



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

DIONE BEZERRA DE BARROS

**COMPREENSÕES E ESCOLHAS DE UM GRUPO DE GERENTES DE
UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE SOBRE ESTRATÉGIAS
DE MELHORIA DA GESTÃO**

**FORTALEZA
2010**

DIONE BEZERRA DE BARROS

COMPREENSÕES E ESCOLHAS DE UM GRUPO DE GERENTES DE UM
HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE SOBRE ESTRATÉGIAS DE
MELHORIA DA GESTÃO

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em
Saúde Pública da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.a. Dra. Márcia Maria Tavares
Machado

Coorientador: Prof. Dr. Alcides da Silva Miranda

FORTALEZA
2010

D276c Barros, Dione Bezerra de
Compreensões e escolhas de um grupo de gerentes de um hospital de alta complexidade sobre estratégias de melhoria da gestão./ Dione Bezerra de Barros. – Fortaleza, 2010.
91 f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Tavares Machado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza-Ce, 2010.

1. Gestão em saúde. 2. Gestão de qualidade total. 3. Administração de recursos humanos. 4. Gestão de qualidade. 5. Pesquisa qualitativa I. Machado, Márcia Maria Tavares (Orient.) II. Título.

CDD: 658.4013

DIONE BEZERRA DE BARROS

COMPREENSÕES E ESCOLHAS DE UM GRUPO DE GERENTES DE UM HOSPITAL
DE ALTA COMPLEXIDADE SOBRE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA GESTÃO

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Dr.a Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof. Dr. Alcides da Silva Miranda (Co-Orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos bons gerentes de serviços dos hospitais públicos do Ceará, heróis anônimos que fazem do seu cotidiano um ato de amor e doação aos usuários do SUS mediante a busca incansável dos caminhos possíveis para a transformação da realidade da saúde no Estado.

AGRADECIMENTOS

A DEUS pelos talentos que nos concede para superar dificuldades e avançar no desenvolvimento pessoal, profissional e espiritual, apoiando-nos e guiando-nos em todos os momentos da nossa vida;

a Nossa Senhora, pela intercessão constante que nos faz sentir amparadas e protegidas sob o seu manto maternal;

ao meu primeiro orientador e atual co-orientador, professor doutor Alcides da Silva Miranda, pelo exemplo inspirador, postura de humildade, respeito, incentivo e apoio prestados ao longo dessa jornada;

à minha orientadora, professora doutora Márcia Maria Tavares Machado, pela admirável presteza na resposta competente às nossas indagações, pela amizade demonstrada nos momentos difíceis, pela serenidade com a qual minimizou nossas angústias e pelo compromisso dedicado ao conhecimento;

à professora doutora Maria Vaudelice Mota pelo incentivo para prosseguir com o objeto escolhido, pela capacidade de ajudar com reflexões instigantes e pela disponibilização de livros e textos que me foram deveras úteis;

à professora doutora, Lúcia de Fátima da Silva, amiga que consegue reunir humor, leveza e competência numa mistura que acalma e clareia os caminhos nas turbulências, pela amizade, colaboração e torcida;

aos demais professores do Curso de Mestrado em Saúde Pública, pela partilha do saber e pelo apoio à elaboração do conhecimento;

a Zenaide e Dominik, pela paciência e carinho em atender competentemente nossas inúmeras e infundáveis demandas;

às bibliotecárias Norma de Carvalho Linhares e Rosane Maria Costa, pela rapidez, competência e amor com que realizam seus trabalhos, atendendo-nos e auxiliando-nos com uma gentileza ímpar;

aos meus pais José Bezerra Pinheiro e Maria Helaíde Bezerra, pelo dom da vida e pelo amor e atenção que me dedicaram ao longo da vida, fortalecendo-me com valores eternos;

aos meus irmãos, Carlos, George, Cláudio e Simone, pela parceria solidária e preciosa na escola da vida;

ao meu marido, Jerônimo, pelo companheirismo e incentivo que o faz fã incondicional das minhas conquistas;

aos meus filhos Danyel, Danilo, Delano e Denis, pelos ensinamentos que me passam todos os dias e pela oportunidade de praticar o amor incondicional;

à atual Direção do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, especialmente à Dra. Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins, pela oportunidade de aprendizado e pelo exemplo de compromisso, responsabilidade e dedicação à gestão pública;

à Diretora da área onde atualmente atuo como gerente, Dra. Ana Lúcia Nocrato, pelo apoio no desenvolvimento dos nossos trabalhos e da nossa aprendizagem em gestão;

aos gerentes do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes pelos conhecimentos que compartilharam comigo neste estudo e pela parceria em busca dos conhecimentos e das práticas que podem nos tornar melhores;

ao assessor da Direção, Dr. Humberto Vitorino Dantas, pelo fato de representar para mim exemplo de dignidade, competência e humildade na prática da gestão;

aos diretores do Hospital Infantil Albert Sabin pelo espaço aberto ao aprendizado, pela valorização e incorporação das práticas da gestão da qualidade e pelo exemplo de trabalho em grupo;

ao grupo de assistentes sociais do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes pela oportunidade de convivência e aprendizado, e pelo exemplo de prática humanizada e humanizadora;

aos usuários-cidadãos dos serviços públicos de saúde, razão primeira e última dos nossos estudos e inquietações;

a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

O alto nível de complexidade da gestão hospitalar exige muita criatividade por parte dos gestores e gerentes para identificar estratégias que conduzam aos resultados desejados e que façam frente aos inúmeros desafios que surgem e se renovam no cotidiano das instituições. As estratégias da gestão hospitalar são diretamente influenciadas pelo contexto onde a organização está inserida. As gerências dos serviços não podem ignorar os fatores sóciopolíticos que definem o rumo das suas atividades, mas veem-se questionadas acerca do seu preparo técnico-gerencial para encontrar caminhos para as dificuldades urgentes.

Este estudo teve como objetivo analisar os discursos dos gerentes de serviços acerca das estratégias para a melhoria da gestão, em um hospital de alta complexidade do Ceará. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, utilizando a abordagem qualitativa, realizada com seis gerentes de serviços do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Ceará, no período de 3 de maio a 30 de junho de 2010. Foram realizadas entrevistas individuais, gravadas, com transcrição das narrativas, com a posterior análise de conteúdo. Os participantes selecionados foram gerentes com experiência de, no mínimo, dois anos na função. Foram definidas as seguintes unidades de significação: estratégias de gestão hospitalar; motivação para escolha das estratégias de gestão hospitalar; aspectos dificultadores da gestão hospitalar e aspectos facilitadores da gestão hospitalar. Os gestores revelaram que as escolhas acerca das estratégias para melhoria da gestão hospitalar variam em função da sua formação e das experiências vividas, tanto na vida pessoal, como profissional. Destacaram como relevantes as estratégias relacionadas à gestão de pessoas, uso de indicadores, exercício da liderança e interação dos processos, todas orientadoras do Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP). Pôde-se apreender que o gerente precisa ser qualificado para trabalhar a intersubjetividade nos grupos, caso contrário, não terá sucesso com as estratégias que adota, podendo ter dificuldades com a resolução de problemas, inclusive por processos de comunicação falhos que distanciam pessoas e metas organizacionais. Considera-se indispensável um maior investimento na formação teórico-prática dos gerentes para enfrentar o grande desafio da gestão hospitalar.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Gestão de Qualidade Total. Administração de Recursos Humanos. Gestão de Qualidade. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The high complexity level of hospital management requires a great deal of creativity on the part of hospital managers and administrators so as to identify strategies leading to the expected outcomes which also face up to the countless challenges renewedly arising in the institutions' daily routine. Hospital management strategies are directly influenced by the context where the organization belongs. Services management cannot ignore sociopolitical factors which determine their activities directions, but they find themselves being questioned about their techno-managerial readiness for finding ways to solve the difficulties which may arise. This study aims at analyzing what services managers say regarding strategies for enhancing management in a high complexity hospital in Ceará. It is an evaluative research, which used quality approach, and was carried out among six services managers of Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza, Ceará, from May 3rd to June 30th, 2010. Recorded individual interviews were held, with narrative transcriptions and later content analyses. The selected participants were managers with at least a 2-year experience in the position. The following units of meaning have been set: hospital management strategies; motivation for hospital management strategies choices; hindering aspects in hospital management; and facilitating aspects in hospital management. The managers reported that choices regarding the strategies for the enhancement of the hospital management vary due to their educational background and what they have experienced both personally and professionally. They highlighted as being relevant the strategies related to people management, the use of indicators, leadership practice, and the interaction of processes, all of them guidelines for the Public Management Excellence Model (in Portuguese, Modelo de Excelência em Gestão Pública – MEGP). We could infer that the manager needs to be skilled to work the intersubjectivity within the groups, otherwise he/she will not be successful in the strategies he/she adopted, which may cause him/her difficulties while resolving situations, including faulty communicational processes that keep people away from the organizational targets. We regard as indispensable greater investment in the managers' theoretical and practice formation for facing the huge challenge of hospital management.

Key-words: Health Management, Total Quality Management, Personnel Management, Quality Management, Qualitative Research.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	A nossa inserção com a temática	11
1.2	Gestão	14
1.3	Gestão de serviços de saúde	15
1.4	Gestão da qualidade em saúde	17
1.5	Gestão hospitalar	18
1.6	Estratégias de gestão hospitalar	19
1.7	Avaliação em saúde	24
2	REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1	Compreensão das bases teóricas das estratégias da gestão hospitalar	25
2.2	Método e modelo para avaliação da gestão hospitalar	31
2.2.1	Acreditação	32
2.2.2	<i>Gespública</i>	33
3	CONTEXTO INSTITUCIONAL DA INVESTIGAÇÃO	35
3.1	O Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e sua avaliação	35
3.2	A trajetória do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em busca dos resultados de Gestão.	37
4	OBJETIVOS	40
4.1	Objetivo geral	40
4.2	Objetivos específicos	40
5	METODOLOGIA	40
5.1	Tipo de estudo	41
5.2	Descrição do espaço e dos sujeitos da pesquisa	42
5.3	Critérios para escolha dos sujeitos da pesquisa	43
5.4	Coleta de dados	43
5.5	Organização e análise dos dados	45
5.6	Aspectos legais e éticos da pesquisa	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
6.1	Estratégias de gestão hospitalar	47
6.1.1	Gestão de pessoas	48
6.1.2	Uso de indicadores e estratégias adotadas	52
6.1.3	Exercício da liderança	56

6.1.4	Interação dos processos	59
6.2	Razões para escolha das estratégias de Gestão Hospitalar	61
6.2.1	Alcançar resultados	61
6.2.2	Avaliar resultados	64
6.3	Aspectos dificultadores da Gestão hospitalar	67
6.3.1	Comportamento inadequado das pessoas	67
6.4	Aspectos facilitadores da Gestão Hospitalar	71
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES	86
	ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 A nossa inserção com a temática

Aproximarmo-nos dessa temática da gestão há 11 anos, quando implantamos no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes o Programa de Melhoria Contínua, que tem como objetivo principal aperfeiçoar as práticas em saúde, melhorando, conseqüentemente, os resultados alcançados nas diversas áreas, refletidos nos indicadores hospitalares monitorados mensalmente. Na época de implantação deste Programa ocupávamos o cargo de Chefe do Serviço Social e já começávamos a nos angustiar quanto às estratégias que deveríamos adotar para superar os imensos desafios cotidianos de gerenciar um serviço público de tamanha complexidade, alta demanda e alcançar os resultados esperados pela nossa clientela, assim como por nós, para alterar uma realidade de tanto sofrimento.

Graduada em Serviço Social, com pouca experiência na área, percebi que a maioria dos outros gerentes também necessitava aprofundar seus conhecimentos acerca das estratégias de gestão governamental. Muitos de nós saímos da área técnica-assistencial para assumirmos a gerência de serviços sem a devida capacitação. Iniciamos, então, um processo de formação participando de cursos e eventos relacionados ao tema, o que foi de enorme importância para nosso desempenho, neste e em outros cargos que assumimos posteriormente, como a Coordenação do Programa de Internamento Domiciliar, pioneiro no Estado do Ceará.

Anos depois assumimos a Diretoria Técnica do Hospital pela primeira vez e aprofundamo-nos neste tema cursando uma especialização em Gestão Hospitalar e Sistemas de Saúde (MBA). Participamos também, de outra especialização promovida pelo próprio Ministério da Saúde, com o mesmo tema, para Dirigentes de Hospital.

Nos outros cargos que ocupamos durante cerca de 14 anos, notamos que mesmo quando os resultados eram os desejados, especificados ou não em planos de melhoria de gestão, não havia clareza por parte dos gerentes de serviços se as estratégias utilizadas estavam diretamente relacionadas ao êxito alcançado. Mesmo quando ganhamos dois prêmios (um na Coordenação do Programa de Internamento Domiciliar e outro na

Coordenação do Programa de Melhoria Contínua), não conseguimos decifrar esta relação, apesar de sabermos identificar fatores que foram decisivos na caminhada de sucesso.

Cabe destacar que participamos também da implantação de serviços semelhantes ao nosso, em outras unidades da rede estadual, para os quais servimos de referência, e, mesmo nestas situações, não percebi a devida fundamentação na definição das estratégias, vinculadas aos resultados.

Consideramos que, para atingir um patamar de qualidade em qualquer área é necessário ter clareza aonde se quer chegar, com a definição de metas, mas saber como chegar é indispensável no planejamento.

Há cinco anos assumimos a Coordenação do Escritório da Qualidade do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e as indagações acerca das estratégias e resultados da gestão aumentaram. Trabalhamos com um método e um modelo de avaliação e melhoria dos serviços de saúde: Acreditação e *Gespública*. Ambas, no entanto, focam mais os resultados, deixando as estratégias a cargo dos gerentes e gestores. É aqui nesse ponto central que reside o nosso maior interesse: conhecer estratégias consideradas relevantes pelos gerentes de serviços, inovadoras ou não, que possam ser compartilhadas por profissionais atuantes na área, para melhorar a gestão hospitalar.

Destacamos o fato de que a definição que adotamos de “estratégia” é a de Testa (1993), para quem este termo representa uma maneira de se colocar em condições de se aproximar da meta desejada, ganhando espaço, tempo, e estabelecendo condições favoráveis ao nosso desempenho.

É esta riqueza de experiências que tencionamos encontrar no discurso destas lideranças evitando assim que o conhecimento e a sabedoria acumulados sobre o tema se percam na memória fraca da história.

Com a vivência acumulada na gerência de serviços hospitalares passamos a ter uma forte convicção: constitui-se falta de compromisso da gestão não se utilizar de todos os recursos (teóricos, metodológicos, entre outros) disponíveis para otimizar resultados concretos, que possam refletir na melhoria dos serviços e, conseqüentemente, no atendimento das necessidades dos usuários.

Surge então o grande desafio: que estratégias devem ser adotadas para alcançar os resultados de que necessitamos, com base na experiência dos gerentes?

Consideramos que profissionais com vasta experiência em gestão podem apresentar ampla variedade de respostas para este questionamento. Por diversas vezes esta pergunta tem sido levantada a pessoas e instituições diferentes. Percebemos, entretanto, uma

grande fragilidade na fundamentação das suas afirmações, especialmente no que se refere a articulação das estratégias com os resultados. Identificamos muitas vezes, estratégias aparentemente bem definidas, mas com resultados irrelevantes. Ao mesmo tempo, excelentes resultados em meio a uma verdadeira indefinição estratégica.

Ressaltamos que não acreditamos nem buscamos estratégias mágicas que possam ser adotadas por todas as áreas indistintamente para a obtenção de resultados semelhantes. Consideramos que cada realidade tem as suas peculiaridades e que a elaboração de um bom plano exige, antes, uma boa análise situacional. Compreendemos, no entanto, que, na função de gerente, precisamos ter clareza da relação entre as estratégias que adotamos, sejam elas quais forem, e os resultados que alcançamos. Esta clareza facilitará a adoção de boas práticas, entendidas conforme destacamos no texto citado a seguir:

Entenda-se boa prática como sendo aquela que é, cientificamente, esperada. E que será operada segundo um modo de prestação dos serviços que cumpra tanto com as expectativas de consumo das sociedades estruturadas na forma mercado, quanto as expectativas políticas e éticas da máxima distribuição deste benefício que constitui a assistência à saúde e das conquistas do direito à saúde com base na reforma sanitária brasileira. (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Foi então com o objetivo de melhorar as nossas práticas, que em outubro de 2009 o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes submeteu-se à sua primeira avaliação formal, participando do Prêmio Estadual de Gestão Pública promovido pela Secretaria do Planejamento e Gestão do Governo do Estado. O resultado foi a certificação na faixa PRATA (há três faixas: ouro, prata e bronze). Em 2010 o Hospital foi certificado na faixa bronze no Prêmio Nacional de Gestão e certificado na faixa ouro no estadual, destacando-se no cenário de saúde do Brasil,

Como suporte nesses questionamentos e na apresentação da nossa inserção nesse campo temático, abordo em seguida, aspectos teóricos descritos na literatura sobre os temas da gestão, gestão em saúde, gestão da qualidade em saúde, gestão hospitalar, estratégias da gestão hospitalar e avaliação em saúde.

1.2 Gestão

O que é mesmo gestão? Por que determinadas áreas de conhecimento surgem e se perpetuam? Aparecem juntamente com uma necessidade, que ao longo da história da humanidade, vai exigindo a incorporação de experiências e reflexões mais aprofundadas acerca das nossas práticas na relação com o mundo do trabalho, que possam se refletir na melhoria da vida da humanidade, na sociabilidade que se opõe à animalidade.

A palavra gestão deriva do latim e incorpora os seguintes significados: *Géstio* (andar com, ter consigo, trazer em cima do corpo, produzir, criar, encarregar-se voluntariamente de, executar, fazer) e *Onis* (ação de...).

Campos e Campos (2003) destacam que Freud, em *Mal-Estar na Civilização*, ressalta que a passagem da animalidade à vida social não se fez impunemente. Trouxe junto com ela o controle, a dominação, o narcisismo das pequenas diferenças, ficando no esquecimento a razão maior do seu surgimento, especialmente se trabalhamos com os conceitos da gestão clássica.

A gestão clássica sempre trabalhou na dimensão do gerir. Gerir como ação sobre a ação dos outros, sendo fortemente amarrado ao exercício do poder [...] A gestão é a disciplina do controle por excelência. É importante porém ressaltar, que gestão não é só gerir, mas gerar. Podemos vislumbrar a dimensão do gerar da gestão instituindo espaços nos quais se pratique a tomada de decisão coletiva, sendo possível formular projetos, permitindo um grau de análise da implicação maior com o que produzem (CAMPOS; CAMPOS, 2003).

Se, porém, na concepção clássica, gestão pressupõe controle, este não ocorre sem conflitos. Para Schraiber *et al.* (1999) gestão dificilmente pode deixar de tratar de conflitos políticos, éticos e técnicos.

Estes conflitos a que se referem Schraiber *et al.* (1999) serão tão maiores quanto maior for a centralização na tomada de decisão, pois a própria vida se desenvolve em constante comunhão, partilha e cogestão (CAMPOS, 2000). Se a vida e, conseqüentemente, o trabalho, acontecem no coletivo, onde os conflitos são constantes, quem trabalha em gestão necessita de uma qualificação para entender, conviver e interagir com os dramas intersubjetivos, sempre presentes no espaço grupal (CAMPOS; CAMPOS, 2003).

Percebemos, então, o alto nível de complexidade do ato de gerir, que não pode ocorrer sem planejamento, mas seguindo um processo lógico que envolve controle, escolha por um modelo da gestão, definição de padrões e metas, comparação de resultados e tomada

de decisão com base no que foi planejado (SANTOS, 1998 apud FEITOSA; GONÇALVES, LINO; GONÇALVES; FEITOSA, 2008).

Abordaremos a seguir a complexidade da gestão na área de saúde.

1.3 Gestão de serviços de saúde

A complexidade da área da gestão em saúde, especialmente no serviço público, com demandas ilimitadas e recursos limitados, exige uma formação cada vez mais refinada e holística dos profissionais que necessitam de conhecimentos, habilidades e atitudes inovadoras que possam facilitar o enfrentamento dos desafios cotidianos.

