

ELIZABETH ARTMANN

*DEMARCHE STRATÉGIQUE (GESTÃO ESTRATÉGICA
HOSPITALAR):*

*um enfoque que busca mudança através da comunicação e da
solidariedade em rede*

CAMPINAS

2002

ELIZABETH ARTMANN

***DEMARCHE STRATÉGIQUE (GESTÃO ESTRATÉGICA
HOSPITALAR):***

***um enfoque que busca mudança através da comunicação e da
solidariedade em rede***

*Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, para
obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva*

Orientador: Emerson Merhy

CAMPINAS

2002

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Ar76d Artmann, Elizabeth
Démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar) : um enfoque
que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede
/ Elizabeth Artmann. Campinas, SP : [280p], 2002.

Orientador : Emerson Elias Merhy
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

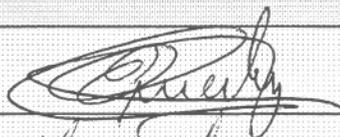
1. Hospitais – Administração. 2. Habermas, Jurgen, 1929-. 3.
Hospital e comunidade. 4. Planejamento Estratégico. 5.
Administração – Hospitalar - Métodos. I. Emerson Elias Merhy. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

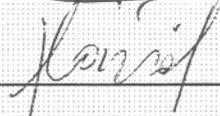
Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



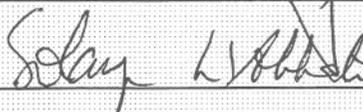
2. Prof. Dr. Flávio Beno Siebeneichler



3. Prof. Dr. José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres



4. Profa. Dra. Solange L'Abbate



5. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio



Curso de pós-graduação Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/02/2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

*Dedico esta tese a meu filho, Alexandre, que
tinha 4 anos quando iniciei o doutorado, agora
acaba de completar 9 e é meu tudo existencial.*

Aos meus pais, Carlos e Sieglinde, apesar da distância geográfica, sempre presentes no afeto.

A Javier, que dividiu comigo os 'altos e baixos' relacionados à condição de doutoranda, com todas as suas ansiedades, expectativas e desafios. Ao colega, mentor da adaptação da *démarche stratégique* à realidade brasileira, pelas produtivas trocas intelectuais. Ao companheiro de vida, pelo apoio e afeto.

A Emerson, meu paciente orientador, pela sensibilidade em não me pressionar durante alguns períodos de baixa na produção, em razão de inúmeros fatores, inclusive uma tendinite. Pela orientação acadêmica e apoio.

Aos profissionais de saúde que participaram da *démarche* engajadamente, que acreditaram e tornaram possível a experiência (a lista é imensa, incluindo os da AP-4 e do hospital da Lagoa). Pelo envolvimento, motivação e pelas enriquecedoras discussões.

À Rejane e Claire, da equipe de consultoria.

Aos professores da Unicamp, especialmente ao professor Everardo, com admiração pela forma apaixonada com que exerce sua Arte.

Aos alunos da pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP, sempre fonte de aprendizado.

Aos colegas de doutorado, das turmas da Unicamp e da ENSP, pelas ricas discussões.

À Élide e Vânia, colegas de doutorado e amigas, pela amizade especial.

Aos autores, muitos, colegas de profissão, que contribuíram, com seus diferentes aportes para esta pesquisa.

A Carlos Matus, idealizador do Planejamento Estratégico Situacional (*in memoriam*) pela fonte constante de reflexão.

À força e à poesia da vida; aos meus poetas preferidos (os vivos e os vivos em livros) que trouxeram inspiração e poesia nos momentos de aridez do caminho intelectual.

A MEUS AMIGOS GUERREIRROS

Elizabeth Artmann, Campinas, 1997 (1º ano de doutorado)

*Sopram ventos
rolam águas
desde o tempo
que meus amigos guerreiros
lutavam na Nicarágua
combates tão derradeiros
e tão primeiros*

*Valeu a pena?
Claro:
a alma não é pequena
meu caro.
Na memória da Utopia
'inda ressoa
o poema
de Pessoa
(abram as tampas da pias!)*

*A História continua
linda/nua/crua
de Weber à Marx
à descoberta dos quartz
dos ensinamentos de Buda
aos poemas de Neruda
Arte e Literatura
desfazem nós
contras e prós
da ciência dura
pura*

*Antigos mitos
ainda sussurram
ao coração da Modernidade
velhos ritos*

*De Habermas a filosofia
unindo Razão e Emoção
resgata de escombros
a Liberdade
levanta os ombros
a nova Utopia
guerreiros ritmos
nova canção!*

*Se fecharmos a porta a todos os erros,
a verdade ficará de fora.*

Rabindranath Tagore

Escritor indiano

	PÁG.
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
RESUMÉ	<i>xxxvii</i>
1- INTRODUÇÃO	41
2- OBJETIVOS	51
3- ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	55
CAPÍTULO I – O ENFOQUE DE GESTÃO HOSPITALAR DE CRÉMADEZ & GRATEAU	61
1- Introdução.....	63
2- As premissas teóricas gerais do enfoque de Crémadez.....	66
2.1- Dinâmica organizacional e prática decisória.....	66
2.2- Prática decisória e gestão estratégica.....	69
2.3- Crise de identidade e renovação do contrato psicológico.....	72
2.4- O modelo de mudança organizacional.....	76
3- O desenho do método.....	78
3.1- A análise do existente.....	79
3.2- A segmentação estratégica	81
3.3- Fatores-chave de sucesso e análise da posição competitiva.....	93
3.4- Porta-fólio de atividades: uma visão de conjunto.....	96
3.5 - Plano estratégico de ação.....	102

4- Estratégias genéricas para melhorar a posição competitiva.....	103
4.1- A estratégia fundada nos custos.....	106
4.2- A estratégia de diferenciação.....	109
4.3- Avaliação das dificuldades encontradas.....	112
5- Referências bibliográficas.....	114
CAPÍTULO II – INTERDISCIPLINARIDADE, AGIR COMUNICATIVO E GESTÃO ESTRATÉGICA.....	117
1- Introdução.....	119
2- Pressupostos básicos para compreensão do projeto interdisciplinar habermasiano.....	121
2.1- Conceito de mundo, mundo da vida e sistema.....	121
2.2- Teoria da ação comunicativa.....	122
2.3- O paradigma da comunicação.....	123
3- Construindo a interdisciplinaridade.....	125
4- Planejamento estratégico situacional (PES) e Interdisciplinaridade.....	134
5- Gestão estratégica hospitalar, estruturas em rede e interdisciplinaridade.....	137
6- Referências Bibliográficas.....	151
CAPÍTULO III- A DIMENSÃO CULTURAL NA MUDANÇA ORGANIZACIONAL: ABORDAGEM COMUNICATIVA E GESTÃO ESTRATÉGICA.....	153
1- Introdução.....	155
2- Abordagens teóricas e sua relação com a Cultura.....	157
2.1- A abordagem funcionalista-sistêmica.....	157

