeutas ocupacionais).

A título de conclusão deste item, vale a pena retomarmos a indagação feita na introdução: *será que as orientações que configuram o novo modelo de gestão têm consistência técnica e pressupostos corretos, de forma que as dificuldades de sua implantação são mais uma questão de tempo, de investimento e paciência (ou seja, vale a pena investirmos na superação dos modelos mais tradicionais) ou, ao contrário, já temos informações suficientes para concluirmos por sua inviabilidade ou não-aplicabilidade?* Passemos, pois, ao próximo item, que encerra este artigo.

### **3. Indicações para a superação de dificuldades no processo de modernização gerencial dos hospitais públicos**

O título antecipa a posição do autor de que vale a pena investir na modernização gerencial dos hospitais públicos. Seja porque já temos poucas, mas sólidas experiências que indicam ser este um bom caminho,<sup>1</sup> seja porque a velha forma de

---

<sup>1</sup> Por exemplo, as experiências em curso no Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em Campinas (SP), desde 1990, no Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ) desde 1994 e no Centro Geral de Reabilitação da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte (MG), desde 1994 também.

gerenciar, definitivamente, não dá mais. Das dificuldades apontadas no item anterior, a que se apresenta mais consistente é a de uma adesão efetiva dos médicos à proposta. Algumas razões para esta resistência têm sido analisadas por autores como Nogueira (1994) e indicam que, se de um lado as explicações para esse distanciamento e “intocabilidade” dos médicos devem ser buscadas em processos históricos<sup>2</sup> bem específicos e com bases sociais muito profundas e, portanto, de difícil enfrentamento no espaço das organizações, as razões e os estímulos para sua superação hão de vir também de “fora”: maior cobrança dos usuários/consumidores no contexto de uma sociedade civil mais amadurecida e exigente, a proliferação dos processos contra médicos e a implementação de mecanismos e instâncias formais de controle previstas na própria legislação do SUS. As demais dificuldades têm sido superadas ao longo do tempo nas experiências apontadas e resultam, em geral, em notável melhoria da comunicação interna, na maior agilidade no enfrentamento dos problemas do cotidiano e, o que é mais importante, na qualificação da assistência prestada. Vale também ressaltar que nossa experiência tem sido restrita ao setor público governamental, com toda a série de dificuldades processuais nele existentes: lentidão no processo de compras e de aquisição de serviços, bem como na reposição da força de trabalho. Uma consequência dos seus processos de modernização gerencial é que esses hospitais governamentais têm-se legitimado perante as administrações municipais e estaduais e aumentado sua governabilidade, inclusive na conquista de graus maiores de autonomia para sua execução orçamentária e financeira.

Isto posto, passamos a apresentar algumas indicações ou “cuidados” que devem ser tomados na implantação do novo modelo de gestão.

- É necessário abrir um amplo processo de debate com *todas* as categorias profissionais, com uma pauta que trabalhe, entre outros pontos, e com a máxima clareza possível, *o papel e as atribuições da gerência*. O gerente não tem mais o papel de “chefe” tradicional, mas a função de coordenar práticas e saberes que contribuam para a qualidade final dos produtos oferecidos pela unidade. Nessa medida, um gerente-enfermeiro não vai “mandar” nos médicos, mas sim criar condições para que o trabalho médico se dê de forma mais articulada e harmoniosa com os demais membros da equipe. Da mesma forma que os gerentes-médicos não irão “mandar” nas enfermeiras e sequer interferir nas peculiaridades do seu trabalho. Este ponto precisa ficar bem claro: cada categoria mantém suas especificidades e sua autonomia, na medida em que o gerente é apenas um “coordenador” das ações, visando a maximizar sua eficácia na direção da qualificação da assistência.

---

<sup>2</sup> Roberto Passos Nogueira remete à discussão do *Relatório Flexner* para localizar um momento de inflexão na trajetória de legitimação social dos médicos como detentores do poder de cura, em detrimento dos demais profissionais de saúde.