A figura do “Gerente em Saúde” somou-se à do “Administrador Público” que emergiu nos anos 1930-1940, como a figura do profissional que deve otimizar a produtividade, superar os problemas e os conflitos cotidianos, para a produção de serviços assistenciais oferecidos ao consumo individual e de mercado, considerando todas as questões da eficácia/eficiência empresarial, ainda que empreendimento estatal (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Compreende-se, pois, que a gestão em saúde está diretamente relacionada à resolubilidade. No modelo brasileiro, hierarquizado por níveis de atenção, a resolubilidade pode ser avaliada por dois aspectos: a capacidade de atender a demanda e encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado (dentro do próprio serviço) e a capacidade de atender a demanda que se estende, desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde, até a solução do seu problema em outros níveis de atenção (dentro do sistema de saúde) (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Para analisarmos, porém, a gestão em saúde, é importante compreendermos o cenário no Brasil e no mundo. Segundo destacam Vecina Neto e Malik (2007), há aspectos semelhantes descritos por diferentes autores, com pensamentos distintos, que estudam o assunto. Dentre estas semelhanças, podemos destacar:

-demografia, com o envelhecimento da população demandando mais atenção dos serviços de saúde; perfil epidemiológico, com o aumento da mortalidade causada por doenças crônicas degenerativas e causas externas; recursos humanos com o aparecimento e o reconhecimento de vários novos profissionais na área da saúde a partir dos anos 1950.

Destacamos também a tecnologia, observando-se, desde o início do século XX uma busca contínua por novas drogas, equipamentos e soluções. “Medicalização”, entendida como a confusão entre o consumo de atos ou produtos da área de saúde com saúde propriamente dita; o custo, considerando que os preços do setor saúde crescem mais que os da economia em geral; o papel do cidadão, que adquire uma nova consciência acerca dos direitos à saúde; a legislação, no que se refere a uma discussão em todo o mundo sobre o tamanho mais adequado para o Estado e sua capacidade de intervir sobre a sociedade e suas práticas; e a equidade, resultante do alto grau de exclusão social vigente no Brasil.

Além de todas estas questões, ainda temos o hospitalocentrismo e a regionalização, com profundas implicações econômicas. O fracionamento do cuidado, refletindo o corporativismo no âmbito dos serviços de saúde e o privilégio dado aos hospitais nas políticas sociais e de saúde; sem esquecer a oferta de leitos, influenciada pelos problemas de planejamento urbano (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Apesar de concordarmos com a cena descrita pelos autores que citamos, destacamos que vários aspectos identificados por estes, na realidade, fortalecem o papel do gestor contribuindo para que práticas mais transparentes e éticas se instalem nas organizações. Entre estes aspectos podemos citar a multiplicidade de agentes atuando na área e lançando outras perspectivas sobre a realidade; a consciência da necessidade de exercício da cidadania e a legislação assegurando direitos antes negados às camadas mais pobres da população.

Dentre os aspectos desafiadores para o gestor neste panorama, que podem fragilizar o seu desempenho, consideramos o fracionamento do cuidado como um dos mais relevantes.

Compromete a visão e atuação sistêmica, uma vez que os níveis de decisão também estão fracionados, além de dificultar a interação dos processos, essencial para a qualidade do cuidado.

Ante uma circunstância com uma demanda excessiva de fatores que influenciam a gestão pública, destacamos que o gerente dos serviços de saúde deve ter a capacidade de aliar aspectos gerenciais e assistenciais de modo que não perpetue o modelo dicotomizado de assistência e gerência que se faz presente no mercado de trabalho (ROTHBARTH; WOLF; PERES, 2009).

Aliás, o mercado de trabalho deve estar em sintonia com as transformações ocorridas no setor saúde nas últimas décadas, especialmente após a Constituição de 1988,

com mudanças de enfoque tanto na gestão, como na atenção aos pacientes (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

1.4 Gestão da qualidade em saúde

As mais diversas organizações, independentemente do seu campo de atuação, estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços e produtos e, conseqüentemente, com a satisfação dos seus clientes. A avaliação da qualidade nos serviços de saúde brasileiros, na realidade, teve início com o Programa de Padronização Hospitalar, elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, em meados de 1924, seguido pela criação da Organização Nacional de Acreditação – ONA, que estimula a elevação dos padrões mais elevados de qualidade por meio de processos permanentes de melhoria da assistência à saúde (ROCHA; TREVISAN, 2009).

“Qualidade, no entanto, é um termo polissêmico que assume várias dimensões e sentidos, tanto de natureza objetiva como subjetiva, variando de acordo com interesses de grupos ou atores sociais. Em sua dimensão objetiva a qualidade é mensurável e generalizável. Na sua dimensão subjetiva expressa singularidades e habita no espaço das vivências, dos sentimentos, portanto não quantificáveis.” (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 84-85).

Escrivão Junior (2007) concorda com os autores ora citados entendendo que qualidade é um termo abstrato, que ao longo do tempo é definido de variadas formas de acordo com as necessidades das instituições e o objetivo dos avaliadores.

No campo dos programas e serviços de saúde, predominam na literatura científica estudos que consideram somente a dimensão formal da qualidade, reduzindo-a a apenas uma das suas dimensões (UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 86).

Na avaliação dos serviços faz-se necessário mudar mecanismos tradicionais de avaliação para buscar a valorização de padrões quali-quantitativos mais equânimes. Esta mudança representa maiores ganhos para todos (ROCHA; TREVISAN, 2009).

Recente revisão de literatura destaca alguns destes ganhos alcançados por hospitais brasileiros que adotaram a gestão da qualidade total. Entre eles merecem destaque as vantagens com as pessoas, pois a ênfase em analisar os erros foca os sistemas e menos os

indivíduos, diminuindo a culpa e criando uma nova forma de relacionamento (ROCHA; TREVISAN, 2009).

Outra vantagem identificada é o monitoramento dos resultados baseados nos indicadores, sem os quais não se pode afirmar que a Organização está caminhando em direção a sua missão, como destaca Escrivão Junior (2007, p. 3):

[...] a disponibilidade de sistemas adequados de informações epidemiológicas e administrativas é considerada um fator crítico de sucesso para o gerenciamento ético do cuidado em saúde, devendo permitir não somente a avaliação econômica, como também a da qualidade dos serviços prestados.

Outro aspecto da qualidade que não pode deixar de ser considerado na gestão é o acolhimento, como parte integrante de toda atividade assistencial e essencial na dinâmica organizacional. “Trata-se rigorosamente de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las” (TEIXEIRA, 2003, p. 107).

Nos serviços de saúde, destacam-se um método e um modelo para avaliação da qualidade: Acreditação e *Gespública* respectivamente, esta última aplicada somente às organizações públicas.

A Acreditação é um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, e reservado, que busca assegurar a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos (BRASIL, 2006).

O *Gespública* é o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização do Ministério do Planejamento, que se utiliza do Instrumento para Avaliação da Gestão baseado no Modelo de Excelência em Gestão Pública e nos conceitos e fundamentos estabelecidos pelo próprio Programa (BRASIL, 2008).

1.5 Gestão Hospitalar

Se gestão em saúde, e conseqüentemente gestão da qualidade em saúde, é uma atividade de alta complexidade, esta afirmação se torna ainda mais evidente no âmbito hospitalar. Conforme ressalta Mirshawka (1994 apud BORBA; KLIEMANN NETO, 2008), “de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital”. A variedade

de processos de trabalho, a multiplicidade de categorias profissionais, a existência de verdadeiras organizações dentro da organização, além do fato de ter como missão salvar vidas exigem dos gestores e gerentes que neste espaço atuam uma competência ímpar, que inclui um amplo conhecimento sobre os elementos do cenário interno e externo que impactam sobre esta instituição.

Destacamos porém, que ocorre uma desconsideração relativa da ambiência externa “devido à sobrevalorização corporativa do interno, o que compromete um projeto gerencial que, entre outros aspectos, enfatize a negociação de uma rede de cuidados com outros estabelecimentos da ambiência imediata”. (RIVERA, 1997, p. 74).

Considerando a variedade de agentes que atuam no âmbito interno do hospital, destacamos o envolvimento do médico com o processo de gestão por ser esta uma das questões mais complexas deste panorama. Este profissional deixou de exercer um papel solitário na definição de soluções, sem ter reduzida sua importância, especialmente com o instrumental utilizado desde o final dos anos 1990, que redesenha os processos de trabalho em saúde (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Esta foi apenas uma das mudanças observadas nas últimas décadas, mas a área hospitalar está passando por verdadeira mudança de paradigma. Segundo Ojha *et al.* (2002 apud BORBA; KLIEMANN NETO, 2008)

Essa mudança abandona uma visão vinculada ao atendimento de padrões, que percebia a qualidade como custo, enfatizava a gestão como controle e identificava a delegação de poder como problema, para uma visão que busca a melhoria contínua, possui os seus recursos focados na qualidade, nas melhorias entre departamentos, trabalha com o conceito de gestão baseada em evidências, considera o gestor colaborador e os empregados solucionadores de problemas.

Abordaremos a seguir algumas estratégias, frutos dessas mudanças, que consideramos relevantes para as nossas reflexões.

1.6 Estratégias da Gestão Hospitalar

Este alto nível de complexidade a que nos referimos no âmbito hospitalar exige muita criatividade por parte dos gestores e gerentes para identificar estratégias que conduzam

aos resultados desejados e que façam frente aos inúmeros desafios que surgem e se renovam no cotidiano da instituição. Destacaremos a seguir alguns caminhos e contribuições que podem nos ajudar a aprofundar a reflexão sobre o tema.

Iniciamos com alguns elementos da Concepção Paidéia, de Gastão Wagner de Sousa Campos, “que sugere a reorganização do processo de trabalho com base nos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática. (CAMPOS; AMARAL, 2007):

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o "objeto de trabalho" da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas.

A clínica ampliada, como se pode perceber, pressupõe a atuação de uma equipe multiprofissional, com pessoas na sua dimensão subjetiva e social e não só biológica, além de ampliar o grau de autonomia dos usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007). A Gestão democrática caracteriza-se pelo esforço em envolver trabalhadores e usuários na reforma e reorganização da instituição, considerando que qualquer processo de mudança deve ser acompanhado por mudanças também no modo de ser dos sujeitos (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Chamamos atenção agora para a Gestão Baseada em Evidência, que, à semelhança da Medicina, busca aplicar as melhores evidências existentes para definição da conduta aplicada a cada problema. Esta prática, no entanto, enfrenta vários desafios. Questionamentos acerca da validade e da sistematização das informações, a pouca evidência gerada sobre as melhores práticas gerenciais, as pesquisas em gestão são limitadas, e há dificuldades para acesso a fonte de dados (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Consideramos, no entanto, que os ganhos justificam o enfrentamento dos desafios: segurança na tomada de decisões baseada em fatos e não em impressões pessoais e superficiais, aproveitamento do conhecimento, da sabedoria acumulada, e o acompanhamento das conseqüências das decisões com o uso de indicadores, são apenas alguns deles.

Continuamos a reflexão sobre o tema, com a Aprendizagem Organizacional. Esta é pressuposto para a Gestão Baseada em Evidência, e permeia todas as demais estratégias voltadas para a melhoria contínua dos resultados das organizações.

Estudo elaborado com base no modelo proposto por Goh e Richards (1997 apud BORBA; KLIEMANN NETO, 2008) destaca cinco princípios fundamentais para a

aprendizagem organizacional: entendimento compartilhado da missão e visão; liderança que gere oportunidades para a aprendizagem; transferência de conhecimento; trabalho em grupo e, por fim, cooperação e cultura aberta à experimentação. Além desses princípios, mais dois componentes fundamentais: estrutura organizacional, onde a informação deve fluir, inclusive aproveitando as redes informais, e competências e habilidades dos funcionários.

Destacamos adiante exemplos de arranjos organizacionais, os colegiados de gestão e unidades de produção, que podem ser institucionalizados, conforme relatam Campos e Campos (2003) para que se possa experimentar a tomada de decisões coletivas:

Os Colegiados de Gestão e Unidades de produção impõem uma mudança estrutural nas linhas formais de mando. Assim eliminam-se todas as coordenações, ou gerências, ou direções especializadas, e instituem-se as Unidades de Produção. O que qualifica uma Unidade de Produção é o seu produto, ou seja: o que produz visando-se certa homogeneidade dele (isso em saúde é sempre pouco, por exemplo: a produção de uma Unidade de Saúde da criança é diferente da de uma unidade de queimados. Assim, nessa nova estrutura organizacional todos os que trabalham com um mesmo objeto (que em saúde quase sempre é um sujeito) estão “obrigados” a trabalhar juntos sob o mesmo comando gerencial. Toda Unidade de produção deve ter um espaço Colegiado de deliberação e discussão clínica, por sua vez, os coordenadores dessas unidades, todos juntos, constituem o Colegiado da organização. Esse Colegiado delibera sobre diretrizes gerais, rumos da organização, etc. Os coordenadores das Unidades de Produção levam para esse espaço aquelas questões sobre as quais a própria Unidade não tem autonomia para decidir, em forma de demandas que desencadeiam deliberações (CAMPOS; CAMPOS, 2003, p. 2).

Resta claro nesta citação que este “arranjo” estratégico exige uma reforma cultural, uma abertura para a interdisciplinaridade, uma compreensão mais aprofundada acerca da definição dos processos e, acima de tudo, um esforço contínuo para trabalhar “com” o grupo e “em” grupo.

Campos e Amaral (2007) destacam que “nesse esforço de reforma da gestão hospitalar, tem predominado duas vertentes teórico-operacionais: uma tecnocrática e gerencial e bastante influenciada pela qualidade total e por algumas de suas vertentes metodológicas” e outra que “desenvolveu-se a partir dos Estados Unidos da América, onde se originou uma escola genericamente denominada de **managed care**”. A primeira incentiva a Gestão baseada em Evidências e a Avaliação de Resultados. A segunda reduz a autonomia do médico e dos outros profissionais de saúde com a adoção de protocolos e do sistema de decisão sobre os casos clínicos fora da relação direta médico-paciente. Resumem, então:

[...] poder-se-ia dizer que toda essa variedade de sugestões objetiva controlar o trabalho em saúde, valendo-se de métodos disciplinares e normativos, apostando pouco ou quase nada na modificação de valores ou de postura dos profissionais.

Consideramos, no entanto que, apesar de certas limitações evidentes, ambas as vertentes apostam em modificação de valores e posição dos profissionais desde o momento em que contribuem para a implementação de ciclos de melhoria contínua que só podem ocorrer de fato se forem acompanhadas por mudanças no comportamento das pessoas, que por sua vez só acontecem como consequência na mudança dos valores que norteiam a sua prática, conforme ressaltam Rocha e Trevisan (2009):

A Administração da Qualidade implica no questionamento de valores tradicionais, relativos tanto à gerência das pessoas quanto à função dos clientes, pois, segundo essa filosofia, conhecer e "encantar" os clientes é o jogo no qual todos devem se engajar.

Este engajamento, no entanto, não é tão simples, e implica profundo conhecimento acerca da compreensão do funcionamento do hospital, com seus variados agentes, com dissensos, com a presença de uma complexa rede de instituídos que reproduzem modos de construção de relações que necessitam de mudanças urgentes (BERNADES *et al.*, 2007).

“Estudo realizado para avaliar 10 anos de adoção do modelo colegiado de gestão em um hospital público do Rio de Janeiro, conclui que praticamente não aparece na fala dos sujeitos da pesquisa” indícios de que os espaços colegiados estejam facilitando a construção de coletivos mais solidários. As corporações parecem ainda mais autoreferenciadas. (BERNADES *et al.*, 2007, p. 15).

Se, até mesmo em hospitais que trabalham formalmente com a gestão democrática, conclui-se que é insuficiente a adoção desse modelo de gestão para intervir significativamente sobre a micropolítica institucional, que opções podem ser vislumbradas no quadro da gestão hospitalar?

Consideramos que o uso da informação, monitorada, disseminada e analisada por equipes multiprofissionais, pode não somente integrar as diferentes áreas e agentes como também motivar para a busca de resultados mais positivos para todos os envolvidos e, conseqüentemente para uma mudança comportamental que implique maior impacto no desempenho da organização.

Existem vários sistemas que relacionam as estratégias organizacionais e os indicadores de desempenho. Uma dessas ferramentas é o **Balanced Scorecard-BSC**:

“promove o alinhamento da organização, dos indivíduos e das iniciativas interdepartamentais, possibilitando que os esforços sejam dirigidos para as áreas que necessitam de maior atenção, utilizando indicadores classificados segundo quatro categorias básicas: finanças; clientes; processos internos; aprendizagem e crescimento.” (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007, p. 657).

Apesar de haver dificuldades de operacionalizar esse sistema em razão de obstáculos na obtenção das informações e da falta de confiança dos gestores na fidedignidade dos dados, percebemos que ferramentas como estas contribuem para articular objetivos com estratégias e resultados, permitindo que a organização estabeleça focos em direção a sua missão e a sua visão de futuro, ou seja, aonde quer chegar.

Falando-se em missão, visão, metas (aonde se quer chegar), remetemos-nos à questão do planejamento como ato ou efeito de planejar, trabalho de preparação para iniciar qualquer empreendimento, dentro de uma lógica, com etapas e objetivos bem definidos, com métodos determinados.

Campos (2000, p. 729) destaca que nos autores revisados sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos 1990 no Brasil, a preocupação central foi ao mesmo tempo “a solução e os obstáculos para enfrentar os dilemas meios-fins e controle-subjetivação”, enfrentamento este exigido pela complexidade da tarefa de planejar instituições de saúde.

Campos (2000, p. 730) concorda com outros autores, defendendo o argumento de que o planejamento deve ser uma atividade de mediação da racionalidade crítica com a instrumentalidade operativa. Conclui sugerindo “explorar a idéia de identidade dos grupos, das instituições como construção possível a partir das identidades individuais, sem apagar as identidades dos sujeitos. Construção que o planejamento poderia bem subsidiar.”

Estas são algumas das estratégias que contribuem para aprofundar as nossas reflexões, que se voltam agora para a avaliação em saúde, como forma de validar ou não os caminhos indicados pelos autores há pouco citados.

1.7 Avaliação em saúde

Sabemos que a avaliação existe desde o início da humanidade, quando, nos diversos momentos da vida, o ser humano necessitou tomar decisões, analisando qual opção lhe parecia mais apropriada, de acordo com o senso comum.

“Com a revolução científica dos séculos XVI e XVII estabeleceu-se uma distinção entre fatos e valores. A partir daí a ciência passa a coletar e utilizar fatos. Portanto, a divisão do ato de levantar os dados e do ato de expressar um juízo representou a base para o desenvolvimento da avaliação como uma atividade sistemática”. (SERAPIONI, 2006 apud VASCONCELOS, 2006, p. 23).

A primeira avaliação a que nos referimos representa, pois, a avaliação informal, que “ocorre sempre que uma pessoa opta por uma entre várias alternativas existentes sem antes ter coletado evidência formal do mérito dessas alternativas”. (LIMA, 2009, p. 52). A segunda “é a avaliação formal,” estruturada e pública, em que as opções se baseiam em esforços sistemáticos para definir critérios explícitos e obter informações acuradas sobre as alternativas (possibilitando com isso a determinação do valor real das alternativas)”. (WORTHEN, SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Contandriopoulos *et al.* (1997) apud Lima (2009, p. 53) dizem que “avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, podendo ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

Na área de saúde o marco inicial para consolidação da avaliação, segundo Nemes (2000), foi a década de 1950, ao final da qual vários programas de avaliação estavam sendo realizados em diversos países do mundo, havendo também um incremento na literatura sobre o assunto. No Brasil, o destaque é para as décadas de 1980 e 1990, quando ocorre a reforma dos sistemas de saúde (VASCONCELOS, 2006).

Os teóricos mais reconhecidos têm muitas divergências acerca da definição de avaliação e de como esta deve ser feita. Destacam, no entanto, duas diferenças básicas: a avaliação formativa leva à decisões sobre o desenvolvimento do programa, enquanto a

avaliação somativa conduz a decisões referentes à continuidade do programa, encerramento, adoção, ampliação etc.