2.2- As abordagens da teoria da ação e da fenomenologia.....	160
2.3- A abordagem dialética.....	163
3- que é cultura (algumas abordagens).....	165
4- Cultura e mudança organizacional: esboço de uma proposta.....	172
5- Cultura e gestão estratégica: a démarche stratégique.....	186
6- Considerações finais.....	193
7- Referências bibliográficas.....	195
 CAPÍTULO IV - A EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DA DÉMARCHE STRATÉGIQUE NA AP-4/RIO DE JANEIRO: a Ítaca possível.....	
1- Introdução.....	201
2- Contexto e início do processo.....	202
3- Relato e análise da experiência.....	206
3.1- A segmentação estratégica nos 3 hospitais.....	210
3.2- Análise do valor dos segmentos da cirurgia geral dos hospitais.....	215
3.3- Análise da posição competitiva dos segmentos da cirurgia geral.....	224
3.4- A leitura do porta-fólio de atividades como base para a estratégia.....	238
3.5- Síntese propositiva das estratégias e planos de ação dos três hospitais da AP4.....	241
3.5.1- Plano de ação do hospital Lourenço Jorge por segmentos.....	252
3.5.2- Plano de ação do Hospital Cardoso Fontes por segmentos.....	262
3.5.3- Plano de ação do Hospital Raphael de Paula Souza por segmentos.	272
4- Análise da entrevistas e construção de discursos coletivos.....	281

4.1- Roteiro da entrevistas.....	282
4.2- Descrição do método de análise de discursos.....	283
5- Apresentação dos resultados.....	284
6- Considerações finais.....	309
7- Referências Bibliográficas.....	317
4- CONCLUSÃO: fechando mas abrindo.....	319
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	331
6- ANEXOS.....	337
Roteiro para análise e definição estratégica do perfil assistencial do hospital..	339
Análise do valor da cirurgia geral do HRPS.....	365
Análise do valor da cirurgia geral do HCF.....	366
Análise do valor da cirurgia geral do HLJ.....	367
Porta-fólio de atividades da Cirurgia Geral do Hospital Raphael de Paula Souza.....	368
Porta-fólio de atividades da Cirurgia Geral do Hospital Lourenço Jorge.....	369
Porta-fólio de atividades da Cirurgia Geral do Hospital Cardoso Fontes.....	370

LISTA DE ABREVIATURAS

CACOON	Centro de alta complexidade em Oncologia
CAP	Coordenação de Área Programática
CC	Centro Cirúrgico
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
FCS	Fatores-chave de Sucesso
HCF	Hospital Cardoso Fontes
HD	Hospital-dia
HLJ	Hospital Lourenço Jorge
HRPS	Hospital Raphael de Paula e Souza
HMMC	Hospital Municipal Miguel Couto
INCA	Instituto Nacional do Câncer
M.C	Hospital Miguel Couto
PAM	Posto Avançado Médico
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PCR	Padronização de registros clínicos
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SMS	Secretária Municipal de Saúde
UI	Unidade Intermediária

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>PÁG.</i>
GRÁFICO 1 -.....	97
GRÁFICO 2 -.....	100
GRÁFICO 3 -.....	368
GRÁFICO 4 -.....	369
GRÁFICO 5 -.....	370

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
QUADRO 1- Rede de Cuidados (adaptado).....	80
QUADRO 2- Avaliação do valor do segmento.....	91
QUADRO 3- Fatores-chave de sucesso.....	96
QUADRO 4- Segmentação da especialidade cirúrgica.....	211
QUADRO 5- Prioridades de cada hospital.....	223
QUADRO 6- Distribuição dos fatores-chave de sucesso do HCF.....	225
QUADRO 7- Distribuição dos fatores-chave de sucesso do HRPS.....	229
QUADRO 8- Distribuição dos fatores-chave de sucesso HLJ.....	231
QUADRO 9- Síntese geral das estratégias de ação.....	247



RESUMO

Esta tese propõe-se discutir o enfoque francês de gestão estratégica e definição hospitalar “la Démarche Stratégique” de Michel Cremadez, suas potencialidades, limites e desafios, considerando o contexto de saúde brasileiro.

Trata-se de um estudo de cunho teórico-conceitual, que tem como principal fio condutor as premissas teórico-pragmáticas do Agir Comunicativo de Habermas, mas apóia-se também na análise da experiência concreta de aplicação do método, nos hospitais de uma Área de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (AP-4). O estudo tem como objetivo mostrar o potencial comunicativo do enfoque, como instrumento de coordenação regional em rede e de definição das missões hospitalares. Baseado na busca da diferenciação dos hospitais e na negociação do perfil de atividades de cada um, em função de suas próprias potencialidades e do ambiente externo - demandas, perfil epidemiológico -, o modelo propõe a contribuir para a construção de uma proposta de sistema regionalizado e integrado de saúde, trabalhando todas as possibilidades de integração horizontal e vertical dos vários níveis de complexidade internos.

Apresenta-se a fundamentação teórico-metodológica do modelo, seus objetivos econômico/administrativos e comunicativos, assim como suas potencialidades em termos de gestão cultural. Particular ênfase é dada à possibilidade de potencialização da mudança cultural e à busca de um aprofundamento das relações interdisciplinares. Uma discussão específica sobre o enfoque interdisciplinar que serve de marco teórico para a aplicação do modelo é apresentada após a fundamentação teórico-metodológica mais geral.

Da mesma forma, propõe-se uma discussão mais geral da questão cultural, considerando-se que, em boa parte, os objetivos gerenciais do modelo dependem do desenvolvimento de uma dinâmica cultural, inerente ao desenvolvimento das premissas e instrumentos do enfoque específico. A relação entre cultura e gestão estratégica serve como pano de fundo conceitual da análise da experiência.