• Em hospitais com estrutura anterior muito verticalizada e centrada nas corporações, é possível conciliar uma certa “superposição” de lógicas de gestão, conforme mostrado nas figuras 1 e 2, que permitem uma visualização de ênfases tanto na coordenação vertical quanto na horizontal, respectivamente.

Figura 1

Superposição de dois sistemas de direção: um baseado no princípio da hierarquia profissional e outro no modelo de gerência unificada das equipes técnicas, com ênfase na coordenação vertical<sup>3</sup>

	Chefia de enfermagem	Chefia médica de cirurgia	Chefia médica da plástica	Chefia médica da anestesia
Gerência da enf. dos queimados	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista
Gerência do CTI cardiológico	Enfermeiro			
Gerência da traumato	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista
Gerência da enf. cirúrgica	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista

Figura 2

Superposição de dois sistemas de direção: um baseado no princípio da hierarquia profissional e outro no modelo da gerência horizontalizada e unificada das equipes, com ênfase na visualização da coordenação horizontal

	Chefia de enfermagem	Chefia médica de cirurgia	Chefia médica da plástica	Chefia médica da anestesia
Gerência da enf. dos queimados	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista
Gerência do CTI cardiológico	Enfermeiro			
Gerência da traumato	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista
Gerência da enf. cirúrgica	Enfermeiro	Cirurgião	Plástico	Anestesista

<sup>3</sup> A concepção das figuras 1 e 2 foi fruto de rica discussão com a diretoria do Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre (RS), realizada nos dias 4 e 6 de março de 1997.

O que as duas figuras permitem visualizar é que, naqueles hospitais com estruturas anteriores muito verticalizadas, é possível trabalhar com duas lógicas, as quais, se bem conduzidas, podem até se reforçar mutuamente. Por exemplo, na enfermaria de queimados, os enfermeiros podem estar ligados tecnicamente a um corpo de enfermagem, mas ao mesmo tempo se integrarem funcionalmente à equipe multiprofissional coordenada pelo gerente. É claro que aí existem conflitos e mal-entendidos potenciais que, de novo, só poderão ser esclarecidos com boa vontade e um processo constante de negociação e esclarecimento das questões que vão aparecendo na prática cotidiana. Quem elabora a escala da enfermagem: o gerente ou a coordenação de enfermagem? Quem supervisiona, avalia e treina em serviço o pessoal de enfermagem? Nas nossas experiências, já referidas, todas as atividades de coordenação e avaliação tendem a vir para a coordenação horizontal na lógica de integração à equipe. Mas é possível conciliar as duas lógicas numa perspectiva de transição, de aprendizado na prática concreta. Naqueles hospitais que contam com enfermeiros em todas as unidades assistenciais, as atividades de coordenação técnica do pessoal de enfermagem podem e devem ser feitas na própria unidade, sem necessidade de estar referenciada a uma direção superior de enfermagem.

A mesma discussão se aplica em relação aos médicos. A coordenação do trabalho médico pode se dar de uma forma horizontal, integrada à equipe, através de protocolos de normas e rotinas que digam respeito à prática de todos os trabalhadores e estejam ligadas à qualidade final do produto. Aqui a coordenação pode ser perfeitamente feita pela gerência, seja ela um médico, um enfermeiro ou qualquer outro profissional. Já a avaliação do trabalho médico, segundo padrões de excelência aceitos no interior da corporação, poderia ser feita pela chefia médica, que atravessaria, de forma vertical, todas as unidades que contassem com médico. Coisa, aliás, que no modelo tradicional não acontece, como já discutimos na introdução.

- É interessante a formação de um grupo de apoio à gerência (GAG) em todas as unidades, em particular nas assistenciais. Esse grupo, de preferência com caráter multiprofissional, teria o papel de apoio ao processo de gestão, colaborando com o gerente no cumprimento de suas inúmeras tarefas.