Guba e Lincoln (1989 apud AGUIAR, 2005, p. 18) “identificaram quatro estágios na história da avaliação. Passa-se de um estágio para outro através do desenvolvimento de conceitos e da acumulação de conhecimentos. No primeiro estágio, baseado na medida (de resultados, de produtividade, dentre outros), o avaliador é um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos utilizados para medir os fenômenos estudados. O segundo estágio, fortalecido nos anos 20 e 30, é aquele que busca identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio tem sua fundamentação no julgamento. No quarto estágio, que está surgindo, a avaliação consiste num processo de negociação entre atores envolvidos na intervenção a ser avaliada”.

É com esse processo que queremos trabalhar.

Com apoio na leitura teórica dessa temática, optamos por efetuar um estudo que nos fizesse compreender melhor as respostas às indagações que nos acompanham desde que passamos a atuar na área de gestão em um hospital de alta complexidade como o Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, onde desenvolveremos a pesquisa e que destacamos a seguir.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Compreensão das bases teóricas das estratégias da Gestão Hospitalar

A Santa Casa de Misericórdia de Santos é reconhecida como o primeiro hospital do Brasil, fundado em 1565 por padres jesuítas, baseado em similares portugueses. Este modelo de instituição de saúde logo se espalhou por todo o País e suas estratégias eram definidas mais com base em uma atividade religiosa, do que como atividade médica. Com o passar dos anos, as santas casas passaram a exercer papel preponderante no desenvolvimento da Medicina o que, conseqüentemente, teve impacto importante na adoção de novas estratégias da gestão (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993).

Com o advento da modernização, além da incorporação de novas tecnologias e a influência do modelo médico dos EUA do pós segunda guerra, surgem vários outros tipos de hospitais, entre eles os universitários e os da previdência social (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993).

Os primeiros com ênfase em ensino e os da previdência trabalhando com os casos de média e alta complexidade para segurados previdenciários, até final da década de 1980, quando o acesso é universalizado, e os não-previdenciários também passam a ter acesso ao atendimento em toda a rede pública.

Antes da universalização, a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde era a de centralizar nos hospitais os atendimentos de urgência e emergência. Destacamos, no entanto, que a evolução da gestão da rede hospitalar brasileira nesta época foi muito mais marcada por interesses de grupos e definições estratégicas locais do que por uma política de saúde de caráter nacional (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993).

Com o surgimento da reforma sanitária houve um avanço na política de saúde nacional. Desenvolveu-se um processo de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político operativo, com a criação de mecanismos da gestão e controle social (OLIVEIRA, 1998).

A reforma sanitária se faz do enfrentamento e da disputa pela hegemonia entre os agentes envolvidos, aliás, como acontece com todo projeto teórico-prático (GALLO *et al.*, 1995).

A universalização do direito à saúde assegurada pela Constituição de 1988 vem acompanhada de profunda crise fiscal do Estado, incapaz de atender aos ditames constitucionais. Assiste-se ao desmoronamento dos serviços públicos, quando diversos hospitais entram em crise e não conseguem vislumbrar estratégias para atender satisfatoriamente uma demanda cada vez mais crescente. Esta crise é noticiada pela imprensa como meio de demonstrar à população que o sistema público é inviável (OLIVEIRA, 1998).

Mediante tal situação o subsistema privado se consolida, fortalecendo a sua autonomia em relação ao sistema público, seja na forma de financiamento, seja na de expansão. O sistema público passa a ser *locus* da atenção aos grupos mais pobres da população (OLIVEIRA, 1998).

As estratégias da gestão hospitalar passam a ser diretamente influenciadas por este contexto. As gerências dos serviços não podem ignorar os fatores sóciopolíticos que definem o rumo das suas atividades, mas veem-se questionadas acerca do seu preparo técnico-gerencial para encontrar caminhos para os desafios que surgem (OLIVEIRA, 1998).

Percebemos aqui que, apesar da influência do contexto no desempenho dos gerentes, estes são questionados e questionam-se do ponto de vista da competência técnico-gerencial, como se este aspecto pudesse ser considerado isolado dos demais.

Uma modificação favorável do perfil sanitário do País implica obrigatoriamente o equacionamento do subsistema hospitalar público, tanto do estatal como do contratado, significa repensar o papel do hospital na assistência à saúde, e a sua relação com a rede de cuidados básicos (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 1993).

A maioria das estratégias de gestão na época centrava-se nas práticas assistenciais ou em atividades educacionais de ensino e pesquisa, afinal, eram estes os papéis desempenhados por estas organizações.

Não há porém, como pensar gestão sem considerar fatores relevantes do âmbito externo que impactam de forma tão determinante no âmbito interno.

A impossibilidade de desconsiderar a relação entre ambiência externa e interna nos remete à idéia do Planejamento Estratégico em Saúde, que surge em meados da década de 1970 trazendo à tona a necessidade de diálogo, da relação interativa, da adoção da negociação cooperativa entre os vários agentes envolvidos na gestão (RIVERA, 2003).

O pensamento estratégico diz respeito a comportamentos institucionais destinados ao manejo de situações em que se faz necessário superar obstáculos que se opõem à conquista de objetivos (TESTA, 1993).

Destaca Matus (1994) no entanto, que um dos pontos centrais relacionados à baixa capacidade pessoal e institucional de governar está na incompreensão e mesmo no menosprezo pelo planejamento.

Apesar de concordarmos com o autor, consideramos que um ponto central nesta reflexão relaciona-se à fragilidade na formação dos gerentes, esta sim, causa da incompreensão e da desvalorização do ato de planejar.

Reconhecer o ato de planejar como relação interativa, onde se valoriza a explicação do outro, abre caminho para uma racionalidade pura de finalidades, para o planejamento comunicativo como forma de constituição de organizações dialógicas, para a possibilidade de formulação de um projeto solidário, compreendido como um desafio gerencial de caráter permanente (RIVERA, 2003).

Esta proposta difere do planejamento tradicional e hegemônico que se expressa como competente apenas para, com o seu instrumental próprio, evidenciar opções operacionais compatíveis, oferecendo assim bases aparentemente só técnicas para escolha da melhor ((GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1993).

A década de 1990 chega rica em propostas e experiências de mudanças no modo de fazer gestão nos hospitais públicos e privados. O setor público se vê motivado a superar as dificuldades gerenciais próprias da administração pública, fortalecido pelo ideal de constituir serviços que ofereçam melhor assistência aos usuários, na perspectiva de fortalecimento do SUS (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Várias abordagens teóricas surgem na época, mas como não há uma teoria unificada das organizações de saúde, entre elas o hospital, Cecílio e Mendes (2004) defendem uma atitude eclética na busca de autores e teorias que, dialogando com certa liberdade, nos permitam conhecer diferentes ângulos da vida dos hospitais, incluindo aí suas estratégias de gestão.

Os autores iniciam suas reflexões com o paradigma estrutural-funcionalista, para o qual há ausência formal de conflitos de interesse entre os sujeitos, pois os interesses da sociedade são introjetados pelas pessoas, levando-as a buscar a integração social. As divergências são encaradas como disfunções a serem incorporadas pelo sistema.

Com base neste paradigma o método da gestão fundamenta-se na disciplina e no controle, na visão de uma pretensa macrorracionalidade organizacional única, desconhecendo que a organização hospitalar é deveras complexa, cruzando múltiplas e incontáveis racionalidades (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Apesar do esforço em superar tais concepções de gestão, elas ainda estão muito presentes nos estudos acadêmicos (LINS, 2004 apud CECÍLIO; MENDES, 2004).

A racionalidade que parece mais relacionada à administração, à gestão, é a racionalidade instrumental, aquela que busca adequação mais eficiente entre meios e fins (MOTTA, 2003).

Há no entanto outra racionalidade que busca superá-la com a ampliação do conceito de razão, a racionalidade comunicativa, introduzida por Jurgen Habermas, que tem como objetivo o entendimento, que permite a prática da argumentação como instância de apelação entre ação comunicativa e agir instrumental (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Neste esforço de estabelecer opções ao paradigma burocrático e estrutural-funcionalista, bem como à concepção clássica de organização, configuram-se outros referenciais, entre eles a teoria da ação, de base sociológica, a reflexão sobre as múltiplas dimensões do poder presentes na vida hospitalar e a crítica aos teóricos das organizações, com base na socio análise. (CECÍLIO; MENDES, 2004).

O termo "socio análise" foi criado mais recentemente por Alastair Bain, diretor do Instituto Australiano de Socio Análise (AUSTRALIAN INSTITUTE OF SOCIO-ANALYSIS

– AISA, 2009), no entanto, a prática e a teoria que compõem a sócio-análise já têm uma história considerável. Socio análise é a atividade de exploração, consultoria e pesquisa-ação que combina e sintetiza metodologias e teorias derivadas da Psicanálise, relações de grupo, pensamento sistêmico social, sonhar social e comportamento organizacional (AISA, 2009).

Sobre as dimensões do poder, Moreira (2002 apud CECÍLIO; MENDES, 2004) destaca que é possível identificar três delas: uma dimensão de autoridade/ordem, uma dimensão de disciplinamento/controle, e uma dimensão de cooperação/consenso. Considerar suas especificidades representa um dos maiores desafios para a gestão, na definição de suas estratégias.

A primeira dimensão de autoridade/ordem é a mais facilmente reconhecível e se expressa nos modelos hierarquizados do tipo legal-formal consoante formulado por Max Weber. A segunda, de disciplinamento/controle não se expressa tão claramente, mas perpassa toda a organização, manifestando-se de várias maneiras, enraizadas no conjunto da rede social, de institucionalização mais ou menos setorial ou global. Michel Foucault é o autor que mais tem contribuído com reflexões sobre esta dimensão (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Percebe-se, então, que o poder circula, é exercido em rede. Os indivíduos estão em posição de exercê-lo e de receber sua ação. Manifesta-se a todo momento na micropolítica do hospital, inclusive na sua terceira dimensão, de cooperação/consenso. Esta é refletida por autores como Talcott Parsons e Hannah Arendt, para quem o poder corresponde à habilidade para agir em concerto, não pertencendo a um indivíduo, mas a um grupo, permanecendo nele enquanto o grupo permanecer unido (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Todas estas dimensões de poder estão presentes no hospital, mas modelos de gestão do tipo participativo enfatizam a dimensão cooperação/consenso e deixam nas sombras as outras dimensões, podendo causar um certo mal-estar entre os trabalhadores, subestimados na sua capacidade de perceber as contradições da vida organizacional (CECÍLIO; MENDES, 2004).

As reflexões sobre poder não podem estar dissociadas das de motivação humana, no sentido de entender o que move as pessoas para a ação, no caso aqui para a ação dentro das organizações hospitalares.

Percebemos, no entanto, pela leitura dos diversos autores aqui citados, que a dimensão da motivação humana é pouco explorada pelos gerentes, apesar de reconhecida como uma das mais importantes na gerência de serviços.

A preocupação com a motivação humana para o trabalho iniciou-se com a Revolução Industrial e com o interesse em tornar os homens mais eficientes e

produtivos. Surge a Administração Científica de Taylor, que preconiza um controle mais efetivo sobre o trabalho e sobre o trabalhador (OLIVEIRA, 1998).

Enquanto a motivação na Administração Científica era concebida como resultado das condições da organização e das condições físicas do trabalhador, para Minayo, na escola das relações humanas, a motivação cresce à proporção que aumenta o reconhecimento, a necessidade social de estar junto, de interrelacionar-se e participar da vida na organização (OLIVEIRA, 1998).

O gerente tem, pois, um papel fundamental na motivação ou desmotivação do grupo de trabalhadores do hospital, dependendo da visão de mundo que norteia sua prática. Se embasada em pressupostos que consideram as pessoas aversas ao trabalho, precisando ser coagidas para atingir objetivos ou se embasadas em pressupostos que consideram o homem passível de autodireção e autocontrole, a serviço dos objetivos organizacionais (OLIVEIRA, 1998).

Como o homem não reage somente aos estímulos externos, mas atribui um significado às suas ações, no entanto, a linguagem torna-se um elemento fundamental para, mediante o diálogo, como ressalta Habermas, retomar o seu papel de sujeito (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Com base nas afirmações anteriores, consideramos que as organizações necessitam viabilizar espaços democráticos onde estes diálogos possam ser exercitados, reavendo o papel de sujeito em relações que parecem os haver transformado em meros objetos de trabalho.

O recobro das pessoas como sujeito nas organizações é imprescindível para alcançar bons resultados na gestão. A Teoria da Ação Comunicativa, estruturada pelo filósofo Habermas, contribui para isto na medida em que compreende que o entendimento mútuo está na base de toda interação, e propõe que as pessoas, ao interagirem, por meio do diálogo, o façam buscando o consenso, de maneira livre de toda coação externa e interna (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Evidenciamos, então, que um caminho para a modernização gerencial não pode prescindir de uma perspectiva mais dialógica que busque a formulação de um projeto de qualificação da assistência que privilegie a gestão colegiada em todos os níveis, partindo do conceito de cogestão (BERNARDES *et al.*, 2007).

Cogestão é uma forma avançada de participação que implica co-decisão em alguns momentos, e em consulta em outros. É diferente de autogestão, no qual a coletividade se administra. Não se trata de participar do poder, mas de ter poder (MOTTA, 2003).

Quanto à participação, é importante lembrar que esta não implica necessariamente envolver todas as pessoas ou grupos, uma vez que para participar é necessário ter algum conhecimento e certas habilidades políticas, mas implica necessariamente algum mecanismo de influência sobre o poder (MOTTA, 2003).

Este poder deve ser exercido por lideranças que possuam as principais habilidades básicas para exercê-la e, segundo Rivera (2003), são a visão estratégica e a capacidade de mediar coletivos e subjetividades.

É também Rivera (2003) quem defende uma organização onde a prestação de contas pelos resultados seja um processo interiorizado culturalmente pelas pessoas, onde haja desconcentração e delegação de poder e seja priorizado um modo de gestão criativo, que valorize formas de tomada de decisão e de controle coletivos, consensuados e capazes de incentivar a comunicação.

Ressaltamos, finalmente, que tão importante quanto ter poder ou influência sobre o poder é ter o desejo e agir para transformar práticas conservadoras e mantenedoras de uma ordem social excludente em práticas libertadoras e inclusivas.

Refletiremos a seguir sobre os modelos para avaliação hospitalar que estão mais presentes nas organizações do Estado do Ceará.

2.2 Método e modelo para avaliação da Gestão Hospitalar

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) destacam outros autores para os quais a avaliação como disciplina estabelecida teve seus princípios definidos no final dos anos 1960 e início dos anos 70, tendo passado entre meados e final da década de 1970 pela sua adolescência, ingressando, nos anos 1980, na sua vida adulta.

Desde então surgiram várias e diferentes abordagens de avaliação, cada uma com seus focos e defensores. Dentre estas, podemos citar as avaliações centradas na administração, em especialistas, em consumidores, em adversários e tantas outras (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Pode-se dizer que há tantos tipos de avaliação, quanto de avaliadores (PATTON, 1982 apud CAMPOS *et al.*, 2006). O que está por trás da grande variedade de propostas, na verdade, é a concepção que se tem do que é a realidade, a forma como percebemos as relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento, e a maneira como

encaramos as condutas ou regras para compreender ou analisar um objeto (CAMPOS *et al.*, 2006).

A escolha por um determinado caminho para se avaliar um programa ou serviço, no entanto, não é neutra. Ainda que o avaliador ou grupo de avaliadores não tenha consciência disto, sua escolha é determinada por sua visão de mundo e pelos recursos que detém (formação e percurso profissional) (CAMPOS *et al.*, 2006).

Sobre qual abordagem adotar no processo de avaliação em saúde, Tanaka e Melo (2004) destacam que considerando a heterogeneidade e a complexidade dos serviços nesta área, é aconselhável utilizar uma mescla de abordagens qualitativas com quantitativas, o que permite avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno. Lembram também que ambas as abordagens possuem vantagens e desvantagens e que a adoção de uma, de outra, ou de ambas depende da pergunta avaliativa e do conhecimento e capacidade dos avaliadores.

Estes mesmos autores identificaram quatro recomendações para utilização da abordagem qualitativa e quatro para a quantitativa:

A abordagem quantitativa é muito útil quando a pergunta avaliativa começa com quanto; para medir resultados que podem ser expressos em números, como perfil de cobertura e produtividade; para avaliar a eficiência dos serviços e para estabelecer relação entre variáveis.

Já a abordagem qualitativa é muito útil quando a pergunta avaliativa começa com como e por quê; para avaliar a dinâmica interna do processo; para medir resultados internos dos participantes e para mensurar atividades cujos objetivos estão relacionados às mudanças de comportamento ou são pouco específicos.

Nos serviços públicos hospitalares um método e um modelo que serve de base para avaliação se destacam e utilizam as duas abordagens. São respectivamente: *Acreditação e Gespública*. As nossas reflexões agora serão sobre ambas.

2.2.1 Acreditação

O sistema brasileiro referente ao método teve início com o lançamento em 1998, do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, instrumento da gestão e da avaliação de grande relevância que representa um marco inovador para o sistema de saúde e suas

organizações prestadoras de serviços. Em 2001, o sistema foi reconhecido pelo Ministério da Saúde por meio da portaria G/M/MS nº 538, de 17 de abril de 2001 (BRASIL, 2006).

Destacamos que a Acreditação é um processo em que as organizações de saúde conseguem reconhecimento público, garantindo, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados. Constitui, portanto, reconhecimento à competência técnico-assistencial com incentivo à melhoria contínua dos serviços prestados (BRASIL, 2006).

A avaliação das organizações é realizada por instituições acreditadoras credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) em cujo conselho há representantes do Ministério da Saúde, inclusive da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O processo inicia-se com a realização de um diagnóstico institucional realizado pela instituição acreditadora que identifica as chamadas não-conformidades, que deverão ser corrigidas antes da visita de certificação.

Nesta visita a organização pode ser certificada em três níveis ascendentes ou não ser certificada, caso não tenha atendido às recomendações feitas por ocasião do diagnóstico institucional.

A avaliação é considerada terminada após a emissão do relatório de avaliação, preparado sob a orientação do avaliador-líder. O certificado, a folha de resumo da avaliação e o parecer final da Instituição Acreditadora são então entregues à Organização Nacional de Acreditação para validação. Caso a organização de saúde avaliada não concorde com o resultado poderá interpor recurso junto à Instituição Acreditadora em 45 dias (BRASIL, 2006).

2.2.2 Gspública

O GESPÚBLICA (abreviação de Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização), foi criado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, com o objetivo de contribuir para a transformação da Gestão Pública, otimizando e ou desburocratizando seus processos. Baseia-se no Modelo de Excelência em Gestão Pública, focado em resultados e orientado para o cidadão.

Este modelo, de padrão internacional, reflete o entendimento vigente sobre o estado da arte da gestão contemporânea e é constituído de elementos integrados que orientam

a adoção de práticas de excelência em gestão. Foi concebido com arrimo na premissa de que a Administração Pública deve ser excelente sem deixar de considerar as peculiaridades de sua natureza (BRASIL, 2008).

Orientado por princípios constitucionais próprios da natureza pública das organizações, tem como base de sustentação os fundamentos do Modelo de Excelência em Gestão Pública que citamos a seguir.

São eles: pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura de inovação, liderança e constância de propósitos, orientação por processos e informações, visão de futuro, geração de valor, comprometimento com as pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade social, controle social e gestão participativa (BRASIL, 2008).

A avaliação das organizações que adotarem este modelo inicia-se com uma autoavaliação que pode atingir a marca máxima de 250 pontos, seguida de uma outra de 500 pontos e finalmente por uma de 1000 pontos.

Na autoavaliação de 250, pontos a organização não concorre com outras. Na avaliação de 500 pontos pode concorrer ao Prêmio Estadual de Gestão, disputado por outras instituições pertencentes ou não à área de saúde. A avaliação de 1000 pontos ocorre para avaliar organizações no plano nacional. Pode-se participar do prêmio estadual e/ou nacional. A decisão da participação cabe ao gestor da organização.

Todas as avaliações são realizadas com base em oito critérios, interligados sistemicamente, para os quais se atribui pontuação diferente: liderança, estratégias e planos, cidadão, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

Para cada uma das avaliações (250, 500 e 1000 pontos) é disponibilizado pela Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado um instrumento de avaliação que orienta a elaboração de um Relatório da Gestão, que descreverá as práticas da gestão referentes a cada critério e servirá de base para os avaliadores externos que visitarão as organizações para confirmar a veracidade dos dados. No caso da autoavaliação (250 pontos), não há visita dos avaliadores.