Além da apresentação dos resultados da aplicação concreta do enfoque e de sua análise em várias dimensões, a pesquisa comporta uma série de entrevistas com atores-chave que participaram da experiência, cujos resultados são discutidos segundo o método de análise qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo. Busca-se desta maneira, uma complementaridade através da análise sobre os significados, desdobramentos, e possíveis

impactos gerenciais e culturais, segundo as representações dos participantes. Com isto, pretende-se identificar e discutir obstáculos e potencialidades do enfoque nas dimensões da cultura, da interdisciplinaridade, da responsabilização dos serviços, de uma maior governabilidade sobre os Planos de Ação, da solidariedade entre os serviços dos hospitais e entre parceiros da rede, apoiados na categoria habermasiana da ação comunicativa.



ABSTRACT

This dissertation discusses the French approach to strategic management and a hospital definition of Michel Crémadez's *Démarche Stratégique* (strategic decision-making processes), and considers the related potential, limits and challenges in the Brazilian health context.

This theoretical and conceptual study takes as its mainstay the theoretical and pragmatic premises of Habermas's Communicative Action, but also rests on an analysis of the specific experience of applying the method in hospitals in one of the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat's Planning Areas (AP-4). The purpose of the study is to show the approach's communicative potential as an instrument for coordination in a regional network and for defining hospitals' missions. Drawing on the hospitals' endeavors to achieve differentiation and on the negotiation by each of a profile of activities in terms of their own potentials and the external environment - demands, epidemiological profile -, the model proposes to contribute to constructing a proposal for a regionalized, integrated health system, building on all opportunities for horizontal and vertical integration of the various internal levels of complexity.

We present the theoretical and methodological foundations of the model, its economic, administrative and communicative aims, and its potential in terms of cultural management. Particular emphasis is given to the opportunities for potentiating cultural change and to the effort to extend and expand interdisciplinary relations. After the more general theoretical and methodological grounding has been presented, there is a specific discussion of the interdisciplinary approach that serves as a theoretical framework for applying the model.

In much the same way, we offer a more general discussion of the cultural issues, given that the managerial aims of the model depend largely on the progression of a cultural dynamics inherent to developments resulting from application of the premises and instruments of the specific approach. The relationship between culture and strategic management provides the conceptual backdrop to our analysis of the experience.

In addition to presenting the results of a specific application of the approach, and analyzing those results in several dimensions, the study includes a series of interviews with key players in the experience, the results of which are discussed according to the Discourse of the Collective Subject method of qualitative analysis. This was done so as to yield a

complementary analysis based on the meanings, developments and possible managerial and cultural impact according to the representations of the participants. The intention is to identify and discuss the model's potential and any obstacles it faces in the dimensions of culture, interdisciplinarity, service accountability, improved governance of Action Plans, solidarity among the hospitals' internal services and among network partners, as supported by Habermas's category of communicative action



RESUMÉ

Dans cette thèse, nous nous sommes proposés à discuter l'approche française de gestion stratégique et la définition hospitalière "la Démarche Stratégique" de Michel Crémadez, ses potentialités, limites et défis, tout en considérant le contexte brésilien de santé.

Il s'agit d'une étude de teneur théorique/conceptuelle qui possède comme principal fil conducteur les prémisses théoriques/pragmatiques de l'Agir Communicatif d' Habermas, mais qui s'appuie aussi sur l'analyse de l'expérience concrète d'application de la méthode dans les hôpitaux d'une Région de Planification du Département Municipal de Santé de la ville de Rio de Janeiro (AP-4). L'étude a pour but celui de montrer le potentiel communicatif de l'approche comme instrument de coordination régionale en réseau et de définition des missions hospitalières. Basé sur la recherche de la différenciation des hôpitaux et la négociation du profil d'activités de chacun en fonction de ses propres potentialités et de l'ambiance externe - demandes, profil épidémiologique -, le modèle se propose à contribuer quant à la construction d'une proposition de système régionalisé et intégré de santé, qui travaille sur toutes les possibilités d' intégration horizontale et verticale de plusieurs niveaux de complexité internes.

Nous présentons le fondement théorique/méthodologique du modèle, ses objectifs économiques/administratifs et de communication, ainsi que ses potentialités en termes de gestion culturelle. On met un particulier accent sur la possibilité de potentialisation du changement culturel et la recherche d'un approfondissement des rapports interdisciplinaires. On présente, après le fondement théorique/méthodologique plus générale, une discussion spécifique sur l'approche interdisciplinaire qui sert de tableau théorique quant à l'application du modèle.

De même forme, nous proposons une discussion plus générale de la question culturelle, tout en considérant que, en grande part, les buts gestionnaires du modèle dépendent du développement d'une dynamique culturelle, inhérente au développement des prémisses et des instruments de l' approche spécifique. Le rapport entre culture et démarche stratégique sert comme toile de fond conceptuelle de l'analyse de l'expérience.

En plus de la présentation des résultats de l'application concrète de l'approche et de son analyse en plusieurs dimensions, la recherche contient une série d'entretiens avec des acteurs-clés qui ont participé à l'expérience, dont les résultats sont discutés selon la

méthode de l'analyse qualitative du Discours du Sujet Collectif. Nous cherchons de cette forme une complémentarité à travers l'analyse des significations, déploiements et possibles impacts gestionnaires et culturels, selon les représentations des participants. Ensuite, on prétend identifier et discuter les obstacles et potentialités de l'approche dans les dimensions de la culture, de l'interdisciplinarité, de la responsabilisation des services, d'une plus grande gouvernabilité sur les Plans d'Action, de la solidarité entre les services des hôpitaux et entre partenaires du réseau, appuyés par la catégorie Habermasienne de l'action communicative.



1. INTRODUÇÃO

No descomeço era o verbo.

Temos que enlouquecer o nosso verbo, adoecê-lo de nós, a ponto que esse verbo possa transfigurar a natureza. Humanizá-la.

Manuel de Barros

A linguagem, constitutiva do mundo da vida, capaz de costurar as diferentes dimensões do humano e por si só traduzir o humano, quando reduzida à dimensão parcial de uma racionalidade tecnológica, objetivizante e burocrática, pode se transformar num instrumento de desumanização.

Esta linguagem tecnocrática, 'científica', hoje considerada a normal em tantas instâncias, por tantos enfoques de gestão, encobre as outras dimensões, ocupando um lugar totalizador que não lhe cabe, pois é apenas uma das dimensões, incapaz de articular todas as facetas do humano. Por isso, como diz o poeta, é preciso enlouquecer o Verbo, adoecê-lo de nós, humanizá-lo.