- Um bom ponto de partida também pode ser a implantação, nas áreas de apoio técnico e administrativo, de tecnologias *light* de gestão da qualidade. Mesmo que não sejam uma reprodução de todo o instrumental mais pesado dos modelos de gestão da qualidade total (GQT), dão bastante ênfase em alguns aspectos estratégicos: a definição precisa da missão da unidade, a satisfação dos clientes (as equipes das áreas assistenciais ou outras equipes da área de apoio) como preocupação central no processo gerencial e a análise permanente dos processos de trabalho, utilizando-se, centralmente, da elaboração de fluxogramas de relativamente fácil aprendizado e aplicação. Se a área de apoio técnico e administrativo começar a apresentar sinais evidentes de melhora, isso servirá como reforço e estímulo para avanços mais profundos na área assistencial.

- Num primeiro momento, as funções dos gerentes podem ser definidas e delimitadas a atividades bem precisas: implantar indicadores de avaliação de qualidade dos produtos e trabalhar ativamente para criar boas condições de trabalho para a equipe. É uma maneira de ir construindo legitimidade para os gerentes e a unidade ir compreendendo, na prática, as funções do gerente no novo modelo. A implantação dos indicadores pode e deve ser um momento de exercício de criação de consensos. O gerente se reúne com pequenos grupos de profissionais e apresenta a seguinte questão: *“o que é, para vocês, qualidade na nossa unidade de trabalho?”* Os indicadores poderão ser montados a partir dessas opiniões técnicas das equipes. Por exemplo, na enfermaria dos queimados, a equipe poderá chegar ao consenso de que os principais aspectos da qualidade da assistência sejam: baixas taxas de infecção hospitalar, baixas taxas de mortalidade entre os pacientes com mais de  $x\%$  de área queimada, baixa taxa de seqüelas do tipo retração de pescoço, e assim por diante. Há sempre uma certa hesitação ou insegurança para se iniciar esse tipo de trabalho, por mais que ele nos pareça “lógico” e “óbvio”. Mas, uma vez iniciado e apropriado pela equipe, ele pode se tornar — e o tem na nossa experiência — num excelente fator de coesão dos profissionais e na confirmação do quanto a qualidade da assistência depende do trabalho de todos. Do quanto a qualidade da assistência pode ser avaliada de forma mais horizontal e integrada. Do quanto a forma de “controle vertical” é, afinal das contas, inadequada!

- É necessário que haja uma diferenciação ou profissionalização, no tecido organizacional, de um grupo de apoio à implantação do novo modelo. As formas e a composição que esse grupo assume varia de um hospital para o outro. Um dos arranjos possíveis tem sido a criação de uma secretaria executiva, composta por ex-diretores “destituídos” de suas antigas atribuições, que passam a apoiar os gerentes nas suas novas tarefas. Outra possibilidade, já testada na nossa experiência,<sup>4</sup> é a atuação de uma assessoria de planejamento que coordena o intenso processo de utilização de informações que o modelo de gestão com ênfase na coordenação horizontal exige.

Muitos outros “cuidados” podem e devem ser tomados e só a prática vai-nos mostrando os ajustes que vão se fazendo necessários. Como ponto de partida, no entanto, o desencadeamento de um intenso processo de debates e esclarecimento é a principal estratégia para a conquista de aliados sinceros para o processo de mudança organizacional.

---

<sup>4</sup> Na experiência da Santa Casa do Pará, a Assessoria de Planejamento teve um papel muito importante no apoio à implantação dos indicadores e no acompanhamento e avaliação da qualidade dos dados gerados nas unidades de trabalho, bem como na sua consolidação e apoio às equipes no processo de análise.

## Referências bibliográficas

Berwick, D. M. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde*. São Paulo, Makron Books do Brasil, 1994.

Cecilio, L. C. O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994.

———. O desafio de qualificar o atendimento nos hospitais públicos. In: Merhy, E. E. & Onoko, R. T. *Vale a pena apostar no público*. São Paulo, Hucitec, 1997.

Cremadez, M. *Le management stratégique hospitalier*. Paris, InterEditions, 1992.

Dussault, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 26(2), abr./jun.1992.

Nogueira, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

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