Em todos os casos, o processo é participativo, envolvendo as lideranças formais e informais, tanto na autoavaliação como na elaboração dos Relatórios da Gestão para concorrer aos prêmios. Os avaliadores que visitam as instituições são voluntários vinculados à Rede Nacional de Gestão Pública, que, por sua vez, disponibiliza cursos de capacitação periodicamente para aqueles que quiserem se formar nesta área.

Além dos prêmios propriamente ditos (nacional e estadual) concedidos a uma instituição por ano, as demais organizações participantes podem receber certificados nas faixas ouro, prata e bronze, de acordo com o nível de maturidade alcançado pela gestão, refletidos na pontuação, conforme anexo II (BRASIL, 2008).

O recebimento do prêmio ou de uma certificação representa o reconhecimento formal ao desempenho de uma organização que passa a ter sua imagem fortalecida diante da sociedade e daqueles que a integram. As organizações cuja pontuação não permite o recebimento de um prêmio ou de uma certificação em uma das faixas, recebe apenas certificado de participação e todo o apoio do Núcleo Estadual de Gestão da Secretaria do Planejamento para melhorar suas práticas.

Este modelo permite enfatizar o enfoque qualitativo-participativo, que tem como uma das suas premissas a incorporação das pessoas envolvidas na avaliação. Esta abordagem abre espaço para o diálogo e a expressão da produção subjetiva. Qualitativo aqui é definido na interface com a subjetividade, referindo-se àqueles procedimentos voltados para a obtenção de informações não quantificáveis. Participativo, é no sentido de abertura para as diversas visões (BOSI; PONTES, 2009).

Após concluirmos as considerações sobre Acreditação e *Gespública* destacamos, conforme ressaltam Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) que a avaliação é uma empreitada técnica e política multidimensional que requer novas conceituações e outras perspectivas, despidos de preconceitos e posições inflexíveis.

Veremos a seguir como o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, espaço escolhido para a nossa pesquisa, traçou suas estratégias da gestão para obter os resultados desejados pelas suas lideranças e esperados pela sua clientela.

3 CONTEXTO INSTITUCIONAL DA INVESTIGAÇÃO

3.1 O Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes e sua avaliação

Esta instituição, fundada em 1933 para atender pacientes portadores de tuberculose, transformou-se hoje em um centro de referência para o Estado do Ceará e parte das regiões Norte e Nordeste do País no tratamento clínico e cirúrgico das cardiopatias e

pneumopatias, destacando-se inclusive na área de transplante cardíaco no conceito nacional e internacional.

Este destaque não aconteceu por acaso. Foi fruto de uma busca permanente pela excelência desde a sua fundação até os dias atuais. Em 2005, sentindo a direção da casa necessidade de formalizar uma área que vinha atuando na informalidade desde 1999, criou o Escritório da Qualidade, responsável pela assessoria à Gestão, com implementação de melhorias contínuas.

Após a implantação desta área, o Hospital adotou a Acreditação Hospitalar e, em seguida, o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização para melhorar e monitorar suas práticas e resultados, criando inclusive um Sistema de Monitoramento do Desempenho Organizacional, que registra os resultados das diversas áreas com base nos indicadores. Em outubro de 2009, a Instituição foi reconhecida com o Certificado Prata pelo Prêmio Ceará Gestão Pública. Foi exatamente no momento da elaboração do relatório para concorrer a este Prêmio que percebemos com maior clareza a dificuldade de relacionarmos as nossas estratégias da gestão aos resultados que apresentávamos. Em alguns momentos obtivemos bons resultados, mas não havia consenso sobre como chegamos a eles, ou seja, quais estratégias e planos estiveram realmente relacionados ao nosso desempenho. Em outros, definimos bem nossas estratégias e planos, mas não conseguimos resultados satisfatórios.

Consideramos que, especialmente em se tratando de uma área de alta complexidade e risco, como é a Gestão Hospitalar, é imprescindível que gestores e gerentes saibam que resultados devem obter e que melhores caminhos devem seguir para atender às necessidades de saúde dos usuários dos seus serviços, baseados no conhecimento teórico e prático acumulado ao longo da história.

Destacamos o fato de que quando nos referimos a gestores estamos incluindo nesta categoria aqueles que coordenam o Sistema de Serviços de Saúde, no caso, o ministro da saúde e os secretários estaduais e municipais e na categoria de gerentes incluímos todos os que coordenam serviços, dentre estes os diretores de hospital, chefes de Enfermagem, de Fisioterapia, de Nutrição, entre outros, de uma determinada instituição (MENDES, 2002).

Compreendemos, então, que nosso estudo pode contribuir para apontar estratégias da gestão hospitalar relevantes, segundo a percepção dos sujeitos da pesquisa, associadas a bons resultados, que irão ampliar o conhecimento sobre a temática. Por sua vez, enriquecerá a prática daqueles que são responsáveis pela coordenação dos serviços no âmbito do hospital. Partimos então da seguinte indagação central: quais as estratégias que você, na qualidade de gerente, considera relevantes para a melhoria da gestão hospitalar?

Este trabalho poderá trazer respostas e reflexões acerca da prática da gestão hospitalar pública, ampliando o debate de como se pode administrar um serviço de alta complexidade.

3.2 A trajetória do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em busca de resultados da Gestão.

Consideramos que, tendo como base o critério da justiça, situamos em 1933, época da fundação do Hospital, o início de um trabalho que pautava suas ações na busca permanente por bons resultados na gestão hospitalar.

Desde a sua inauguração, o Hospital de Messejana, como ainda é chamado até hoje, entra para a história da Medicina cearense como o grande polo para o tratamento da tuberculose, atraindo pacientes das regiões Norte e Nordeste do País que confiavam na competência da equipe de saúde e admiravam a beleza do lugar, a amenidade do clima seco, e os romances de José de Alencar, um dos mais famosos romancistas do País que destacou os encantos da pequena Vila de Messejana, onde nasceu a instituição (GOMES, 1983).

As características exigidas para uma boa administração revelavam-se na organização, no planejamento, na visão de futuro e na capacidade de ouvir da sua Direção, imortalizada na pessoa do pneumologista Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, apoiado por um grupo de profissionais que incluía irmãs capuchinhas (GOMES, 1983).

Já nessa época destacavam-se estratégias da gestão hoje preconizadas na literatura: a presença de uma liderança forte e presente, foco em excelência, humanização, definição clara de responsabilidades e acompanhamento de resultados, embora informal.

Ao longo de todos os anos que se seguiram, a busca por qualidade permaneceu pautada pelo exemplo da liderança, que mais tarde daria seu nome ao hospital.

A gestão da qualidade, no entanto, surge formalmente com o Programa de Melhoria Contínua, criado em 1999 pela Chefia do Serviço Social da Instituição para fortalecer os processos da gestão dos serviços e investir na capacitação das lideranças da casa (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, 2005). A primeira iniciativa deste programa foi disseminar para as lideranças que o formavam o conteúdo do Programa de Desenvolvimento de Líderes, promovido pela Secretaria da Saúde do Estado, preenchendo assim uma lacuna na formação dos membros desta equipe. Em seguida forma seis grupos de

trabalho priorizados de acordo com as principais necessidades identificadas em oficinas de trabalho: melhoria do atendimento, racionalização do uso dos recursos, melhoria da comunicação, motivação do servidor, capacitação técnica e capacitação gerencial (HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, 2005).

Na época, em outra unidade hospitalar pertencente à rede estadual de saúde, como é o caso do Hospital de Messejana, outra experiência também se desenvolvia com foco semelhante: O Programa de Qualidade Total do Hospital Geral de Fortaleza .

No “Messejana”, o Programa surge com a formação de seis grupos de trabalho priorizados de acordo com as principais necessidades identificadas em oficinas de trabalho: melhoria do atendimento, racionalização do uso dos recursos, melhoria da comunicação, motivação do servidor, capacitação técnica e capacitação gerencial.

Cada grupo, coordenado por uma liderança escolhida entre seus componentes, elabora e desenvolve projetos para suas respectivas áreas. Resultados importantes foram alcançados com este trabalho e em 2002 o programa é premiado pela Secretaria da Saúde do Estado com o prêmio “Unidade que faz a diferença na SESA.”

Em 2003 os grupos foram reestruturados para atender novas necessidades da gestão, desmembrando-se por setores para aumentar a disseminação das ações. Foi também criado o Grupo de Trabalho de Humanização que interagiu com todos os demais grupos, identificando processos considerados “desumanos” e traçando planos de ação para corrigi-los, como a criação do Núcleo de Saúde do Trabalhador, o Programa Cirurgia sem Medo, o Serviço de Acolhimento na Emergência e tantos outros.

Em 2005, o Programa de Melhoria Contínua passou a adotar o instrumental da Acreditação Hospitalar, que foi explicada com detalhes no capítulo anterior. Novos resultados são incorporados ao trabalho, entre eles a criação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e a estruturação do Núcleo de Gestão de Pessoas, além da realização do primeiro Planejamento Estratégico e da formulação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para praticamente todos os serviços da instituição.

Em 2006, o Hospital de Messejana contratou o Instituto Qualisa de Gestão, instituição credenciada pela Organização Nacional de Acreditação, para fazer o seu primeiro diagnóstico institucional formal. O relatório desta avaliação norteará os trabalhos dos grupos do Programa de Melhoria Contínua que agora se voltam para a correção das não-conformidades identificadas.

Inúmeras outras atividades são iniciadas para otimizar as práticas de gestão, entre elas auditorias internas com as diversas áreas e externas com os fornecedores, campanha 5 S,

seminários de sensibilização para acreditação, criação de impressos para disseminação da metodologia, entre outras.

Apesar dos consideráveis avanços com a nova metodologia adotada, o Hospital não se submeteu ao processo de avaliação para acreditação por não ter conseguido corrigir algumas não-conformidades cujas correções implicavam recursos financeiros na época não disponíveis.

Em 2007 o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes passou a integrar a Rede Nacional de Gestão Pública, trabalhando com o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (*Gespública*) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, sem no entanto abandonar o instrumental da Acreditação Hospitalar, que o complementa.

Este Programa (*Gespública*), que também foi mais aprofundado no capítulo anterior, estimula a avaliação da instituição com base em 3 instrumentos que privilegia 250, 500 e 1000 pontos referentes a oito critérios considerados relevantes para avaliar um modelo da gestão: liderança, estratégias e planos, cidadão, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

Na primeira autoavaliação (250 pontos) a que a instituição se submeteu em 2008, a pontuação que conseguiu alcançar foi de 131 pontos. Na segunda (500 pontos), realizada em 2009 a pontuação obtida foi de 242 pontos e com este resultado o Hospital foi certificado na faixa PRATA de gestão, tendo concorrido com treze outras instituições do Estado do Ceará.

Esta certificação foi um estímulo para que os grupos do Programa de Melhoria Contínua investissem na otimização das suas práticas de gestão e na implementação de novos planos de ação, baseados nas recomendações do Relatório Final elaborado pelos avaliadores do Prêmio Ceará Gestão Pública. Este Relatório é de suma importância para os gestores, pois nele estão identificados todos os pontos fortes e pontos a melhorar relacionados a cada critério, indicando a necessidade de novas ações.

Em 2010, a instituição concorreu ao Prêmio Nacional de Gestão Pública pela primeira vez, tendo conseguido uma certificação na faixa bronze, o que a situou entre as 11 organizações finalistas em todo o País a obter o mérito, com destaque na área de saúde. Neste mesmo ano concorreu novamente ao Prêmio Estadual de Gestão e conseguiu ser certificada na faixa ouro, a faixa mais alta entre as certificações.

O acompanhamento dos Planos de Melhoria de Gestão elaborados a cada avaliação são monitorados pelo Núcleo Estadual da Gestão, vinculado à Secretaria de Planejamento do Estado, por meio de documentos específicos e visitas institucionais. O aprendizado contínuo deve refletir-se na obtenção de resultados cada vez melhores.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar os discursos dos gerentes de serviços acerca das estratégias para melhoria da gestão em um hospital de alta complexidade do Ceará.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar como os gerentes de serviços do Hospital de Messejana justificam a escolha das estratégias consideradas relevantes.
- Identificar quais, dentre as estratégias adotadas pelos gerentes, aquelas consideradas mais relevantes para alcançar os resultados programados.
- Descrever os aspectos que facilitam e dificultam a gestão hospitalar, conforme as opiniões dos gerentes de serviços do Hospital de Messejana.
- Comparar as estratégias consideradas mais relevantes pelos gerentes de serviço do Hospital de Messejana com as estratégias orientadoras do Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP).

5 METODOLOGIA

As discussões sobre o uso dos métodos qualitativos ou quantitativos começaram a crescer no Brasil na década de 1980. Até então o enfoque era positivista, comprometido com uma visão conservadora de sociedade. Desde então surgiram obras com outras abordagens

metodológicas, dentre estas a Hermenêutica dialética e a Fenomenologia (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Na área da saúde os estudos quantitativos estão geralmente submetidos aos cânones da Epidemiologia e os qualitativos aos das Ciências Sociais. Na escolha de uma ou outra abordagem, mais importante do que nomear o método, é necessário ter conhecimento acerca da sua utilidade e da sua adequação ao objeto que se tenciona estudar, além de considerar quem produzirá o conhecimento e a quem este irá servir. Nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra, apenas de natureza diferente (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Após estas considerações preliminares, destacamos que escolhemos uma abordagem qualitativa para desenvolver a nossa pesquisa, por considerá-la mais adequada ao nosso objeto de estudo e a nossa visão de mundo.

Apesar do desenvolvimento da abordagem qualitativa poder ocorrer com suporte em diferentes matizes teóricas, a interpretação do significado das ações sociais ocupa um lugar central (DESLANDES; GOMES, 2004).

Por meio desta abordagem metodológica, podemos compreender aspectos da experiência humana, numa determinada situação, cujos dados não podem ser coletados completamente por outros métodos, em razão do grau de complexidade que encerra (MACHADO, 1999).

5.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo desenvolvido foi o de pesquisa avaliativa, com base no marco conceitual apontado em Hartz e Silva (2005), para quem, a idéia de avaliação é mais abrangente do que aquela restrita à dimensão racional da ação, tomando por objeto desde as práticas do cotidiano até as relacionadas ao trabalho, nos seus diversos âmbitos.

Nesta perspectiva, a definição de avaliação é ajustada permutando o conceito de “intervenção” pelo de práticas sociais, em relação às quais as práticas de saúde podem ser consideradas como um caso particular (HARTZ; SILVA, 2005).

O significado do que seria “julgamento” também pode variar, desde a elaboração de um juízo de valor qualitativo ou quantitativo, até uma análise que envolva o significado do fenômeno (HARTZ; SILVA, 2005).

5.2 Descrição do espaço e dos participantes da pesquisa

Escolhemos como espaço do nosso estudo o Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, unidade hospitalar de alta complexidade para o tratamento clínico e cirúrgico das cardiopatias e pneumopatias, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado, referência para o Ceará e parte das regiões Norte e Nordeste do País.

Neste hospital, já se desenvolve, há cerca de dez anos, um trabalho com gerentes de serviços para a implementação de estratégias que otimizem os resultados da gestão e que se reflitam nos indicadores hospitalares. Dois modelos de avaliação e melhoria dos serviços norteiam este trabalho: Acreditação Hospitalar e *Gespública*, já descritos na revisão da literatura.

Esta instituição já foi certificada na “faixa Prata” pelo Prêmio Estadual de Gestão Pública, após desenvolver um trabalho com a equipe de gerentes, diretores e escritório da qualidade para melhorar suas práticas, constituindo-se, dessa forma, uma das razões pelas quais apresenta um rico campo de experiências para a nossa pesquisa.

Inicialmente pensamos constituir o grupo dos participantes do estudo incluindo diretora geral da Instituição, um assessor que já exerceu o cargo de diretor administrativo-Financeiro, com ampla experiência em gestão e um grupo de gerentes de serviços do hospital, cuja definição do número de entrevistados dependerá do delineamento do quadro empírico da pesquisa e das recorrências das falas dos agentes entrevistados. Dessa maneira contextualizado, consideramos que este é o grupo social mais relevante para o nosso objetivo.

Vasconcelos (2006) propõe alguns critérios para a seleção dos participantes. Dentre estes, definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e prever um processo de inclusão progressiva, encaminhada pelas descobertas do campo.

5.3 Critérios para escolha dos participantes da pesquisa

Baseamos a escolha dos participantes da pesquisa na tradição qualitativa, que não confere relevância à representatividade estatística da amostra, na busca por generalizações dos achados, mas sim à recorrência das categorias no material coletado, categorias estas que devem ser compreendidas na relação com os sujeitos investigados (BOSI; MERCADO, 2004).

Vasconcelos (2006) destaca que o grupo de informantes deve ser diversificado para permitir a apreensão de semelhanças e diferenças e conter o conjunto das experiências e expressões que se tem como foco da pesquisa.

Com base nestas recomendações, definimos os seguintes critérios de inclusão para escolha dos participantes da nossa pesquisa:

- ter experiência de no mínimo dois anos em gerência de serviços hospitalares no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.
- coordenar serviços que possuam alguma forma de avaliação dos seus resultados, há pelo menos um ano;
- desejar participar do estudo.

5.4 Coleta de dados

Os entrevistados foram por nós selecionados entre os gerentes de serviços do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, utilizando os critérios há pouco descritos. Para definirmos o número de entrevistados, empregamos a ferramenta da saturação, que é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar redundância ou repetição, de acordo com a avaliação do pesquisador, ou seja, quando as informações pouco acrescentarem ao material coletado, não contribuindo mais para aprofundar a reflexão sobre o assunto estudado (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados foi realizada em entrevistas semiestruturadas, que foram agendadas de acordo com a conveniência dos entrevistadores e entrevistados, inclusive no que se refere ao horário e ao local. Esta modalidade de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, sendo muito utilizada quando se tenciona delimitar o volume de informações, focando o objetivo da pesquisa. Uma de suas vantagens é a elasticidade do tempo de

realização, o que permite uma cobertura mais aprofundada sobre o assunto em foco (BONI; QUARESMA, 2005).

Os entrevistados foram contactados pela pesquisadora, que informou sobre o objetivo da pesquisa e solicitou autorização para gravação das falas, ressaltando que o sigilo das informações e dos informantes será preservado. Para isso, usamos os códigos sequenciais de E1 a E6, para identificar os entrevistados, conforme a ordem das entrevistas.

Quando autorizadas, estas foram transcritas para análise posterior. O tempo de duração das entrevistas variou entre 30 a 60 minutos, buscando-se aprofundar o máximo possível a temática, na óptica dos gerentes. A entrevista busca a fala que possibilita a mediação com o outro e a comunicação e interação com o mundo (SIMÕES; SOUSA, 1997). Utilizamos como pergunta condutora a seguinte questão: *quais as estratégias que você, como gerente, considera relevantes para melhoria da Gestão Hospitalar?*

A opção por entrevistas individuais para a coleta de dados ocorreu em razão da dificuldade de reunir os gerentes para participar de grupos focais ou outra técnica que exija coincidência de horário e local para todos os informantes. Também consideramos que esta é uma boa técnica para estudar a experiência consciente dos entrevistados, entendida em sua associação com os conceitos de intencionalidade, sentido e existência (GOMES, 1997).

A coleta de dados ocorreu no período de 3 de maio a 30 de junho de 2010, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética Institucional do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, protocolo número 719/2010.

5.5 Organização e Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas, relidas e organizadas por categorias analíticas, com o emprego do programa LOGOS, um gerenciador de dados textuais, para codificação (CAMARGO JUNIOR, 2003). Em seguida, realizamos um diálogo do empírico com o teórico e vice-versa, sem desconsiderar o papel de sujeito exercido por nós e os pesquisados.

O método adotado foi a análise de conteúdo, do tipo categorial e temático que, segundo Minayo e Sanches (1993), parte de uma leitura de primeiro plano para um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos.

É um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que faz uso de procedimentos sistemáticos e objetivos das descrições dos conteúdos das mensagens. Sua intenção é a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção, que recorre a indicadores quantitativos ou não (BARDIN, 1977).

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1977)

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. A fase de exploração é a mais longa e consiste essencialmente de operações de codificação e na última fase os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 1977).