A dura racionalidade tecnológica e burocrática dos hospitais públicos, impassível muitas vezes diante da dor e do sofrimento estampados nos rostos, nas filas de espera, não foi capaz de fazer desaparecer o mundo da vida dos atores que constituem a organização. Por isso não foi difícil encontrar médicos, enfermeiros e tantos profissionais apaixonados pela missão de salvar vidas e amenizar sofrimentos, e que, apesar de tantas frustrações vividas ao longo da nossa história de saúde pública, nunca permitiram que a luz da utopia, ainda que muitas vezes, apenas brasa em meio a cinzas, jamais se apagasse.

Ainda os mais especializados e endeusados profissionais, mantêm aceso o humano desejo de contribuir para resgatar antigas utopias, ainda que suas motivações pessoais e profissionais de sucesso juntem-se a este desejo maior compartilhado e continuem legítimas - todos merecemos ver nosso trabalho valorizado - e a eles dedico este trabalho.

Mantive meu ímpeto ao delírio do Verbo (a poesia) como uma porta entreaberta durante todo esse tempo, esse processo de gestação desta tese, porta que se escancarou algumas vezes me libertando da linguagem convencional e alçando-me a outras mágicas dimensões que só a experiência poética pode proporcionar.

Nesta viagem conheci amigos, poetas alguns, admiradores de poesia e da literatura outros, ou dados a ambas as qualidades e a eles também dedico a aventura de produzir uma tese, por paradoxal que possa parecer.

E aos que porventura se espantarem com esta introdução a uma tese acadêmica, aviso logo, que a abordagem habermasiana traz um conceito alargado de razão, onde cabem a intuição, os sentimentos e os desejos, as expressões do mundo subjetivo tudo costurado pela linguagem. Alerto que a linguagem científica por mais especializada e *sui generis* que seja, necessariamente depende da moldura da linguagem comum, cotidiana para ser divulgada e cumprir sua missão.

A discussão proposta nesta tese situa-se no âmago do atual contexto, onde importantes desafios se colocam para a gestão das instituições públicas. No Brasil, vivemos um processo de descentralização crescente que vem colocar exigências para as organizações públicas no sentido do alcance de uma maior eficiência e efetividade social.

A competitividade aumenta com a entrada de novos grupos disputando recursos no setor saúde, levando à valorização de novas posturas gerenciais, que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade. Cabe considerar também o cenário internacional, o qual se reflete em nossa realidade, guardadas as diferenças de contextos culturais, onde a elevada competitividade e rápidas mudanças tecnológicas levam à necessidade de adaptação das organizações, sejam elas públicas ou privadas, no sentido de sua adequação às atuais exigências.

Buscaremos nos concentrar no setor público, embora este deva ser considerado, hoje, necessariamente, em sua relação com o privado.

Os debates sobre o SUS já há alguns anos incluem propostas relacionadas com a melhoria da capacidade de gestão como alicerce para o aumento da qualidade na prestação de serviços.

Vários autores (MOTTA,1990; MALIK & VECINA, 1990; LIMA, 1993; CECÍLIO, 1997), reconhecem a importância de fatores organizacionais na crise das instituições públicas de saúde. Lima destaca, entre os fatores de ordem organizacional, ainda que associados a causas estruturais, o não alcance de resultados e a utilização

inadequada de recursos existentes e explica esta crise de eficácia e eficiência, em parte, pela falta de clareza sobre os objetivos da instituição.

Dar direção à organização através da definição ou redefinição de objetivos e de estratégias para implementá-los, constitui-se numa das mais importantes funções gerenciais. Sem ter clareza sobre sua missão, nenhuma organização poderá definir metas e reestruturar-se para responder com competência aos desafios a ela colocados.

A desmotivação e o descontentamento dos profissionais da saúde pública (CAMPOS, 1997) somam-se a uma perda de identidade organizacional e constituem sérios impasses que necessariamente devem ser considerados em propostas de intervenção nas organizações de saúde.

Para MERHY (2000), a reestruturação produtiva do setor saúde põe em jogo os atuais arranjos entre as diferentes tecnologias e núcleos de competência, promovendo tensões que podem operar como possibilidade de novas transformações, impondo-se como desafios na luta pela saúde como bem público.

As atuais exigências acima apontadas relacionam-se justamente à discussão de uma nova forma de gestão que acompanhe e responda a esta reestruturação do setor saúde que dizem respeito à mudança em três paradigmas básicos que compõem o sistema de saúde: o paradigma da medicina, o paradigma da saúde pública e o paradigma profissional (CREMADEZ & GRATEAU, 1997).

Segundo estes autores, o universo médico vive sua revolução industrial, um progresso técnico e científico que exige crescente especialização e concentração de atividades. A rapidez das mudanças aumenta o divórcio entre as características do exercício da medicina e a estrutura administrativa. Há uma oposição entre as gerações de profissionais e uma espiral burocrática na tentativa de padronizar as práticas.

Contraditoriamente, a sociedade entra na era pós-taylorista e o novo paradigma da medicina exige uma integração entre o espiritual e o físico. O médico deve considerar o indivíduo em sua interação com o ambiente; a oposição generalista/especialista perde sua força e o médico deve aprender a agir coletivamente; a oposição entre a medicina orgânica/positivista e a medicina ecológica se rompe e a eficácia passa a depender cada vez mais da atuação de equipes multi ou interdisciplinares.

Faz-se necessário não só respeitar uma deontologia profissional, mas ainda aderir a uma ética organizacional fundada na valorização da diversidade e na construção de uma solidariedade entre os diferentes atores, sejam eles, cuidadores ou não, que compõem a organização.

Muda o paradigma do serviço público e o conceito de universalidade no atendimento é questionado por gerar desigualdades: beneficiar-se sem discriminação tornou-se fonte de desigualdade.

A mudança do paradigma profissional resulta da inovação tecnológica. A experiência não aparece mais como a base essencial da competência profissional, embora permaneça como um elemento indispensável à competência clínica. O aparecimento, porém, de novas abordagens diagnósticas e a contribuição crescente de diversas disciplinas fundamentais conduzem à obsolescência mais rápida dos conhecimentos e das práticas, levando a uma natural necessidade de atualização permanente, especialização crescente e regressão da autonomia dos especialistas.