Utilizamos como referencial teórico-reflexivo o Modelo de Excelência em Gestão Pública, que é a representação de um sistema gerencial constituído de oito partes integradas, que norteiam a adoção de práticas de excelência, com a finalidade de levar as organizações públicas brasileiras a padrões elevados de desempenho em gestão.

É neste Modelo que se baseiam o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (BRASIL, 2010) e os instrumentos de avaliação usados nos Prêmios Nacional e Estadual de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Constituem elementos centrais deste modelo oito etapas, também designadas como partes, tais como descritas: liderança, estratégias e planos, cidadãos, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

No final do estudo foram analisadas as respostas obtidas e identificadas estratégias que possam contribuir para melhorar a gestão nos hospitais públicos do Estado do Ceará, à luz do que preconiza o Modelo de Excelência em Gestão Pública.

5.6 Aspectos legais e éticos da pesquisa

A pesquisa foi realizada conforme os parâmetros contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana e aprovada conforme protocolo do CEP/HM 719/2010.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de exposições nas reuniões do Programa de Melhoria Contínua e da Gestão Clínica com os gerentes de serviços do HM e a Direção. Disponibilizaremos, também, uma cópia da dissertação para a biblioteca e centro de estudos da Instituição.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os seis profissionais entrevistados possuem entre 11 e 38 anos de experiência em gestão. São profissionais de nível superior, com diferentes formações: Medicina (1), Enfermagem (2), Farmácia (1) e Administração (2). Atualmente gerenciam serviços que trabalham com avaliação de resultados, utilizando como parâmetro teórico os indicadores de desempenho.

No quadro seguinte, destacamos as quatro categorias apreendidas na análise dos discursos, com as respectivas subcategorias.

TEMÁTICAS CENTRAIS	SUBCATEGORIAS
Estratégias de Gestão Hospitalar	Gestão de pessoas Uso de indicadores e estratégias adotadas Exercício da liderança Interação dos processos
Motivações para escolha das estratégias de Gestão Hospitalar	Alcançar resultados Avaliar resultados
Aspectos dificultadores da Gestão Hospitalar	Comportamento inadequado das pessoas
Aspectos facilitadores da Gestão Hospitalar	

A seguir, apresentamos os principais achados, evidenciando reflexões sobre cada um dos temas apontados.

6.1 Estratégias da Gestão Hospitalar

O termo estratégia, de origem militar, refere-se aos comportamentos organizacionais voltados ao manejo de situações, onde há necessidade de superar desafios que se opõem à conquista de um objetivo (TESTA, 1993).

Nessa perspectiva foi possível, desde o contato com os entrevistados, observar que estes adotam estratégias diferentes para melhorar os resultados na gestão hospitalar, de acordo com a sua formação e com as experiências vividas, tanto na vida pessoal, como profissional.

Emergiram, no entanto, aspectos revelados como pontos de consenso, descritos nas falas dos gerentes entrevistados, que se apresentam de forma diferenciada, mas que

refletem pensamentos comuns ao grupo e, onde se evidenciam as seguintes se revelam nas estratégias mais evidenciadas: gestão de pessoas, uso de indicadores, exercício da liderança e interação dos processos.

Iniciamos a nossa análise pela prática de gestão de pessoas, dada a centralidade que ocupou na reflexão e descrição dos entrevistados.

6.1.1 Gestão de pessoas

A compreensão de que as pessoas devem ocupar posição central em qualquer estratégia para melhorar a gestão hospitalar foi comum nas falas de cinco dos seis entrevistados. O envolvimento do gestor requer o estabelecimento de relações dialógicas com os trabalhadores, na busca de identificar as potencialidades e limitações, valorizando aqueles que fazem parte do quadro de funcionários. Para a obtenção de um bom clima organizacional, destacam o fortalecimento das relações interpessoais, favorecendo a aproximação do gerente e trabalhadores, com apoio num diálogo franco e aberto, que estimule a coparticipação na gerência do serviço:

Comecei a ver que tinha que trabalhar muito a questão das pessoas, dos recursos humanos, valorizar muito as pessoas que estavam ali trabalhando comigo, porque se eu não conseguir valorizar as pessoas, eu não consigo andar com o meu trabalho. [...]É neste envolvimento que vou conseguindo, com todas as dificuldades, enfrentar e conseguir avançar. (E1).

Tem um consenso em administração de que as coisas são realizadas através das pessoas, e essas pessoas tem que estar preparadas. Se não estão preparadas tem que treinar. Mas é melhor trabalhar com pessoas que realmente tenham boa vontade para realizar do que com aquelas muito capazes, mas que não querem colaborar. Não adianta um jogador ser excelente, se na hora do jogo ou quer jogar sozinho ou quer a estrela só para ele ou então não quer fazer muito esforço. Todos tem que dar a sua contribuição. (E4).

O modelo da gestão de pessoas é um conceito amplo, mas, de maneira geral, refere-se à maneira como os indivíduos se estruturam para orientar e gerenciar o comportamento humano no ambiente organizacional (VASCONCELOS; MASCARENHAS; VASCONCELOS, 2006).

Um dos componentes destacados pelos entrevistados como relevante para a gestão do serviço foi a escuta atenta, que contribuiu para orientar o comportamento das pessoas.

A fala dialogada vai muito além de um ato técnico e exige do profissional a capacidade de entender o ser humano em toda a sua complexidade, sabendo ouvir e intervir por meio de ações compreensivas e humanizadas, que favoreçam o respeito ao pensamento do outro (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Para Minayo (2004), na Escola das Relações Humanas, a motivação aumenta à proporção que se proporciona o reconhecimento, a necessidade social de estar junto, de proceder à inter-relação-se e participar da vida na organização.

Foi possível observar que os entrevistados deste estudo mencionam como elementos centrais para uma gestão harmoniosa e participativa, a escuta respeitosa, com a observação atenta do que os trabalhadores apontam durante as discussões com o gestor, ao que os trabalhadores mencionam nas suas discussões, bem como o *feed-back* fornecido pelo gerente, após cada diálogo, conforme descrevem:

Eu sempre gosto muito de anotar a fala das pessoas nas reuniões e depois avaliar, dar feed-back. Isso não está dando certo dessa maneira? Qual a maneira melhor que você acha? Eu jogo para a pessoa porque às vezes quem está dentro tem mais sugestões do que eu, do lado fora, vendo tudo. Quem está lá dentro fazendo aquela determinada tarefa, tem mais percepção dos mínimos detalhes. "Vamos fazer de outro jeito, assim eu acho que sai melhor". Eu sempre procuro acatar sugestões das pessoas que executam as tarefas. (E2).

"No corre - corre do dia-a-dia você fala, determina, e vai ver que a pessoa entendeu errado depois, quando ela já está com o trabalho pronto. Mas eu sempre tenho essa coisa comigo, de ser muito paciente e ouvir as pessoas. Porque quando você ouve, dentro das palavras, das frases, você capta as coisas. Eu tenho essa coisa de saber ouvir, de ficar prestando atenção. Quando você não ouve você atropela as coisas. (E3).

É amplamente evidenciado na literatura o fato de que, em diversos setores e ambientes de trabalho, a escuta atenta (RIVERA, 2003), a formulação de propostas participativas (CAMPOS; AMARAL, 2007) a proposição de sugestões, em vez de imposições (CECÍLIO; MENDES, 2004), são elementos essenciais para a constituição de grupos de trabalhos harmoniosos e eficientes.

Outro aspecto relacionado à gestão de pessoas, ressaltado neste estudo, foi o da

necessidade de capacitação, que implica benefícios adicionais, como a adaptação à mudança, redução do estresse, melhoria das decisões, aumento da eficiência no desempenho das funções, diminuição de erros organizacionais e ampliação potencial de mudança do comportamento (CASTRO; TAKAHASHI, 2008).

São os eventos de capacitação considerados pelos gerentes entrevistados essenciais para a valorização dos servidores, assim como para o aumento da motivação e da otimização das rotinas de trabalho:

Estamos pleiteando uns cursos aqui dentro mesmo do hospital com a CCIH para a gente poder valorizar a questão dos meninos, para a gente poder valorizar quem trabalha lá, que é uma equipe muito boa. A questão de motivação! (E1).

Tem também a questão da capacitação. Eu acho fundamental que estes funcionários estejam sempre atualizados, capacitados para exercer aquela função. Há um ano e pouco atrás eu organizei um curso de capacitação de 40 horas para auxiliar de farmácia. Pude perceber que isso foi muito importante para eles. Primeiro eles passaram a desenvolver suas atividades com mais empenho, porque eles sabiam o que estavam fazendo, sabiam para que aquilo estava sendo feito. E foi um grande ganho para eles! (E2).

Experiências estadunidenses da Teoria da Qualidade em hospitais revelam a dificuldade de envolver determinadas categorias, especialmente médicos, no trabalho em grupo. No Brasil não é diferente. Apesar das dificuldades, muitos reconhecem que o sentimento de coautoria das melhorias produzidas, o chamado “sentido da obra”, é um poderoso instrumento para firmar vínculos entre os profissionais, a organização e um determinado projeto (CAMPOS; AMARAL, 2007).

As entrevistas revelaram, ainda, outro ponto importante a considerar na gestão de pessoas: a necessidade de envolver todos os funcionários no desenvolvimento e planejamento de estratégias, especialmente naquelas que implicarão mudanças na organização dos serviços, conforme revelam:

E geralmente uma variável muito importante a ser considerada é a que envolve as pessoas, os interesses das pessoas. E não adianta! Você tem que ter uma estratégia fundamental para quebrar as resistências e envolver as pessoas naquele processo de mudança. (E4).

Você tem a obrigação de estar se renovando para poder estar motivando o seu

pessoal. Você tem que acreditar no que está fazendo, acreditar que aquilo ali vai trazer bons resultados, e tem que passar para eles, contaminar, para que eles realmente vibrem junto com você, vistam a camisa. Essa é a estratégia mais difícil, para isso, fazemos de tudo. Divulgamos, chamamos para conversar, mostramos que temos que pensar juntos!” (E3).

Da mesma forma, porém, como os entrevistados reconhecem a necessidade de envolver as pessoas, ouvi-las, motivá-las, reconhecem também que há importantes lacunas na gestão de pessoas nas organizações públicas que precisam ser sanadas. A desconsideração dessas lacunas pode implicar tratamentos injustos e impróprios para a imagem dos serviços.

Estudo realizado com profissionais de saúde deixou claro que a gestão das organizações precisa de aprimoramento nesta área. Mesmo considerando variações setoriais, o sentimento de insatisfação, no que se refere a reconhecimento, apoio e clareza nas regras, está presente de modo marcante no grupo estudado (RIOS, 2008).

Os gerentes revelam que, além dessas condições essenciais para uma boa gestão, as organizações não dispõem de instrumentos para identificar e valorizar o potencial dos trabalhadores:

[...]Para que ele realmente tenha suporte para prestar essa assistência de qualidade de ponta,mas que também não crie a imagem de que o público não tem normas, não tem lei, não tem regras e, eu não gosto nem de usar a palavra, não pune....Mas que ele pune,que ele corrige, não é a casa da mãe Joana. "Porque aqui é público eu venho quando quero, eu não tenho horário".Trabalhamos com regras, com metas, com normas e rotinas, com implantação de medidas que possam estar sanando todas essas dificuldades. (E3).

Precisamos então, como gerentes, dispor de ferramentas para captar tudo isso e trabalhar adequadamente as pessoas! (E5).

O comprometimento com as pessoas, destacado pelos entrevistados, integra o conjunto de fundamentos que serve de base de sustentação para o Modelo de Excelência em Gestão Pública.

Neste modelo, este conceito é posto em prática, criando-se um ambiente flexível e estimulante à geração do conhecimento, reconhecendo o bom desempenho, retendo talentos, disseminando valores e crenças da Instituição e propiciando um clima organizacional participativo e agradável (BRASIL, 2010).

6.1.2 Uso de indicadores e estratégias adotadas

O uso de indicadores surgiu na fala dos entrevistados não só como importante estratégia da gestão, mas também como forma de avaliar se essas estratégias adotadas pelos gerentes estavam conduzindo a resultados pretendidos.

Autores observam que um sistema de indicadores afeta, de maneira marcante, o comportamento das pessoas, dentro e fora das organizações. Ressaltam que, se quiserem prosperar na Era da Informação, as instituições devem utilizar sistemas de gestão e medição de desempenho, derivados de suas estratégias e capacidades. Os indicadores são, então, usados para dar visibilidade sobre os vetores de sucesso atuais e futuros, tornando o ambiente mais seguro e controlado (FERREIRA; MARTINS, 2008).

Nossos entrevistados reforçam o que os autores evidenciam, asseverando que novos caminhos podem ser descobertos com o que os indicadores informam, permitindo maior segurança na tomada de decisões e a superação de práticas que não favorecem a melhoria da gestão:

Para mim estas questão de analise de resultado é muito importante porque a partir deles você vai traçar outras estratégias.Coisas que você não poderia fazer se não tivesse resultados. Não teria como analisar e nem como tomar decisões. Para mim essa questão de analise de resultados é importante e usamos esses indicadores para mudar determinados hábitos, determinadas práticas que se tem.Quando se vai mesurar você vê muitas coisas .(E2).

É preciso então que você fique sempre analisando, tendo naturalmente indicadores para dizer se atendem ou não ao que quero.Eu verifico que hoje em dia um instrumento sumamente importante é o indicador !(E4).

Os gestores entrevistados revelam, também, que a utilização dos indicadores passa por um amadurecimento do gerente e do conhecimento que este detém sobre o assunto. A ausência deste importante instrumento de gestão obriga os gerentes a lançarem mão de fatores subjetivos e vivenciais de sua própria experiência, como a intuição e a sensibilidade, para avaliar sobre a possibilidade de estarem desenvolvendo ações corretas:

Outra estratégia importante é o acompanhamento dos indicadores. Eu analiso freqüentemente os indicadores com a equipe,parabenizo quando há melhorias, verifico quando não há.Caso contrário fica só na achologia..(E6).

Na fala de um dos entrevistados, fica evidenciado outro aspecto importante relacionado ao assunto: a dificuldade de eleger com quais indicadores trabalhar, o que conduz ao uso dos indicadores mais conhecidos, tradicionais, não suficientes para avaliar os resultados organizacionais:

Você tem que medir através dos indicadores. É uma prática que a gente vai adquirindo ao longo do tempo. Houve um período da minha vida em que trabalhei muito com a intuição. Quando comecei a assumir os cargos era muito nova. De repente eu era Diretora de um hospital. Como eu era naquele momento? Qual a minha sensibilidade? E naquele momento eu trabalhava com indicadores? Não, eu sou sincera. Só trabalhava com aqueles indicadores mais conhecidos. Então, naquele momento o que fazia crer que estava no caminho certo? A sensibilidade. Estávamos saindo de um momento muito delicado, da ditadura, então tínhamos que ouvir as pessoas, que nos colocarmos no lugar do outro. Então foi a sensibilidade que me fez crer que estávamos alcançando bons resultados! (E5).

Pesquisadores e profissionais da área de Administração em Saúde são unânimes em relatar a complexidade de eleger indicadores de desempenho mais adequados para apoiar a gestão dos hospitais, apesar das experiências conduzidas em outros países mostrarem que a disponibilidade de informações epidemiológicas e administrativas é fundamental para o gerenciamento ético do cuidado em saúde (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007).

Um entrevistado torna esta constatação muito evidente ao questionar o valor atribuído a determinados resultados que utiliza, especialmente aqueles não associados às metas previamente definidas. Reconhece a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca de como realizar boas medições, relevantes para o sucesso da gestão:

Agora falando dos resultados. Será que são esses resultados que temos que ter com os recursos que dispomos? [...] Às vezes não temos nem metas, como vamos ter resultados? (E5).

Apesar deste consenso em torno da necessidade de trabalhar com indicadores, alguns entrevistados ainda revelam resistências não relacionadas somente a desconhecimento ou complexidade, mas a tendência de as pessoas assumirem uma atitude defensiva de que não erram e, por isso, não precisam de monitoramento nos seus processos. Convencidas do contrário com dados concretos, mudam de atitude e passam a implementar melhorias:

Esta questão de trabalhar com os indicadores. Uma coisa que hoje eu sigo muito de

perto, são os indicadores. Por exemplo: a gestão de pessoas faz aquela avaliação com os pacientes. Na hora em que recebo o resultado da pesquisa eu corro para o setor de gestão de pessoas e vou, folha a folha, saber onde foi que o nosso trabalho caiu. Porque a gente resiste, mas quando vai atrás, na verdade é diferente. Então vou atrás, procuro ver se a causa da insatisfação realmente foi nossa e tento concertar dentro do que o indicador me informou. (E1).

Eu acho gostoso trabalhar com os indicadores, porque quando começamos a trabalhar indicadores de repente percebemos determinadas situações que nem imaginávamos que pudessem acontecer dentro da nossa instituição. Porque criou-se a crença de que aqui não se erra. Por exemplo, um dos nossos indicadores é queda do leito. Queda do leito, quando a gente começou a trabalhar achou que ia ser zero! Isso aqui não existe! No entanto queda do leito é uma realidade muito diferente. Quando vamos ver que ela acontece nos chocamos! Mexe! (E3).

Um conjunto de inibidores pessoais e organizacionais contribui para explicar a falta de compartilhamento das informações, de uso de indicadores nas organizações: insegurança quanto ao seu conhecimento, falta de confiança nos outros e medo das consequências negativas dos resultados. Com efeito, torna-se crucial eliminar as barreiras ao fluxo livre de idéias, criando uma cultura de disseminação das informações e confiança mútua entre os profissionais (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2007).

Na fala que destacamos de um dos entrevistados fica evidente que o medo, fruto da insegurança e da falta de confiança nos outros, pode e deve ser superado pela adoção de práticas participativas, em que os problemas são analisados de forma sistêmica por uma equipe multiprofissional, corresponsável pelo processo:

“[...]Quando passamos por essa experiência temos de tomar medidas e isso é o bom! Essa co-participação. Não existe o culpado porque o problema é de todo mundo, de uma equipe multiprofissional (E3).

Autores destacam o fato de, que ao se decidir trabalhar com indicadores, é imprescindível que as medidas utilizadas sejam seguras. Se as mudanças não forem captadas e monitoradas de fato, o que deveria funcionar como incentivo positivo pode se tornar um *incentivo perverso*, deixando as pessoas confusas e preocupadas (VITURI; MATSUDA, 2009).

A relação entre a estratégia da gestão escolhida pelo gerente e o resultado alcançado também é feita, conforme os entrevistados, com a análise dos indicadores. Estes fornecem subsídios para uma avaliação acerca do impacto das ações planejadas sobre os objetivos previamente definidos e negociados. A necessidade de verificar se algo mudou, refletindo-se na qualidade do serviço, é fundamental para assegurar o cumprimento do que foi pactuado:

Um dia desses eu estava conversando com a gerente de uma unidade dizendo: "todo mês tu me entregas os teu resultados, os teus indicadores, tu notaste alguma diferença? Desde quando tu começastes, até agora mudou alguma coisa na rotina da tua unidade? Como é que está a qualidade dos teus serviços? Mudou, gerente, mudou tanto. Todos os meses eu tiro e boto na parede, mostro para todo mundo o que é que eles estão produzindo, como é que eles estão fazendo. Já sentimos uma preocupação (E3).

Como eu lhe falei no começo, ao se planejar uma alteração, uma mudança de uma situação real para uma situação desejada, eu planejo, eu faço o estudo da minha realidade e em função dessa realidade vou estabelecer um conjunto de ações fazer o meu planejamento. Depois vejo se aconteceu. Mas primeiramente eu tenho que ter claro diante de mim o que eu quero e para onde eu vou (...). É preciso então que você fique sempre analisando, tendo naturalmente indicadores para dizer se atendem ou não ao que quero (...). Então é preciso que tenhamos os indicadores, é o meu instrumento. Tem que estar olhando lá na unidade se a coisa está acontecendo ou não, porque as pessoas sabem se não alcançarem aquilo que foi negociado, que foi estabelecido, que todo mundo espera, ele vai ser incomodado. (E4).

Os indicadores de qualidade, usados como dispositivos gerenciais e como instrumentos de medição, permitem o “autogoverno dos trabalhadores” implementando melhorias nas suas práticas administrativas. Por isso, autores o definem como *um meio para constatar, estimar, valorar, controlar e auto-regular os resultados de um processo*. (VITURI; MATSUDA, 2009).

No Modelo de Excelência em Gestão Pública, os indicadores definem tendências, projeções, causas e efeitos, devendo então subsidiar o planejamento, a avaliação, a tomada de decisões e a concretização de melhorias contínuas. O conhecimento produzido com os dados permite que a organização pública passe a ter elevada capacidade para agir e inovar. Por essa razão, na avaliação das organizações para concorrer a um prêmio nacional ou

estadual com base neste modelo, é atribuída maior pontuação aos resultados positivos, revelados por meio dos indicadores (BRASIL, 2010).

As falas dos nossos entrevistados reforçam este aspecto do modelo, concordando com o destaque concedido aos indicadores na definição de boas práticas da gestão.

6.1.3 Exercício da liderança

Esta estratégia da gestão evidenciada na fala dos gerentes, e que ressalta o quanto o exercício da liderança é importante para otimizar a gestão de uma unidade hospitalar, é destaque também para estudiosos que pesquisam sobre o tema.

Rivera (2003) destaca que a liderança é uma categoria básica da gestão e dos processos de mudança nas organizações.

Vendemiatti *et al.* (2010) asseguram que diversos autores reconhecem os líderes como agentes importantes nas mudanças ocorridas no contexto do trabalho, tendo em vista que estes, no exercício da liderança, são os responsáveis pela difusão das práticas da gestão e pelo gerenciamento da força de trabalho.

Para Azevedo (2010), o exercício da liderança tem essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização, dos interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores, de fortalecimento dos vínculos sociais propiciadores de outra experiência da grupalidade. Favorece, então, a formulação de novos sentidos para o trabalho e de novos imaginários na instituição.

Complementam os entrevistados com a idéia de que trabalhar a liderança é também fornecer informações para que os grupos atuem dentro dos parâmetros pretendidos, na gestão da qualidade:

[...]mas também acho muito importante a estratégia de trabalhar a liderança . Se você tem o reconhecimento de trabalhar a liderança, trabalhar os líderes, é uma estratégia muito importante.São essas pessoas que vão, querendo ou não, fornecer as informações dentro dos parâmetros desejados.(E5).

Não pode haver uma igualdade entre o fazer e o não fazer, fazer de qualquer jeito e fazer com qualidade. (E4).

Observamos, no entanto, conforme a fala dos entrevistados, que o exercício da liderança não está relacionado somente à disponibilização de subsídios para o desenvolvimento do trabalho atendendo determinados padrões de qualidade, mas também à

condução firme das pessoas em direção aos objetivos organizacionais, traduzidos de forma clara, e concretizados em um tempo aceitável:

“Eu como um bom gerente tenho que fazer as coisas acontecerem, mas dentro de um tempo!É muito importante também o tempo. É preciso que você, ao estabelecer que as coisas sejam feitas, sejam feitas dentro de um certo cronograma aceitável.Não pode ser quando a pessoa tiver disposição.As pessoas tem que saber o que se espera delas, para que elas realmente executem aquilo que esta previsto.”(E4)

“Uma outra coisa que eu acho também é a questão da liderança.Porque a gente tem que ser, não ditador, mas tem que ter liderança sobre os nossos colaboradores.Porque se não tem liderança a coisa se torna inviável .Você gerencia como a casa da mãe Joana, todo mundo manda e ninguém obedece”.(E2)

O exercício da liderança acontece necessariamente de forma interativa, entre sujeitos. O líder aparece como aquele que porta e transporta as pessoas nos grupos, exercendo as funções de sustentação, apoio e representação. É necessário então aumentar o entendimento dos líderes sobre os processos organizacionais, os dispositivos coletivos e seu papel neles, reconhecendo as organizações como campo passional e pulsional (AZEVEDO, 2010).

Esta necessidade de aprofundar o conhecimento dos líderes acerca do próprio papel e da compreensão sistêmica do seu trabalho foi destacada na fala dos entrevistados, revelando que nem todos estão preparados para a gerência dos serviços:

A chefia às vezes não sabe bem qual é o seu papel. Então que cada chefia conheça o seu papel profundamente. Que o gerente de cada unidade saiba que gerenciar implica em todos os aspectos do bom funcionamento da unidade. Então eu tenho que olhar administração sob todos os aspectos.Os recursos colocados ali a disposição, pessoal, material, instalações físicas, elétricas, hidráulicas e limpeza.(E4).

[...]Quando estou presente dizem logo: a gerente está aí,está vendo tudo...Eu procuro fazer acontecer para ajudar a instituição em relação aos objetivos todos.É isso. (E6).

O reconhecimento da eficácia gerencial exige do gerente capacidade de alocar recursos materiais, humanos e financeiros, considerando a produção dos serviços, a prática descentralizada e participativa do planejamento e o fortalecimento da cidadania (OLIVEIRA, 1998).

Outro aspecto importante que emergiu na fala dos entrevistados no que se refere à liderança foi a importância dos estilos de comunicação, que podem contribuir ou não para que o grupo avance em direção aos objetivos tencionados:

O líder tem que ter poder de persuasão, de convencimento, para o funcionário poder trabalhar e fazer aquilo que ele está querendo. E ao mesmo tempo ele tem que ter a suavidade de como falar, de saber como levar aquelas pessoas a fazerem aquilo que você quer. Assim a gente consegue mais (E2).

Porque eu sou muito tímida, eu não gosto de falar em público, mas eu gosto de agir, de fazer minhas coisas acontecerem no meu gerenciamento. Aconteça da forma correta, que a gente abasteça as unidades de forma correta, que a gente faça nosso serviço sabendo o que estamos fazendo. E isso eu passo para todos que estão trabalhando comigo (E1).

Agora que estratégia usar para contrariar? Com habilidade, com educação, mas com muita firmeza. Isso é que conduz realmente a mudança do status da situação. Nas coisas grandiosas, nas coisas que precisam ser feitas deve haver cobrança. Não precisa falar alto nem baioneta! Fala baixinho, mas exigindo que seja cumprido à risca (E4).

Pesquisa revela que os administradores passam aproximadamente 80 % do seu dia de trabalho em comunicação direta com as pessoas em reuniões, em conversas pessoais, ao telefone ou falando informalmente com outras pessoas. Os outros 20 % do tempo são utilizados para trabalhos escritos. Conclui-se então, que 90% dos problemas das organizações estão relacionadas a uma comunicação imprópria, causa dos principais conflitos que ocorrem dentro das organizações, sabotando decisões, ações e o alcance de metas, tanto organizacionais como individuais (SANTOS; SILVA, 2003).

A comunicação é fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das atividades grupais e para a efetivação do processo de liderança. O êxito do líder está diretamente relacionado à sua habilidade de comunicar-se com os outros (SANTOS; SILVA, 2003).

Pudemos compreender com base nas entrevistas que, apesar da ênfase dada à comunicação para o exercício da liderança, confirmada pelos autores há pouco citados, é o comportamento do líder, de uma maneira geral, incluindo outros fatores como, por exemplo, a avaliação de desempenho, que vai influenciar o comportamento do grupo por ele coordenado:

[...]nós tivemos uma queda, e eu reuni todo o grupo e mostrei que estávamos sendo avaliados constantemente aqui dentro do hospital. Fiz um trabalho com eles e hoje, graças à Deus, na pesquisa de agora, não houve nada contra o nosso setor.(E1).

[...]Faço também avaliando o desempenho da equipe no dia-a-dia. Sou muito exigente!(E6).

O comportamento do líder provoca um reflexo no desempenho do grupo de trabalho, uma vez que este se espelha no modelo que acredita ou percebe como necessário para a execução de suas atividades de atendimento aos usuários dos serviços (SANTOS; CASTRO, 2008).

Percebe-se, no entanto, que as lideranças que demonstram uma visão mais positiva do comportamento humano costumam aplicar atitudes menos coercitivas e inibidoras à participação dos trabalhadores nos processos decisórios da gestão, assumindo assim uma maior influência de liderança sobre os grupos de trabalho (OLIVEIRA, 1998).

A liderança, assim como as outras estratégias até agora apontadas pelos nossos entrevistados, também compõe o grupo de fundamentos nos quais se alicerça o Modelo de Excelência em Gestão Pública. Neste, ela é considerada o elemento promotor da gestão, responsável pela orientação, motivação e comprometimento com a melhoria dos resultados da organização. Deve ter visão sistêmica, manter comportamento ético e habilidade de negociação, conduzindo pelo exemplo (BRASIL, 2010).

6.1.4 Interação dos processos

A compreensão de que todas as áreas estão interligadas na prestação dos serviços hospitalares, e que umas dependem das outras para alcançar seus resultados, faz com que os entrevistados destaquem esta como uma das estratégias mais importantes para a otimização das práticas na organização:

Mas, acima de tudo a estratégia de trabalhar processos. Eu entendo que nos processos você vai ter o fornecedor e o cliente. Dentro dessa cadeia buscar agregar valor, sempre buscar a visão do cliente, do paciente, na missão maior da minha instituição. E entender o cliente também dentro do processo. Então eu diria que o grande momento, ou salto qualitativo na minha vida, na minha profissão, foi quando passei a incorporar essa visão do cliente no processo, dentro de mim mesma. (E5).

Dentro dessas estratégias de gestão eu considero relevantes duas: primeiro a interação dentro do meu setor, e segundo a interação dos meus processos com os outros processos. Eu acho fundamental porque eu tenho que saber como o outro setor funciona, como ele está trabalhando, porque isto pode influenciar muito para os meus resultados. De repente eu penso que o que eu estou fazendo é o máximo. Só que lá na ponta, quem está do outro lado, no outro setor, não considera tão relevante. Eles não dão tanta importância quanto eu. Então eu procuro sempre estar trabalhando assim!(E2).

A primeira estratégia que adoto é a interação dos processos. Vou aos outros setores quando os exames demoram, vou a cirurgia para ver o mapa. Qualquer coisa que esteja interferindo no andamento do meu serviço eu procuro interagir para melhorar o todo (E6).

Nessa área de atuação, a produção corporifica-se em um encontro entre pessoas. Assim, o processo de trabalho em saúde é completamente dependente desta relação entre os sujeitos. Um trabalhador isolado é incapaz de executar suas atividades fora do espaço partilhado com o usuário e com os outros trabalhadores (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Abandonando o isolamento, os entrevistados percebem a riqueza do encontro propiciador do apoio mútuo, partilhado pelos que possuem objetivos comuns. Amplia-se a percepção da relação entre a minha ação de cada um e a ação do outro, que estimula a co-participação, que por sua vez, enseja corresponsabilidade:

Compreendo que no nosso setor a gente tem que estar bem, para que os outros também estejam bem (E1).

Você de repente começa a ver que todo mundo tem uma participação. Que o enfermeiro pode fazer isso, que o auxiliar pode fazer isso, o acompanhante pode fazer isso, o serviço social pode fazer isso, que o almoxarifado também tem sua participação, a manutenção... quando vemos isso abandonamos a idéia de ilhas (E3).

Mesmo quando algum conflito ou divergência surge desta interação, a visão sistêmica fica fortalecida, abrindo a oportunidade de estabelecer novos momentos com a implementação de saltos qualitativos, que beneficiam os clientes:

Quando o centro de custos manda meus resultados eu vou lá, eu brigo. "Isso aqui eu não gastei, isto não é meu", e vou e o funcionário já sabe que sou cri-cri (E1).

Uma coisa muito interessante é a estratégias de trabalhar a gestão por processo. É que ela nos permite implementar a visão do cliente. É uma visão muito bonita, umas vezes sou fornecedor, outras vezes sou cliente. Eu mesmo muitas vezes faço a parte de receber e dar. Essa é a visão de hoje .Se abre um novo momento quando você trabalha isso. Você fica muito focada na visão sistêmica (E5) .

Percebe-se que os partícipes da nossa investigação destacam a necessidade de interação dos processos não somente para alcançar objetivos comuns, mas também para fortalecer a visão sistêmica, essencial a uma percepção mais aprofundada da realidade onde se pretende atuar. Na área da saúde, o desenvolvimento e a disseminação desta óptica são particularmente desafiadores.

Para Minayo (2006), o pensamento sistêmico é ainda incipiente nos estudos em saúde coletiva, por desconhecimento de que este não é sinônimo de teorias funcionalistas que utilizam a metáfora do "organismo biológico" para representar todas as possibilidades de formação do mundo. Ele abre a possibilidade de um olhar mais abrangente e, ao mesmo tempo mais complexo, que atravessa as interconexões do biológico, com o social e o ambiental.

No Modelo de Excelência em Gestão Pública, há destaque para a orientação por processos, o que constitui um dos seus fundamentos, e permite um melhor planejamento e execução das atividades, em virtude da definição mais adequada de responsabilidades, do uso mais eficiente dos recursos, da prevenção e solução compartilhada de problemas, da eliminação de tarefas excedentes e do aumento da produtividade (BRASIL, 2010).

6.2 Razões para escolha das estratégias da gestão hospitalar

6.2.1 Alcançar resultados

Chegar onde se pretende, conforme os objetivos definidos e as metas traçadas, foi uma das principais razões apontadas pelos entrevistados para justificar a escolha das estratégias. Chegam mesmo a garantir que a não-adoção de determinada estratégia pode inviabilizar por completo o alcance de resultados buscados:

Sem esse envolvimento você não avança. E as variáveis restritivas vão atuar de modo muito forte. Então é preciso que você envolva as pessoas, faça com que as pessoas entendam porque aquilo deve ser feito, para poder realmente aquilo acontecer. (E4).

A educação em saúde permite que haja um melhor relacionamento entre equipe e paciente. Mas tem que ter também a educação em serviço, para os profissionais, que procuro fazer em caráter permanente. Uma equipe bem treinada alcança sempre bons resultados. (E6).

Percebe-se nestas falas que a busca pelos resultados com a intenção de “fazer as coisas acontecerem”, supera o conceito de eficiência predominante na Administração clássica, associada somente à medida de produtividade e reforçada ao longo da história das políticas de saúde pelo avanço do Estado na produção de serviços médicos baseados no mercado (OLIVEIRA, 1998).

Esta busca revela-se mais abrangente, incorporando aspectos como relacionamento e envolvimento, uma compreensão clara dos processos de trabalho.

Em outros momentos, para justificar a adoção de determinada estratégia, os colaboradores desta pesquisa ressaltam a importância da evolução ao longo do tempo, da superação de práticas que não podem ficar sedimentadas e da necessidade de desenvolver ações com maior segurança:

Se eu não estivesse fazendo isso, adotando essas estratégias, eu estaria parada nos meus resultados, como há 20 anos atrás! (E2).

Medir resultados para melhorar a nossa qualidade na assistência. Passamos a trabalhar com indicadores. Entre os procedimentos que a enfermagem faz nos cuidados com os paciente, visando maior segurança, maior margem de segurança no atendimento ao paciente, começamos a trabalhar com indicadores (E3).

Percebemos também, nessas falas, um de aprendizado contínuo, que se implementa quando os gerentes assumem compromisso com bons resultados. Para os teóricos da *learning organization*, a aprendizagem deve ser compreendida como um fenômeno com algumas etapas: aprender a perceber ou a reinterpretar uma situação, aprender como usar este conhecimento para especificar uma ação ou formular uma política, como implementá-las e

como manter tudo isso em constante revisão (RIVERA, 2003).

A busca permanente por estratégias que possam ter impacto positivo nos resultados organizacionais aparece como importante propulsor nesse processo.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados nas suas justificativas para escolha das estratégias é o compromisso com os resultados esperados por eles próprios ou por grupos de pessoas com os quais se relacionam e interagem na prestação dos serviços. Nessa busca, destacam também a necessidade de flexibilidade para mudar caminhos, caso os resultados alcançados não sejam os esperados:

Eu tenho que agregar a questão dos custos. Durante toda a minha vida profissional eu trabalhei no serviço público. Não posso deixar de cuidar do dinheiro publico, do uso dos recursos públicos, dos resultados que os usuários esperam (E5).

O que vou fazer é mudar as estratégias de trabalho, a gente vai mudando... não deu certo dessa maneira, vamos partir para outra, para ver se vai dar certo, se chega ao resultado que quero.(E1).

Para Testa (1993) o pensamento estratégico coincide com essa idéia de flexibilidade, de liberdade de ação, de uma maneira de se postar em uma situação, considerando as circunstâncias complexas e conflitantes com as quais nos deparamos.

Esse pensamento estratégico, conforme a opinião dos partícipes desta pesquisa, está diretamente relacionado ao pensamento sistêmico, sem o qual não há como alcançar resultados nas organizações. As falas revelam, no entanto, que esta percepção não está disseminada, que essa cultura ainda precisa ser fortalecida:

As coisas não acontecem e não terminam somente aqui, dentro da unidade que a gente administra, que a gente gerencia. Nós temos que ir criando essa cultura, estimulando os profissionais a entenderem que fazemos parte dessa estrutura maior, para que não nos percamos dentro dessa grande rede dos serviços. (E5).

Sem conhecimento da realidade, sem conhecer as variáveis que estão definindo a situação real, você não fará administração. Só fará administração se primeiramente conhecer essa realidade. Dizem alguns autores que não se conhece a realidade, se conhece alguns aspectos da realidade. Então é preciso que, para interferir numa situação, primeiramente se conheça toda a realidade, para só depois poder atuar.(E4).

O pensamento sistêmico é o primeiro fundamento a embasar o Modelo de Excelência em Gestão Pública. Neste, as organizações são reconhecidas como sistemas vivos, integrantes de ecossistemas complexos cujos componentes devem estar interconectados (BRASIL, 2010). Assim, os resultados só podem ser alcançados se as pessoas, e, conseqüentemente, as estratégias, considerarem as dimensões internas e externas das organizações:

Quando fui Diretora de um Hospital Municipal, eu lembro que nós tínhamos essa visão externa da instituição. Era muito mais pesada do que a questão interna. (E5).

No discurso desta entrevistada evidenciamos o reconhecimento da importância de considerar a dimensão externa na escolha das estratégias.

6.2.2 Avaliar resultados

A avaliação dos resultados, apesar das dificuldades, é outra justificativa relevante para a escolha de determinadas estratégias da gestão, conforme a opinião dos entrevistados. A avaliação permite a análise das práticas, subsidiando a tomada de decisão que deve conduzir a saltos qualitativos, revelando um compromisso com o Serviço Público:

Se eu não fizer aquela avaliação eu não vou poder implementar algumas mudanças. Aquilo que não está dando certo, tenho que rodar o PDCA. Eu tenho que saber se aquilo que eu planejei está dando certo. Se não der certo eu tenho que ver no que posso melhorar, para poder a coisa acontecer como eu planejei. Isso eu faço muito. (E2).

Tem que ter o sistema de avaliação dos funcionários. Na avaliação vemos todo um contexto, não só da responsabilidade, da assiduidade, do compromisso desse profissional com a instituição, da parte técnica, da destreza manual, do conhecimento técnico-científico, mas também do comportamento ético. Do respeito ao funcionário, do respeito ao cidadão-usuário, do respeito ao próprio sistema que é uma coisa pública. (E3).

A avaliação nesse contexto é considerada como julgamento de valor para tomada de decisão e depara-se com algumas dificuldades inerentes à área da saúde como: complexidade do produto, pouca familiaridade dos gerentes e trabalhadores com o campo

teórico-conceitual, dificuldades na escolha de parâmetros, identificação e elaboração de indicadores específicos, precariedade de registros, entre outros (BOSI; MERCADO, 2004).

Mesmo assim, a avaliação dos resultados continua a aparecer como essencial para um conhecimento mais aprofundado da realidade, para a adoção de medidas corretivas, caso as tendências apareçam negativas, ou para melhorar a autoestima dos profissionais, quando as constatações são positivas:

A média de permanência, por exemplo. Analiso e começo a pontuar. Esse paciente está demorando porque está esperando cirurgia, um outro tem que agilizar os exames, e por aí vai. Neste mês a média deu um pouco mais alta porque tivemos 3 pacientes com endocardite que demoram mais, em média 45 dias em uso de antibiótico. Então é uma permanência que se justifica. E as que não se justificam tomamos medidas para não acontecer. (E6).

Então o trabalho público é muito bom! Essa questão da gente poder também trabalhar esses indicadores e dizer: poxa, eu estou legal! Eu preciso melhorar nisso aqui!. (E1).