A maior penetração tecnológica e econômica impacta não só o paradigma da medicina mas questiona a hierarquia e o modo de reconhecimento de reconhecimento da competência profissional. A experiência deixa de ser sinônimo de competência e isto tem reflexos sobre o modo de gestão das organizações, impactando desde a política de recursos humanos até o rompimento do contrato psicológico dos profissionais com a organização, questões que serão melhor abordadas no presente estudo.

Esta proposta de estudo tem como objeto de análise, o enfoque de gestão estratégica e de definição da missão hospitalar, “la Démarche Stratégique” (o Processo Estratégico), instrumento utilizado inicialmente no Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, na França, posteriormente em outros hospitais franceses e que vem sendo aplicado em vários hospitais no Rio de Janeiro.

A *démarche stratégique* constitui-se num enfoque de planejamento ou de gestão estratégica desenhado para os hospitais do setor público de serviços de saúde, influenciado pela necessidade de adaptar o hospital ao contexto econômico restritivo, de responder aos novos desafios impostos pela evolução tecnológica em saúde e ao ambiente competitivo porém considerado como recurso. São valorizados os processos comunicativos

e a cultura institucional. Está baseado em autores como CREMADEZ (1992), MICHEL CROZIER (1977), ERHARD FRIEDBERG (L'Acteur e le Système, Ed. du Seuil, 1977), M.E. PORTER (Choix Stratégiques et Concurrence Economica, 1982), M. THEVENET (La Culture D'Entreprise, Presses Universitaires de France, 1993), entre outros.

Este estudo propõe-se a discutir as potencialidades, limites e desafios na aplicação deste enfoque, articulados a outros enfoques de gestão e planejamento, principalmente o Planejamento Estratégico Situacional de Matus, em hospitais públicos, a partir de premissas teóricas habermasianas e da análise da experiência de aplicação do método no Hospital da Lagoa e nos três hospitais que compõem a Área Programática circunscrita à Barra, Jacarepaguá e Curicica (AP4) no Rio de Janeiro.

No Capítulo II, fazemos uma discussão, a partir dos pressupostos do Agir Comunicativo de Habermas, da contribuição de autores como JAPIASSU, NUNES e MINAYO e, apoiados em exemplos concretos, principalmente relacionados à Cardiologia do Hospital da Lagoa, sobre o tema da interdisciplinaridade presente nas premissas teórico-metodológicas do enfoque de gestão hospitalar francês.

No Capítulo III, refletimos sobre a mudança cultural organizacional e *démarche stratégique*, apoiados em autores como THEVENET, CROZIER, GEERTZ, SCHEIN e principalmente, HABERMAS, entre outros.

Em seguida, no quarto capítulo apresentamos os resultados e a análise da experiência de aplicação do enfoque *démarche stratégique* numa área programática como um todo, numa visão de rede.* Complementamos esta análise com o resultado das entrevistas com os atores que participaram da experiência, a partir da abordagem metodológica em pesquisa qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo, baseada em LEFRÈVRE, F.; LEFRÈVE, A, M.C; TEIXEIRA, J.J.V., (2000).

Por último, a título de conclusão apontamos reflexões, dificuldades e desafios sobre questões surgidas durante o processo de estudo proposto e apontamos algumas áreas de pesquisa que merecem ser aprofundadas.

* Esta experiência foi acompanhada por uma equipe de consultoria, formada por profissionais do Nesc/UFRJ (Clayre Lopes e Rejane L. Sobrinho) e da ENSP/FIOCRUZ (Francisco Javier Uribe Rivera e Elizabeth Artmann) da qual fiz parte como consultora na AP-4 e como doutoranda, na experiência do Hospital da Lagoa.

É importante salientar que o fio condutor que liga os vários capítulos, além da análise do enfoque estratégico hospitalar francês, é a abordagem da teoria do Agir Comunicativo habermasiano no sentido de rompimento paradigmático com a filosofia do sujeito, a favor do paradigma intersubjetivo. Aqui é preciso definir o sentido que toma o termo paradigma, muito mais amplo que as acepções acima (mudança do paradigma da medicina), significando um questionamento de todas as abordagens teóricas que se inserem no paradigma do sujeito, do ponto de vista filosófico, inaugurando um novo conceito de razão, ampliado para além do horizonte da consciência do sujeito e ancorado nas relações intersubjetivas mediadas pela linguagem. Neste novo paradigma, o conceito de entendimento ou busca do consenso é fundamental. Portanto, a ação comunicativa deve ser dominante, o que significa que a busca do êxito ou sucesso dos planos de ação devem estar subordinadas à busca de um consenso, ainda que provisório, o que se torna possível mediante o compartilhamento de um mundo da vida comum aos atores que interagem. Os interesses do sistema, regidos pelo poder e pelo dinheiro, deveriam subordinar-se aos interesses do mundo da vida, regido pela interação e pela solidariedade.

No paradigma da comunicação, o sujeito não se define mais exclusivamente como aquele que se relaciona com o objeto com o fim de conhecê-lo ou atuar sobre ele, dominando-o, mas é definido como aquele que, além de conhecer e dominar objetos, deve entender-se junto com outros sujeitos sobre o significado de conhecer objetos ou dominá-los. Aqui, portanto, o fundamental não é o enfoque objetivizante, mas o enfoque performativo do entendimento intersubjetivo entre sujeitos capazes de falar e agir (SIEBENEICHELER, 1989).

Para GUIMARÃES (2001), embora na Grécia antiga, a arte tenha sempre ocupado um lugar de destaque na Medicina, por seu caráter de síntese e sensibilidade às especificidades de cada situação (SAYD, 1998)*, a separação arte/ciência ao longo da história da cultura ocidental, levou a prática da Medicina a uma redução ao aspecto técnico, supervalorizando o conhecimento das doenças em detrimento da arte de curar pessoas. Guimarães resgata, em seu trabalho, o papel da intuição na prática médica.

* SAYD, J. D. apud GUIMARÃES, B.M. Instituição e Arte: pensamento e ação na clínica médica. Instituto de Medicina Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. 2001.

MATUS (1987), já aponta a importância da intuição na arte do planejamento e da gestão. MERHY (2000), destaca a valise relacional no conjunto das ferramentas tecnológicas como forma de recuperar a dimensão cuidadora do trabalho vivo em ato em saúde. Gostaríamos de observar a importância do relato que o paciente traz, grávido de significados e que são revelados ao terapeuta na medida de sua capacidade de escuta de um mundo da vida que se articula aos outros saberes representados pelas demais 'valises', na acepção de MERHY. De qualquer maneira, a instância simbólica, na interação médico-paciente, por mais mediada por outras racionalidades, representa sempre este espaço de interação e de comunicação, pois, mesmo a mais estratégica e instrumental dos tipos de ação está necessariamente ancorada na ação comunicativa, cuja moldura pretende guiar este estudo.