Percebemos que a avaliação pode produzir informações para a melhoria das ações em saúde e para o julgamento acerca da qualidade técnica, efetividade e eficiência, podendo mobilizar estratégias e técnicas necessárias da Epidemiologia e das Ciências Humanas (SILVA, 2005).

Deve, no entanto, estar diretamente relacionada aos objetivos e metas definidas previamente no planejamento, assim como ao conhecimento da situação real e do estado em que se pretende chegar:

Precisamos nos apropriar de ferramentas para fazer boas medições, para avaliar os nossos resultados baseados em algo que planejamos, nas nossas metas, nos nossos objetivos. (E5).

Outra coisa: o objetivo deve estar muito claro. Para onde se vai caminhar, onde se deseja chegar, o que se quer com essa mudança! Mudar de uma situação real para uma situação desejada sem esse objetivo claro, sem essa condução, é impossível! (E4).

Esta questão, aparentemente simples, está permeada de elevado nível de complexidade. Neste campo, nas instituições, longe de defrontarmos situações muito bem definidas, considerando a disputa de interesses e a confirmação de linhas de forças, estamos

na realidade diante de uma intensa disputa por sentidos diferentes para a consolidação de um determinado poder, no campo da saúde, onde os próprios sujeitos se forjam na ação (GALLO, 1995).

Porque muitas vezes os interesses das pessoas não são os interesses da instituição. (E4).

Outro aspecto evidenciado na fala dos entrevistados no que se refere à avaliação é a convicção de que esta, além de refletir o desempenho de determinado setor, reflete também as consequências das estratégias adotadas, que devem trazer benefícios concretos para a missão da instituição.

O uso de indicadores serve também para avaliar como está o setor (a entrada e a saída dos carros dele).(E1).

Cada ação que a gente executa tem uma repercussão e essa repercussão tem que ser na área social. Tem que avaliar se traz benefícios para o cumprimento das funções, da missão da instituição. (E4).

Estas falas reforçam a idéia de que investir na adoção da avaliação como parte da gestão cotidiana dos serviços de saúde, compreendendo a interface de avaliar e gerir, pode contribuir para melhorar a compreensão acerca da razão e do sentido dos serviços produzidos (BOSI; MERCADO, 2006).

Por estas e outras razões é que um dos fundamentos do Modelo de Excelência em Gestão Pública é a orientação por informações que permitam a implementação do processo de avaliação. Esta deve ser feita levando-se em consideração a tendência, a relevância e o nível atual dos resultados, comparados a outras organizações que lhe servem de referência (BRASIL, 2010).

6.3 Aspectos dificultadores da Gestão Hospitalar

6.3.1 Comportamento inadequado das pessoas

Com exceção do primeiro entrevistado, que destacou o quanto investe em um bom relacionamento com a sua equipe, os demais deixaram claro que a maior dificuldade que enfrentam como gerentes é o comportamento inadequado de parte significativa do grupo de trabalhadores com o qual tem que se relacionar nas suas atividades cotidianas, destacando o quanto isto os incomoda:

Mas quando você vai para a gerencia de pessoas é o pior que eu acho!É difícil trabalhar com gente!Eu trabalho!Tento da melhor maneira, levando sempre no bom senso, na coerência, na questão de saber ouvir. Mas tem hora que sinceramente penso em abandonar, sair e não querer mais ser gerente(...)Porque fulano não está vindo, porque chega atrasado, é fulano que se acha funcionário público e tem todos os direitos e nenhum dever! Para mim a questão de recursos humanos é a pior!(E2).

[...]Vou começar pelas dificuldades.A maior que vejo é o envolvimento do funcionário.Porque se o servidor não tiver o compromisso, o envolvimento, de ver que aquilo ali é importante, que vai dar resultados, que é o norte do nosso trabalho, não vamos em frente.Esse é um os maiores obstáculos, visto que às vezes fazemos reuniões, passamos e repassamos os pops (procedimentos operacionais padrão), todo ano fazemos a revisão desses pops, e de repente chega um funcionário olha para você e diz : "eu não sei nem o que é isso"!. Isso depois de você levar, de conversar, de divulgar, de dizer como é o processo do pops... (E3).

Fontenele (2010) destaca que em uma organização pública de saúde estão presentes intrincadas relações entre seus diversos atores, que implicam em desafiante paradigmas e tendências no que se refere ao gerenciamento do desempenho de pessoas, no desenvolvimento das habilidades e competências individuais e grupais, confirmando a dificuldade dos gerentes.

Outras inadequações ressaltadas foram o medo do novo, a resistência em sair da zona de conforto e o comportamento de encarar o trabalho como um peso, que deve ser aliviado sempre que possível:

[...] Porque as pessoas tem muito medo do novo. A gente sabe que o funcionário tem muito medo do novo. Vai tirar da zona de conforto eles botam logo dificuldade! Mas eu tento que fazer!(E2).

Alguns passaram na seleção e ficaram muito felizes, mas no dia seguinte, quando tinham que trabalhar aquilo se tornava um peso!(E5).

Notamos que os gerentes sentem necessidade de implementar mudanças culturais que tenham impacto no comportamento das pessoas, mas não estão seguros de como fazê-las. Rivera (2003) destaca o fato de que estas mudanças podem surgir como resultado de uma abordagem indireta, com a implantação progressiva e negociada de um projeto gerencial baseado na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna e no desenvolvimento de maneiras de avaliar e de prestar contas.

Quanto a forma de enfrentar suas atividades, Azambuja *et al.* (2007) destacam que o trabalho surge como algo complexo e paradoxal. Ao mesmo tempo que é sentido como forma de realização e satisfação, é também sentido como peso, quando a pessoa não tem, ou não se permite ter, a consciência do significado do trabalho em sua vida.

O fato é que a forma como o trabalho se apresenta influencia diretamente a vida cotidiana das pessoas, pois os mundos do trabalho e da vida não se separam (AZAMBUJA *et al.*, 2007).

Outro comportamento inadequado citado pelos entrevistados foi a falta de visão sistêmica dos profissionais, que dificulta a compreensão do contexto onde estão inseridos e, conseqüentemente das ações integradas que precisam acontecer para atender às necessidades dos usuários:

A principal dificuldade é a falta de visão sistêmica dos profissionais. Se você não estiver sempre lembrando do sistema de saúde como um todo, que a gente precisa estar mais atento às necessidades do paciente, dentro de um contexto maior, os profissionais, principalmente os médicos, só vem o seu pedaço! (E6).

O que é mais difícil é fazer com que o funcionário realmente entenda o que é essa missão global, realmente seja capaz de oferecer para ao nosso cidadão usuário o que a gente pode fazer de melhor, mesmo sendo um hospital da rede pública . (E3).

Riche e Alto (2001) reforçam a percepção dos entrevistados destacando que a realidade é organizada em círculos, mas só enxergamos as retas. Esta posição fortalece as estruturas individuais e ignora a estrutura subjacente, o que pode causar sensação de

impotência em situações mais complexas.

Encontramos também destacado como inadequado o comportamento de alguns gerentes que ouvem muitos “barulhos”, se deixando envolver pelas pessoas, sem o devido cuidado de considerar o que de fato é real:

Uma coisa em que às vezes as pessoas se atrapalham, é que se deixam envolver por outras pessoas, pelo sentimento ou pelo o barulho que alguns conseguem fazer. Então é muito importante que o administrador separe o barulho dos fatos reais, para verificar o que de fato é essa realidade. O que é barulho e o que é aquela situação que está sendo apresentada (E4) .

Estudo realizado em uma unidade hospitalar do Rio de Janeiro aponta que aparecem nas organizações diferentes percepções acerca do modelo da gestão adotado, que caracterizam a existência de falhas que provocam ruídos no cotidiano da instituição. Trabalhadores vivenciam situações que divergem em vários aspectos das apontadas pelos gerentes e coordenações, confirmando a convivência de várias racionalidades (BERNARDES *et al.*, 2007)

Os entrevistados também consideraram que o comportamento inadequado das pessoas está diretamente relacionado à multiplicidade de formas de vínculos empregatícios existentes na organização, o que dificulta a compreensão das regras e a adoção de medidas gerenciais mais efetivas, especialmente com os servidores públicos. Reconhecem, no entanto, que falta “algo” nos processos da gestão de pessoas:

[...]Primeiro pela questão do vínculo do funcionário.Nós temos várias formas de contratação. Vários vínculos.Nós temos do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde,das empresas terceirizadas e ainda temos funcionários sem vínculo.O sem vínculo é por uma necessidade.Se não tivesse os sem vínculo, muitos serviços estariam fechados.Tem serviço que funciona com quase 80% de pessoal sem vínculo!É uma coisa que foge à minha gestão, tanto minha como do hospital. É uma coisa mais lá em cima, para resolver este problema de falta de pessoal.Mas quando a gente vai pontuar, o pessoal do Ministério e o do Estado são os que me dão mais trabalho!Os da firma terceirizada e os sem vínculo são maravilhosos, não me dão problema! (E2) .

Na organização social as regras para gestão de pessoas estão muito claras. Para o servidor público não. Na realidade nós nunca paramos para enfrentar isto de fato. Há um grupo de servidores com potencial, que nem sequer identificamos,porque não

temos ferramentas. E há uma minoria que só atrapalha, que não deveria estar dentro do serviço público, mas está, demandando uma grande perda de energia dos nossos gerentes! (...) Mas não é só ter autonomia para demitir pessoas, é também estimular, capacitar. Acho que falta algo na gestão de pessoas! (E5).

Pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre ambiente de trabalho e humanização pode dar indícios sobre o “algo” que falta e que pode impactar no comportamento das pessoas: valorização dos profissionais com processos de educação permanente; existência de espaços democráticos para a tomada de decisão e estímulo à criatividade e a autonomia (gestão participativa); reconhecimento; possibilidade de crescimento profissional; flexibilidade; comunicações claras e coerentes; atribuição de responsabilidades e metas; liberdade para expressar sentimentos e desejos (RIOS, 2008).

Destaca, ainda, a pesquisa que os princípios da autonomia e da responsabilidade podem se configurar como instrumento da gestão mais eficiente do que o controle e a burocratização, pois o trabalho só é produtor de sentido para a vida do profissional se este for protagonista do processo (RIOS, 2008).

Quanto à diversidade de vínculos, Fontenele (2010) evidencia que de fato existe uma teia de efeitos produzidos pela interação de trabalhadores de saúde, dirigentes, clientes e os sentimentos que essas interações provocam na dinâmica dos processos de trabalho em uma unidade hospitalar. Dentre esses efeitos, estão os ligados diretamente à multiplicidade de relações de emprego e de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), cujas implicações impactam inclusive nas avaliações de desempenho e no reconhecimento profissional.

Independentemente da relação de emprego, no Modelo de Excelência em Gestão Pública, o conceito de comprometimento com as pessoas é posto em prática com o incentivo à autonomia dos sujeitos para atingir metas e alcançar resultados, assumir riscos, com oportunidades de aprendizado, práticas flexíveis e produtivas e um clima organizacional participativo e agradável.

Mesmo com tudo isso os entrevistados questionam que os comportamentos inadequados podem persistir, para um certo grupo de servidores, o que provoca insatisfação e sensação de impotência:

Eu digo: se você não melhorar você vai ser devolvido para a empresa, que vai me mandar outra pessoa. Eu ainda tenho esse argumento (com os terceirizados), mas com os outros (servidores públicos) eu não posso, eu tenho que conviver com essas pessoas. E por mais que você seja camarada, seja legal, eu sempre digo isso para

eles: eu não fiz isso por você, eu não mudei você de setor? Eu não lhe mudei de horário? Fiz tudo, agora você tem que contribuir! (E2).

As últimas opiniões reforçam o pensamento dos autores que citamos na análise desta subcategoria, para os quais é imperativa a necessidade de atribuir responsabilidades e acompanhar metas e resultados, como alternativa para superar comportamentos inadequados e indesejáveis, que não atendem as necessidades da instituição e, conseqüentemente, dos usuários dos seus serviços.

6.4 Aspectos facilitadores da Gestão Hospitalar

No que se refere aos aspectos facilitadores da Gestão Hospitalar, os entrevistados não apresentaram tantos pontos em comum como quando se referiram aos aspectos dificultadores.

Assim como destacaram, no entanto, como principal aspecto dificultador na gestão hospitalar o comportamento inadequado das pessoas, alguns atribuíram também às pessoas um dos aspectos facilitadores: seus talentos e desempenhos que se diferenciam na competência e na dedicação, contribuindo assim para minimizar o grande desafio que é gerir e gerar um serviço na área de saúde:

Gestão não tem nada de fácil! Mas encontramos pessoas muito colaboradoras que realmente se distinguem das demais. Eu acho que a facilidade que a gente pode considerar são essas pessoas que se destacam pelo esforço próprio. Eu pelo menos fiz sempre, e faço administração, com tanto entusiasmo que parece que encobre as dificuldades! (E4).

Tem pessoas que se doam completamente, como você não vê no serviço privado, a não ser que seja tudo muito pactuado. Você encontra talentos individuais incríveis! (E5).

Na fala desses entrevistados, fica subentendida a palavra competência com o mesmo significado atribuído por Amaral *et al.* (2008), para os quais o termo é utilizado para qualificar a pessoa apta a realizar, no presente, sua atividade com maestria, tendo, para tanto, suficientes conhecimentos, habilidades e atitudes. Nessa definição, competência aparece

como vocábulo amplo, que abarca aspectos intelectuais, emocionais e também morais.

Estes autores destacam, no entanto, o fato de que competência e incompetência são estados e não situações imutáveis, alertando para a noção de que podemos contar com mais pessoas competentes ao nosso redor, à medida que investimos mais em aperfeiçoamento contínuo.

Outro aspecto destacado para facilitar a gestão hospitalar foi o envolvimento da Direção com as mudanças, com os processos de qualidade, que estimulam as melhorias e aumentam a motivação:

Aqui na nossa instituição eu acho um ponto positivo muito forte ter uma Direção envolvida. Que tem a visão de trabalhar isso (indicadores), que abraça a idéia, que a política é trabalhar qualidade, é trabalhar gestão. Eu acho isso uma das coisas principais porque dá abertura para que você realmente acredite e comece a se envolver, e queira desenvolver o trabalho. (E3).

Uma coisa sumamente importante é envolver as pessoas, mas não só envolver as pessoas que estão em execução, mas envolver todas as pessoas que vão ser atingidas pelo problema e principalmente envolver a Direção. Aqueles que tem o comando da situação. Sem o envolvimento da alta administração possivelmente você irá fracassar. É necessário que a alta administração queira para que a coisa realmente aconteça. (E4).

Observamos por essas falas o quanto o comportamento do gerente influencia o do grupo e conseqüentemente os resultados organizacionais.

Oliveira (1998) ressalta que o comportamento humano reflete uma resposta às intenções dos outros e que a associação humana surge quando cada ator do cenário é capaz de perceber o que o outro deseja e, com base nisso, elaborar a sua própria resposta.

Ficou porém evidenciado que não é só o envolvimento da Direção que estimula mudanças comportamentais positivas, facilitando a gestão, mas o comportamento dos líderes de uma maneira geral que, se comprometido e competente, chega mesmo a inibir comportamentos indesejados:

A facilidade que encontro é o respeito dos outros profissionais pelo meu trabalho. Isso faz com que as pessoas me escutem! Eu só não tenho o dom da fala, mas eu tenho a prática. Tenho compromisso. Quando os outros agem sem compromisso diante de nós até ficam envergonhados de não nos acompanhar. (E6).

Ao lado do destaque conferido ao envolvimento e ao comportamento positivo da Direção e dos gerentes, como aspectos facilitadores da Gestão, foi destacado também o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (*Gespública*), do Ministério do Planejamento, adotado pela Instituição em 2007, como norteador das práticas de melhoria de gestão e incentivador das mudanças organizacionais.

[...]O *Gespública*. Todo mundo disse que adorou, todo mundo trabalhou, correu. Porque infelizmente as pessoas sabem que têm que fazer, mas deixam passar. Na hora do aperto todo mundo corre para fazer. Eu vi muita gerencia dizendo: Eu achei tão bom porque me fez refletir ! Mexeu com a gente! De repente ver que tem muita coisa que podemos fazer no dia a dia. (E3).

É um caminho maravilhoso que o *gespública* colocou ! (E1).

O processo de avaliação da gestão a que se referem os entrevistados, baseado no Modelo de Excelência em Gestão Pública, está alinhado ao estado da arte da gestão contemporânea ao mesmo tempo em que atende às exigências próprias da natureza pública das nossas organizações (BRASIL, 2010). Contribuí, na visão dos entrevistados, para tirar as pessoas da zona de conforto, incentivando-as a assumir posição mais próativa diante dos desafios cotidianos.

Outro aspecto facilitador citado que contribui para “mexer” com os profissionais, facilitando a gestão, foram as parcerias institucionais. Mais especificamente as parcerias com as universidades que, por meio dos alunos, dirigem outra visão e novas possibilidades sobre uma realidade que “nos acostumamos” a ver:

[...]Com certeza contribui para o nosso crescimento. Demais até! Nós temos campo de estágio aqui para as universidades: UFC, UECE, FAMETRO E UNIFOR. Mostramos o hospital, como é que trabalhamos... Quando termina o estágio temos uma reunião com eles para que repassem o que viram. No caso da enfermagem, qual o papel do enfermeiro, o que viram de diferente e assim surgem críticas construtivas. Eu gosto muito deste momento porque estamos tão dentro do processo que tem certas coisas que não enxergamos mais. É quando vem uma sugestão de fora. Uma coisa tão simples: "por que vocês não fazem assim? (E3).

Estudo realizado com estagiários na área da saúde revela que estes esperam receber ajuda dos professores e colegas de trabalho, acolhendo-os como sujeito dos processos onde estão inseridos. Quando isso ocorre, estas parcerias passam a ser fonte de estímulo para

a elaboração do conhecimento e a transformação pessoal e organizacional (BOSQUETTI; BRAGA, 2008).

Esta última fala reforça ainda a necessidade de abertura para as críticas e a posição de humildade que os gerentes devem cultivar para aguçar a percepção da realidade que os cerca e, conseqüentemente, dos caminhos possíveis para melhorar as práticas da gestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que este estudo apresentou de novo foi a comparação entre as estratégias escolhidas pelos gerentes para melhorar a gestão hospitalar e as estratégias norteadoras do Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP), adotado em 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado para as suas instituições .

Apesar de haver receio da nossa atuação como entrevistadora inibir a espontaneidade dos entrevistados, pela posição que ocupamos na Instituição, assessorando os gerentes nas práticas da gestão da qualidade, isso não ficou evidente.

Percebemos, ao contrário, que a nossa familiaridade com os entrevistados e com os temas abordados facilitou bastante o diálogo e as reflexões que subsidiaram esta pesquisa, e que aprofundaremos a seguir.

Este estudo apontou que a identificação e escolha de estratégias para melhoria da gestão hospitalar estão diretamente relacionadas ao perfil dos membros da Direção e das demais lideranças que atuam na Instituição, e influenciam o comportamento dos demais.

Algumas estratégias consideradas essenciais e indispensáveis, no entanto, apareceram de forma explícita na fala de todos os entrevistados, independentemente do tempo de experiência no cargo ou da área de atuação onde estão inseridos. Foram elas: a gestão de pessoas (incluindo investimentos em informação e conhecimento, com educação permanente), o uso de indicadores para monitorar os resultados organizacionais, o exercício da liderança na condução das ações e no exemplo para as pessoas e a interação dos processos como forma de superar práticas fragmentadas e fortalecer a visão sistêmica dos trabalhadores.

Essas estratégias coincidem com cinco das oito partes que constituem o Sistema Gerencial do Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP) que nos serviu de referencial teórico-reflexivo, e que norteia, segundo sua descrição, a adoção de práticas capazes de conduzir as organizações públicas a padrões elevados de desempenho.

São elas: liderança, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados. Duas das três partes restantes que constituem o referido Modelo apareceram nos discursos, mas não com o destaque que foi dado às cinco anteriores, permanecendo nas entrelinhas: estratégias e planos e investimentos em cidadãos-usuários e na imagem que estes têm da organização. Aspectos importantes que compõem a parte “sociedade” no modelo não foram evidenciados de forma clara nos discursos: atuação socioambiental, controle social e políticas públicas.