Para HABERMAS, a intuição, os sentimentos, os desejos, motivações e interesses individuais e humanitários são resgatados para o interior dos processos racionais comunicativos, fundados na intersubjetividade que, necessariamente, referem-se ao mundo objetivo, ao mundo das normas sociais e ao mundo subjetivo.

Além desse principal fio condutor, nos apoiamos, ao longo do trabalho em vários autores, alguns citados nesta introdução, outros, ao longo dos diversos capítulos, como RIVERA, MINTZBERG, FLORES, CECÍLIO, CAMPOS, SCHEIN, GEERTZ, etc. É importante salientar que não pretendemos com este estudo esgotar as possibilidades de discussão, mas, pelo contrário, abri-las a partir de premissas teóricas definidas em função de nossa trajetória profissional e acadêmica, o que levou à escolha de alguns autores especificamente e ao recorte e delimitação do objeto valorizando mais algumas questões do debate em detrimento de outras. Com isto não queremos dizer que outros autores não possam vir a contribuir com outros olhares e ângulos aqui não focalizados ou apenas vislumbrados.



2. OBJETIVOS

Os seguintes objetivos guiaram este estudo:

- Discutir e analisar o enfoque de gestão estratégica de MICHEL CREMADEZ como instrumento de definição da missão hospitalar e de coordenação regional de atividades em rede de serviços a partir da experiência de aplicação do método numa Área Programática (AP-4) do Município de Rio de Janeiro e a partir das premissas teóricas previamente definidas, acima apontadas, baseadas, em primeiro plano, em Habermas.
- Apresentar os principais elementos teórico-metodológicos deste enfoque de planejamento estratégico da missão, a partir de especialidades médicas de um hospital, da maneira mais próxima ou fiel possível aos autores franceses. Este objetivo traduz a necessidade de apresentar uma versão em português do enfoque francês.
- Apresentar uma versão adaptada ao contexto brasileiro, inclusive em hospitais com baixa autonomia decisória.
- Discutir as potencialidades do método, como um enfoque de gestão que articula a proposta de desenvolvimento de práticas de trabalho e de formas organizativas que priorizem o estabelecimento de nexos interdisciplinares.
- Refletir sobre a mudança cultural organizacional e a possível contribuição deste enfoque de gestão que se propõe a reforçar a necessidade de mudanças nas estruturas mentais ou na cultura de uma organização hospitalar, de modo a buscar atingir uma maior eficácia social e uma maior racionalidade gerencial, apoiando-se na busca da solidariedade em rede.
- Apresentar e analisar os principais resultados de sua aplicação como instrumento de colaboração hospitalar no contexto da especialidade mencionada na A-4 da SMS/RJ.



3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de cunho teórico-conceitual que apóia sua análise, contudo, em experiências concretas, sem prender-se a um estudo de caso. Alguns autores foram selecionados para tecer alguns pressupostos e constituir um pano de fundo para a análise proposta, dentre os quais destaca-se a contribuição de HABERMAS.

Apresentamos inicialmente a *démarche stratégique*, da maneira mais próxima possível de como é apresentada pelos autores franceses, embora pontuada por algumas reflexões, já que traduzir, é também, de certa forma, recriar. Os exemplos de experiências brasileiras, neste capítulo, servem apenas para ilustrar e facilitar a compreensão do método.

Os casos constituem-se de experiências de aplicação do enfoque de gestão hospitalar francês, enriquecido com a visão situacional de Matus e adaptado ao contexto brasileiro, e foram acompanhadas e conduzidas por nós como participante de uma equipe de consultoria. Referem-se aos Hospitais Lourenço Jorge, Cardoso Fontes e Raphael de Paula Souza, integrantes da Área Programática 4 (AP-4) do Rio de Janeiro e ao Hospital da Lagoa, pertencente a AP-2.1. O contexto político onde se inserem as experiências não será objeto de análise profunda e será abordado apenas na medida em que se entrelaça às possibilidades, dificuldades e resultados relacionados às experiências, objeto do estudo.

Vale ressaltar que os acúmulos de experiências teórico-práticas; culturais e ideológicas, ou seja, o olhar específico da autora se faz presente e permeia todo o trabalho.

A seguir, apresentamos de forma mais específica os procedimentos metodológicos:

- Levantamento e estudo da bibliografia pertinente.
- Definição de alguns pressupostos que servem de pano de fundo para a análise das experiências de aplicação da *démarche stratégique* nos hospitais referidos.
- Construção do roteiro adaptado de aplicação com as etapas do método, as principais categorias de análise do valor e da posição estratégica dos produtos de um serviço e os formatos necessários (Anexo 1).

- Reuniões ou oficinas de trabalho nos hospitais com a direção e os grupos de profissionais e instâncias como coordenação de área, etc. para a aplicação do enfoque.
- Construção do roteiro das entrevistas e realização de entrevistas com atores participantes da experiência.
- Definição de um instrumento de pesquisa qualitativa para análise das entrevistas
- Apresentação dos resultados e análise das experiências acima referidas, apoiado nos pressupostos anteriormente definidos.

Os pressupostos ou hipóteses de trabalho são discutidas ao longo dos diversos capítulos propostos, destacando-se os seguintes:

As categorias trazidas por HABERMAS em sua Teoria da Ação Comunicativa, como variáveis de análise teórico-pragmáticas e como norteadoras de uma gestão humanizada.

A aposta de que a *démarche stratégique* constitui-se num enfoque de gestão comunicativo potencializa a possibilidade de construção de propostas de ação consensuadas, valorizando sinergias, parcerias e a solidariedade entre os atores envolvidos.

A *démarche stratégique* constitui-se num enfoque de gestão de rede e ferramenta de inserção do hospital na rede.

O método é interdisciplinar e enseja relações interdisciplinares, o que permite uma 'costura' entre as diversas especialidades, os diversos objetos parciais de saúde e os diferentes olhares dos atores.

Este enfoque respeita a cultura institucional, mas propõe um movimento de mudança cultural.

Supõe um processo que valoriza a comunicação entre a direção estratégica e os centros operacionais, valorizando o trabalho em equipe, a escuta dos diferentes grupos que compõem a instituição.

Pode melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, porque abre a instituição ao ambiente, ampliando as possibilidades de diálogo com outras instituições da rede, buscando assegurar a continuidade do tratamento aos usuários, potencializando o aumento da eficácia social do sistema (trabalho em parcerias).

Pode aumentar a autonomia dos hospitais, quando abre a possibilidade de busca de parcerias e recursos externos, seja na área de assistência, ensino ou pesquisa.

A *démarche stratégique*, por basear-se num enfoque participativo/comunicativo em que os profissionais/serviços podem colocar seus interesses, possibilita o aumento do compromisso dos profissionais com a missão institucional.

Cabe destacar o aprofundamento dos temas interdisciplinaridade e mudança cultural em capítulos específicos, porque refletem, do nosso ponto de vista, questões prioritárias e fundamentais para esse estudo.

Vale a pena observar que o processo de gestão comunicativa que defendemos depende, além de pressupostos teóricos firmemente alicerçados em sua concepção, dos atores concretos envolvidos, das lideranças, do contexto político e cultural de cada experiência na dinâmica do movimento real.



CAPÍTULO I
O ENFOQUE DE GESTÃO
HOSPITALAR DE M. CRÉMADEZ E F.
GRATEAU

El error es suponer que la aplicación del language al mundo consiste en pegar etiquetas a los objetos que, por así decirlo, se identifican a sí mismos. Conforme a mi perspectiva, el mundo se divide según lo dividamos, y nuestra forma principal de dividir las cosas está en el language. Nuestro concepto de la realidad depende de nuestras categorías lingüísticas.

John Searle, citado por Matus

1- INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresentamos as bases teórico-metodológicas da *Démarche Stratégique* que representa o enfoque utilizado na definição da missão do Centro Hospitalar Regional Universitário (CHRU) de Lille, norte da França, que se configura como um pólo de referência tanto para esta região como para a Europa, buscando respeitar a linguagem original dos autores que a conceberam e o objetivo de trazer uma versão, a mais fiel possível do método para o português.

É importante destacar esta característica de pólo de referência e a complexidade deste hospital que envolve pesquisa, ensino e assistência, porque esta questão marca definitivamente o desenho do método inspirado no processo de gestão, iniciado por François Grateau, na época (final da década de 80), diretor geral do CHRU de Lille em conjunto com MICHEL CREMADEZ, especialista em Estratégia e Política do grupo HEC (Altos Estudos Comerciais), consultor em Gestão Estratégica Hospitalar, co-autor do livro do Grupo Strategor: Estratégia, Decisão, Estrutura, Identidade, citado no corpo do trabalho.

A partir de uma visita do professor Uribe Rivera a Lille, em 1996, da qual participamos, o enfoque foi trazido ao Brasil (RIVERA,1997), e vem sendo adaptado e aplicado em várias unidades hospitalares do Rio de Janeiro e divulgado pelo país. Destacam-se as experiências pioneiras no Hospital da Posse e no Hospital Phillippe Pinel e posteriormente no Hospital da Lagoa, Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza e Lourenço Jorge. Estas quatro últimas, acompanhadas por nós, constituem-se objeto de estudo desta tese. Cabe considerar que, além da bibliografia de Rivera, temos duas dissertações de mestrado sobre o tema (SOUZA, 1997 e LOPES, 1997).

O termo *démarche* significa processo, trâmite, gestão, e poderíamos traduzi-la como gestão estratégica. Como sua divulgação inicial se deu através da utilização da própria designação francesa, *démarche stratégique*, optamos também por mantê-la. Este enfoque foi desenhado especialmente para o setor público, considerando como pano de fundo o Sistema de Saúde Pública francês, contexto que deve ser valorizado ao se fazer as adaptações para aplicação do método ao contexto de saúde brasileiro.

O método, do ponto de vista teórico-metodológico se alimenta de várias fontes e, embora acolha enfoques de planejamento ou de gestão estratégica que se apóiam em elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, e da área do desenvolvimento organizacional e cultural, introduz algumas categorias próprias da área de saúde e da epidemiologia, reconhecendo também a especificidade do setor público de saúde, na França. Está baseado em autores como MINTZBERG (1982), CROZIER & FRIEDBER (1977), PORTER (1982), THEVÈNET (1993), entre outros.

A partir de sua principal referência, a obra “*Le Management Stratégique Hospitalier*” de M. CREMADEZ E FRANÇOIS GRATEAU (1992), este enfoque propõe-se definir, racionalmente, a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de serviços de saúde. Neste sentido, a organização hospitalar é compreendida como uma organização proativa, centrada sobre o exterior, que assume o ambiente como recurso e não como restrição. Isto significa que a definição da missão terá que ser negociada com o ambiente externo institucional, incluindo os outros hospitais da área à qual pertence. Desta maneira, destaca-se a capacidade proativa da organização e sua atuação dinâmica sobre o ambiente.

As características das organizações sanitárias tendem naturalmente para um padrão que se distancia do ideal representado pela aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão, pela concepção do ambiente externo como recurso e por uma maior integração intra-institucional. Contudo, o padrão apresentado pelas organizações de saúde, tomado como referência também pelos mentores da *démarche stratégique*, a partir principalmente de MINTZBERG (1982) e analisado com mais profundidade adiante, constitui-se de alguns traços característicos: um processo de autonomização dos centros operacionais, decorrente de uma sorte de ruptura entre a direção estratégica e estes últimos,

uma extrema diferenciação ou atomização de suas estruturas internas em função da especialização do trabalho, e, uma desconsideração relativa da ambiência externa em razão de uma sobrevalorização corporativa do interno. Estas características dificultam a possibilidade de um projeto gerencial que enfatize a integração intra-institucional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com os outros estabelecimentos da ambiência imediata. A perspectiva da *démarche* é a de promover um tipo de movimento cultural que contrabalance essas tendências, abrindo caminho para o desenvolvimento de uma forma de organização que se aproxime, daquelas premissas ideais (ARTMANN, 1996; RIVERA, 1997).

Sinteticamente, os objetivos da *démarche* seriam:

- promover um elo de ligação entre a gerência estratégica e os centros assistenciais, através da comunicação;
- definir a missão do hospital, de acordo com o critério de oportunidade, o qual equivale a determinar preferencialmente um padrão de atividades que lhe permita vantagens comparativas, ao mesmo tempo em que ofereça um serviço de qualidade aos usuários;
- promover um amplo processo de comunicação, onde os atores/serviços possam definir um projeto coletivo;
- favorecer a integração do hospital em uma rede de oferta de cuidados estruturada com a preocupação da eficácia e da eficiência;
- promover um processo de transformação cultural progressiva, não necessariamente preso à busca de objetivos instrumentais, imediatos.