As justificativas para escolha das estratégias estiveram sempre relacionadas ao

objetivo de alcançar ou avaliar resultados. Apesar das estratégias escolhidas terem coincidido com grande parte do que recomenda o Modelo de Excelência em Gestão Pública, no qual se baseia o GESPÚBLICA, este não foi citado explicitamente como referência para justificar as escolhas.

Houve quase unanimidade do grupo de entrevistados ao destacar que o comportamento inadequado das pessoas, como descompromisso, resistência às mudanças, problemas de relacionamento, é o aspecto que mais dificulta a gestão hospitalar. Tal unanimidade não ocorreu com os aspectos facilitadores, que, aliás, incluiu também o comportamento das pessoas, embora sob outro prisma.

Que reflexões a mais podemos fazer após estas constatações?

Primeiramente que em sua maioria as partes que constituem o Modelo de Excelência em Gestão e que norteiam a adoção das estratégias, foram reconhecidas pelos entrevistados como essenciais para elevar o nível dos serviços que gerenciam. Este reconhecimento, no entanto, não revelou que os gerentes se sentem seguros quanto à efetividade das práticas que adotam e que estão relacionadas ao que recomenda o referido Modelo.

Depois, que o fato do pequeno destaque dado às estratégias relacionadas às partes “estratégias e planos” e “cidadãos-usuários” pode revelar que o planejamento ainda não está incorporado ao cotidiano dos gerentes, assim como a preocupação com o que pensam e sentem os nossos clientes.

E, por fim, que a atuação socioambiental, o controle social e as políticas públicas parecem temas tão distantes das práticas gerenciais cotidianas que sequer aparecem nas reflexões dos gerentes, absorvidos por uma rotina com tantas demandas emergentes.

Não são, no entanto, somente essas reflexões que podemos abstrair das falas.

Os gerentes revelam que cada estratégia adotada aponta um pouco de si e da visão de mundo que permeia as suas vidas e o seu trabalho. Que o sentimento de urgência provocado pela especificidade da área da saúde lhes atribui uma responsabilidade maior perante as escolhas que fazem, cobrando-lhes um preço significativo pela função que exercem.

A importância atribuída às pessoas por todos os entrevistados não revelou experiências inovadoras concretas que promovessem o encontro do desejo, do reconhecimento e da ação. Os caminhos velhos, que, no entanto, conduzem aos mesmos lugares, parecem mais seguros, pois minimizam os riscos presentes fora da área de conforto de cada um e da organização como um todo. Os “espaços vazios” para produzir a

transformação, porém, continuam abertos.

Restou evidente, com o destaque dado às pessoas, que o gerente precisa ser qualificado para trabalhar a intersubjetividade nos grupos. Caso contrário, não terá sucesso com nenhuma estratégia que adotar, podendo ser “sabotado” inclusive por processos de comunicação falhos que distanciam pessoas e metas organizacionais.

A presença das pessoas nas falas relacionadas tanto às dificuldades como as facilidades, ao sucesso como ao fracasso, ao prazer como a dor de gerir, parece retratar uma contradição que na realidade não existe, existindo sim a constatação de que tudo acontece por meio de e em função delas. Desconhecer este fato é desconhecer a própria gestão permeada de subjetividade, numa relação complexa e desafiadora que nos força ao conhecimento de nós próprios.

Nota-se com efeito, que o comportamento dos líderes é tão valorizado pelos entrevistados quanto as estratégias que estes adotam para alcançar os resultados organizacionais, ganhando, portanto, relevância a posição que assumem e que deve se distanciar, ao mesmo tempo, do autoritarismo e da omissão, aproximando-se das práticas que estimulam a autonomia responsável, a criatividade e a superação do medo de errar, na tentativa de acertar. Distanciar-se também das carências pessoais que impelem à busca por aprovação e reconhecimento, substituindo-as pela certeza da adoção de posições firmes, baseadas na ética e na justiça.

No território ameaçador da gerência de serviços de saúde, onde falhas estratégicas podem implicar perda de vidas, o acompanhamento dos resultados, refletidos nos indicadores, parece imprimir mais segurança às práticas gerenciais. As falas revelam, no entanto, que não há consenso quanto ao que e como medir, revelando as fragilidades das estratégias de monitoramento do desempenho organizacional.

Observamos ainda que a necessidade de implementar a interação dos processos evidencia que coexistem práticas fragmentadas e fragmentadoras em meio ao discurso de reconhecimento de uma realidade sistêmica que parece não abarcar seus vários “pedaços”.

A percepção que temos com este estudo é a de que a inovação não está nas estratégias, prevalecendo inclusive um certo consenso em torno delas, mas nas formas de implementá-las, considerando as pessoas, servidores e usuários, no seu centro, como sujeitos privilegiados na formação da história da Instituição e na deles próprios.

Evidencia-se que os gerentes de serviço não aprofundaram o seu conhecimento sobre o Modelo de Excelência em Gestão Pública, apesar do Ministério do Planejamento e Gestão, da Secretaria do Planejamento, bem assim, da própria Secretaria da Saúde do Estado,

o terem reconhecido como referência para a implementação de melhorias nas suas práticas da gestão, de forma objetiva e consistente.

Nota-se que a participação das pessoas na definição das estratégias a serem escolhidas pela Instituição, na figura dos seus líderes, influencia diretamente o nível de comprometimento e ação, e como tal, o seu sucesso ou fracasso.

Percebemos, ainda, que há certa distancia entre reconhecer uma estratégia como relevante e entre adotá-la de fato, e mais, entre adotá-la e em transformá-la em um caminho inovador rumo às mudanças que querem e necessitam os gerentes e as organizações.

Consideramos que a não-adoção de uma estratégia, após reconhecê-la como relevante ocorre, em parte, em decorrência inúmeros desafios enfrentados na gestão hospitalar, como a escassez de recursos humanos e materiais e a necessidade de estar atento permanentemente às demandas do presente, o que deixa em segundo plano as ações de médio e longo prazo;mas também, e principalmente, a capacidade de fazer acontecer do gerente que nem sempre está aliada à sua capacidade de entender e aceitar algo como bom.

Quanto à dificuldade em transformar uma estratégia em um caminho inovador, que fuja da cotidianidade das práticas sedimentadas ao longo do tempo, consideramos que esteja relacionada ao medo do novo, do desconhecido, de sair da zona de conforto que expõe a riscos;mas também às formas de organização do mundo do trabalho que deixam pouco espaço para a criatividade e a espontaneidade, cerceando sutilmente o tempo do “pensar” em prol do tempo do “atuar”, mesmo que mecanicamente.

A limitação que percebemos neste estudo foi a familiaridade dos gerentes entrevistados com o instrumental da gestão da qualidade, devido a história da instituição, o que pode não ocorrer em outras organizações semelhantes, mudando conseqüentemente os resultados.

Nossa sugestão final é de que ocorra um aprofundamento por parte dos gerentes não só com relação a esse modelo, que não é perfeito, mas também a outros que possam contribuir para melhorar a qualificação em gestão, tornando-se essa uma recomendação para aqueles que ocupam cargos de gerência em serviços de saúde na Secretaria da Saúde do Estado.

Acreditamos que a formação em gestão somente, não qualifica os gerentes para fazerem escolhas mais acertadas. Esta precisa estar aliada à ética, ao compromisso, à experiência e à capacidade de fazer acontecer, valorizando as pessoas. Prescindir, no entanto, do conhecimento acumulado é como dar um salto no escuro, em uma área onde não contamos com rede de proteção!

REFERÊNCIAS

THE AUSTRALIAN INSTITUTE OF SOCIO-ANALYSIS (AISA). **Sócio análise**. Disponível em:< http://www.verarita.psc.br/português.php?id=aisa_pt>. Acesso em: 10 dez. 2009.

AGUIAR, D. M. L. **Avaliação do programa saúde do escolar no município de Fortaleza**. 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

AMARAL, R.M.; GARCIA, L.G.; FARIA, L.I.L.; ALIPRANDINI, D.H. Modelo para o mapeamento de competências em equipes de inteligência competitiva. **Ci. Inf.**, v. 37, n. 2, p. 7-19, 2008 .

AZAMBUJA, E.P.; FERNANDES, G.F. M.; KERBER, N.P. C.; SILVEIRA, R.S.; SILVA, A.L.; CARTANA, M.H.F. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2007 .

AZEVEDO, C.S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 977-986, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar : como fazer entrevistas em ciências sociais. **Rev. Eletrôn. Pós-Graduados em Sociologia Política UFSC**, v. 1, n.3, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em:< <http://www.emtese.ufsc.br>>. Acesso em: 2 fev. 2010.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de Saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Notas sobre a segunda avaliação do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil-EPISUS: potencialidades do enfoque qualitativo-participativo. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 3, p. 549-553, 2009.

BOSQUETTI, L.S.; BRAGA, E.M. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 690-693, 2008 .

BRASIL. **Manual brasileiro de acreditação.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, 2 supl., p. 15-25, 1996

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instrumento de avaliação da gestão pública: ciclo 2009.** Brasília, DF, 2008.

_____. **Instrumento de avaliação da gestão pública: ciclo 2010.** Brasília, DF, 2010.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. Â. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

CAMARGO JÚNIOR, K.R. **Logos: um gerenciador de dados textuais.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-UERJ, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 723-731, 2000.

CAMPOS, R. O.; CAMPOS, G. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRAMOIS, V. **Gestão Hospitalar** : um desafio para o hospital brasileiro. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

CASTRO, L.C.; TAKAHASHI, R.T. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p. 305-311, 2008 .

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc.**,v.13, n. 2, p. 39-55, 2004.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 655-666, 2007.

FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010 .

FERREIRA, M.P.; MARTINS, R.A. “Gestão por indicadores de desempenho: resultados na incubadora empresarial tecnológica”. **Produção**, v. 18, n. 2, p. 33-41, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTENELE, M.F.M. Gestão do desempenho humano: um estudo de caso em um Hospital Geral de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1315-1324, 2010.

GALLO, E. **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec, 1995.

GOMES, C. A. S. **Sanatório de Messejana - 50 anos**: uma história a ser contada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 1983.

GOMES, W. B. A Entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicol. USP**, v. 8, n.2, p. 305-336, 1997.

GONÇALVES, R. B. M.; SCHAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B. Título do capítulo. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. cap. 1, p. 37-63.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. 1989 apud AGUIAR, D. M. L. **Avaliação do programa saúde do escolar no Município de Fortaleza**. 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V.(Org.).**Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz, 2005.

HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES. **Histórico da gestão de qualidade, 2005**. Fortaleza, 2005.

LIMA, A. S. S. **Avaliação da atenção básica em Fortaleza, sob a ótica das mães das crianças menores de 5 anos**. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. **Administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar**. Belém: ESAMAZ, 2008.

MACHADO, M. M. T. **A Conquista da amamentação: o olhar da mulher**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 13, n. 5, p. 723-728, 2005.

MATUS, C. **Adios Señor Presidente: gobernantes gobernados**. Caracas: Inversiones Getsemaly, 1994.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.S. Correntes de pensamento. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOTTA, F. C. P. Administração e participação: reflexões para a educação. **Educ. Pesqui.** v. 29, n. 2, p. 369-373, 2003.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde: questões para os programas DST/AIDS no Brasil: versão preliminar**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000. (Coleção ABIA- Fundamentos de Avaliação, n. 1).

OLIVEIRA, L. B. **A Repercussão do estilo gerencial na transformação das práticas sanitárias**. 1998. 184 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

RICHE, G. A.; ALTO, R. M. As Organizações que Aprendem, segundo Peter Senge: a quinta disciplina. **Cad. Discentes Coppead**, n. 9, p. 36-55, 2001.

RIOS, I.C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais de saúde. **Saúde Soc.** v.17, n. 4, p. 151-160, 2008

RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 73-80, 1997.

RIVERA, F. J. U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 73-80, 2009.

- ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 321-329, 2009.
- SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 2, p. 97-108, 2003.
- SANTOS, I.; CASTRO, C.B. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 734-742, 2008.
- SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-261, 1999.
- SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V.(Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia/Editora Fiocruz, 2005.
- SIMÕES, S. M. F.; SOUSA, I. E. O.Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 5, n.3, p. 13-17, 1997.
- TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. São Paulo: Hucitec, 1993.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 1.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009 .

VASCONCELOS, S. M. **Avaliação da atenção básica em saúde no Estado do Ceará: explorando concepções no nível central**. 2006. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

VASCONCELOS, I.F.G.; MASCARENHAS, A.O.; VASCONCELOS, F.C. Gestão do paradoxo "passado versus futuro": uma visão transformacional da gestão de pessoas. **RAE Electron.**, v. 5, n. 1, jun. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n1/29561.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E.S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F.J. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1301-1314, 2010.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas, concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

DATA: _____

NOME: _____

PROFISSÃO: _____

TEMPO DURANTE O QUAL ATUA COMO GESTOR (A):

FUNÇÃO QUE EXERCE NA INSTITUIÇÃO: _____

1- Poderia me dizer, na sua trajetória como gerente, quais as estratégias que você adotou para melhorar a gestão do seu serviço? O que fez decidir por essas opções de estratégias?

2- Entre as estratégias adotadas, quais as que você considera relevantes para o alcance dos resultados e por quê?

3- Você considera que as estratégias que destacou como relevantes estão diretamente relacionadas aos resultados alcançados? Por quê?

4- Quais as dificuldades e facilidades que você enfrenta para melhorar a gestão dos seus serviços?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Compreensões e escolhas de um grupo de gerentes de um hospital de alta complexidade sobre estratégias de melhoria da gestão.

Nome do (a) Pesquisador (a): Dione Bezerra de Barros

Nome do (a) Orientador (a): Márcia Maria Machado Tavares

O(a) sr. (sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade identificar estratégias de melhoria para alcançar resultados na gestão, especialmente em hospitais públicos do Estado do Ceará.

O motivo que nos leva a estudar sobre este tema é que o hospital é considerado por vários autores como a organização moderna mais complexa para gerenciar, sendo complexa também a escolha dos caminhos que possam levar aos resultados desejados.

Ao participar deste estudo, o(a) sr. (sra) permitirá que experiências da gestão possam ser compartilhadas por profissionais que atuam na gerência de serviços hospitalares contribuindo para melhorar seu desempenho, e conseqüentemente, dos serviços que gerenciam.

Os participantes desta pesquisa são gerentes de serviços do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes que concordam em participar do estudo, podendo a qualquer momento desistir de sua participação ou solicitar as informações complementares que quiserem.

Ressaltamos que você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste trabalho e que não há riscos previstos na metodologia que resolvemos adotar: entrevistas individuais gravadas, transcritas para análise posterior.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Testemunha 1

Testemunha 2

CONTATOS

Pesquisador: _____

Orientador: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

CEP: _____

ANEXOS

ANEXO I



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE



HOSPITAL DE MESSEJANA DR.
CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo do CEP/HM: 719/10

Pesquisador responsável: Dione Bezerra de Barros

Título do Projeto:

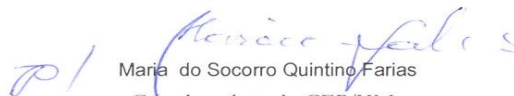
Compreensões e escolhas de um grupo de gerentes de um hospital de alta complexidade sobre estratégias de melhoria de gestão.

Levamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HM) do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 09 de Junho de 2010.

Outrossim, gostaríamos de lembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/HM, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEP/HM deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP/HM ao término do estudo.

Fortaleza, 09 de Junho de 2010 .


 Maria do Socorro Quintino Farias
 Coordenadora do CEP/HM

ANEXO II

FAIXAS DE PONTUAÇÃO GLOBAL

As faixas de pontuação global são um indicativo do nível de maturidade lançado pela gestão de uma organização. A soma da pontuação dos 25 itens dos critérios gera a pontuação global da organização, que se enquadra numa das seguintes faixas.

Número	Descrição da Maturidade da Gestão	Faixa de Pontuação
9	Enfoques altamente proativos, refinados, inovadores, totalmente disseminados, com uso continuado, sustentados por um aprendizado permanente e plenamente integrados. Tendências favoráveis em todos os resultados. Nível atual igual ou superior aos referenciais pertinentes para quase todos os indicadores. Liderança no setor reconhecida como “referencial de excelência” na maioria das áreas, processos ou produtos	851 – 1.000
8	Enfoques muito refinados, alguns inovadores, proativos, com uso continuado e muito bem disseminados pelas áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas. O aprendizado promove fortemente a inovação. As práticas entre itens e critérios são na maioria integradas. Tendências favoráveis em todos os resultados. Nível atual igual ou superior aos referenciais pertinentes para quase todos os resultados, sendo referencial de excelência em muitas áreas, processos ou produtos	751 – 850
7	Enfoques adequados para os requisitos de todos os itens, sendo a maioria refinada a partir de aprendizado e inovação para muitos itens. Quase todos os requisitos são atendidos de forma proativa. Uso continuado em quase todas as práticas, disseminadas pelas principais áreas, processos produtos e/ou partes interessadas . Existem algumas falhas na sinergia entre áreas e ou partes interessadas, afetando eventualmente a integração. Quase todos os resultados apresentam tendência favorável e nenhum exhibe tendência desfavorável. Nível atual superior aos referenciais pertinentes para a maioria dos resultados, sendo considerado líder do ramo e referencial de excelência em algumas áreas, processos ou produtos	651 – 750
6	Enfoques adequados para os requisitos de todos os itens, sendo alguns refinados e a maioria proativos, bem disseminados pelas principais áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas. Uso continuado em quase todas as práticas. As práticas da gestão são coerentes com as estratégias da organização; o refinamento decorre do aprendizado e inovação para muitas práticas do item. Existe inter-relacionamento das práticas de gestão, mas ainda existem algumas lacunas de cooperação entre áreas e/ou partes	551 – 650

	interessadas, afetando em parte a integração. Quase todos os resultados apresentam tendência favorável. O nível atual é igual ou superior aos referenciais pertinentes para a maioria dos resultados, podendo ser considerado líder do ramo.	
5	Enfoques adequados para os requisitos de quase todos os itens, sendo vários deles proativos, disseminados pelas principais áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas. Uso continuado em quase todas as práticas, com controles atuantes. Existem algumas inovações e muitos refinamentos decorrentes do aprendizado. As práticas de gestão são coerentes com as estratégias da organização; existem algumas lacunas no inter-relacionamento das práticas da gestão, e existem muitas lacunas de cooperação entre áreas e/ou partes interessadas, afetando regularmente a integração. A maioria dos resultados apresenta tendência favorável. Nível atual é igual ou superior aos referenciais pertinentes para alguns resultados.	451 – 550
4	Enfoques adequados para os requisitos da maioria dos itens, sendo alguns proativos, disseminados na maioria das áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas, com controle das práticas para muitos itens. Uso continuado para a maioria das práticas. O aprendizado, o refinamento e a integração ocorrem para muitos itens. As práticas da gestão são coerentes com a maioria das estratégias da organização, mas existem lacunas significativas no interrelacionamento entre as práticas da gestão. Muitos resultados relevantes são apresentados como decorrência da aplicação dos enfoques. Alguns resultados apresentam tendências favoráveis. Início de uso de informações comparativas.	351 – 450
3	Enfoques adequados aos requisitos de muitos itens com proatividade, estando disseminados em algumas áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas. Existem incoerências entre as práticas da gestão e as estratégias assim como há muitas lacunas no inter-relacionamento das práticas de gestão. O aprendizado, o refinamento e a integração ocorrem para alguns itens. Alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques, avaliações e melhorias são apresentados com algumas tendências favoráveis.	251 – 350
2	Os enfoques se encontram nos primeiros estádios de desenvolvimento para alguns itens, com práticas proativas, em consideração aos fundamentos da excelência, existindo lacunas significativas na aplicação da maioria deles. Algumas práticas apresentam integração. Começam a aparecer alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação de enfoques implementados.	151– 250
1	Estádios preliminares de desenvolvimento de enfoques, quase todos reativos, associados aos fundamentos da excelência, considerando os requisitos dos critérios. A aplicação é local, muitas em início de uso, apresentando poucos padrões de trabalho associados aos enfoques desenvolvidos. O aprendizado ocorre de forma isolada, podendo haver inovação esporádica. Não ocorrem refinamento e a integração. Ainda não existem	0 – 150

	resultados relevantes decorrentes de enfoques implementados	
--	---	--