Um investimento prioritário na abordagem cultural, é considerado fundamental no enfoque, pois acreditamos que a baixa importância atribuída à cultura representa um dos mais significativos obstáculos ao êxito das propostas de mudança em organizações em geral (ARTMANN, 1997a). Cabe observar aqui, que o conceito de cultura necessariamente está entrelaçado com o de linguagem e com a possibilidade de ressignificar os fatos. Em capítulo posterior, trabalhamos com mais aprofundamento o conceito de cultura, a partir, principalmente da abordagem habermasiana.

Do ponto de vista da estratégia micro-econômica, este enfoque questiona uma visão monolítica da excelência, representada pela intenção de cobrir todas as áreas de atendimento. A alternativa a esta visão seria a de trabalhar a vocação de cada estabelecimento dentro da perspectiva da complementaridade. A melhor estratégia para que um estabelecimento possa obter vantagens comparativas é a diferenciação (PORTER, 1982), que corresponde à definição de suas áreas de excelência, com o objetivo de priorizá-las e, negociar com a rede de serviços o atendimento das clientela não contempladas por essas áreas. A idéia central do enfoque está representada pela busca em transformar a concorrência frontal em colaboração, através da definição das competências distintivas de cada hospital e da negociação das missões entre os diferentes estabelecimentos.

Da perspectiva político-organizacional, o enfoque se opõe a uma definição normativa e tecnocrática de diretrizes, apostando na via da responsabilização dos atores, que implica no desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos, que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede. No que se refere à estrutura organizacional, o enfoque postula a necessidade de intensificar as estruturas em rede interna e o diálogo multidisciplinar, promovendo a busca de transversalidades (RIVERA,1998).

2-AS PREMISSAS TEÓRICAS GERAIS DO ENFOQUE DE CREMADEZ

2.1-Dinâmica organizacional e prática decisória

A partir de MINTZBERG (1982), CREMADEZ (1997) define, com rigor, as principais características de uma organização profissional:

- Primazia do centro operacional: engloba um grande número de unidades bastante independentes, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado. Significa que estas unidades são mais importantes que outras estruturas/instâncias organizacionais, reunindo suficiente saber e autonomia para tomarem suas próprias decisões. Por outro lado, cada centro operacional se diferencia por ter suas próprias normas, procedimentos, usuários diferenciados e por estarem ligadas a diferentes entidades ou

sociedades de especialistas (sociedade de cardiologia, sociedade de oftalmologia, ortopedia, de cirurgias, etc).

- Preponderância do relacional: o trabalho é coordenado através do ajustamento mútuo que pressupõe relações espontâneas e informais entre responsáveis e do processo de padronização das profissões, pois a formação profissional e a socialização em sociedades especializadas contribuem para o compartilhamento de um patrimônio comum de saber, métodos e comportamentos. Esta característica reforça a autonomia profissional e um fraco sentimento de pertença à organização.
- Debilidade da tecnoestrutura: a tecnoestrutura tem um fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais da organização, a não ser na dimensão econômica.
- A logística é importante: o tipo de coordenação respectiva é procedural e por resultados e se efetiva de maneira centralizada. A lógica diferente dos universos médico e logístico pode gerar problemas de coordenação. A expansão da importância dos meios logísticos, tipicamente médicos, como equipamentos e tecnologias hospitalares, cria lutas de influência entre administradores e médicos e conflitos dentro da própria comunidade médica.
- Ausência de linha hierárquica rígida: a direção não tem a capacidade nem a competência para dirigir diretamente os chefes dos vários serviços. Atua indiretamente através da tecnoestrutura e dos serviços funcionais e/ou de instâncias de conserto.

O resultado dinâmico desta caracterização é uma forte diferenciação (LAWRENCE & LORSCH, 1973), com várias dimensões:

- Diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial: o primeiro está mais voltado para as instâncias de regulação, persegue objetivos quantitativos e econômicos, inseridos numa perspectiva política, articulando o curto com o longo prazos; o segundo busca objetivos mais qualitativos ligados a uma perspectiva de mais curto prazo, representada

pela demanda dos pacientes, está centrado sobre tarefas particulares que requerem a mera aplicação de meios consagrados. Estas atividades são exercidas de maneira liberal e têm uma fraca pertença organizacional. O nível hierárquico, neste segundo caso, está determinado pela competência.

- Diferenciação entre logística e centro operacional: a logística é organizada de maneira mais mecanicista e coordenada segundo critérios econômicos, de forma centralizada. O mundo médico é descentralizado e organizado, segundo o saber próprio e especializado. Há choques entre administração e centro operacional no que diz respeito ao controle dos equipamentos e das tecnologias médicas descentralizadas.
- Diferenciação no seio do centro operacional: há uma forte especialização horizontal e uma diferenciação no interior de cada serviço entre as várias categorias de profissionais e entre corpo médico e paramédico.

Para Cremadez, a diferenciação é fonte de eficácia. É necessário respeitar algum grau de diferenciação, valorizar diferenças sem buscar a homogeneidade ou simetria. Deve-se, porém, compensar os efeitos negativos de uma diferenciação extrema através do desenvolvimento de formas de integração de uma força equivalente.

Como resultado de suas características estruturais e dinâmicas, a prática decisória das organizações profissionais é incremental: as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, sem uma perspectiva de conjunto. Há uma justaposição de objetivos. Não se verifica, assim, o processo de formulação de uma estratégia *a priori*. Esta seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional, pontual. A *estratégia emergente* é o fruto de uma inflexão ou de um deslocamento discreto da estratégia anterior sob a influência de decisões sucessivas não geradas de forma global. (NIOCHE, 1997) *.

Outros resultados da dinâmica organizacional dos estabelecimentos de saúde referem-se ao fechamento em relação ao exterior (ao ambiente) e um baixo sentimento de pertença à organização por parte dos profissionais médicos.

* NIOCHE, apud STRATEGOR, *Stratégie, Décision, Identité. Politique Générale d' Entreprise*. Paris, 1997. Dunod E.)

O ambiente é percebido como um constrangimento e os membros mostram em face dele uma postura reativa. A organização está centrada sobre si mesma.

O processo de decisão estratégica procura inverter essas tendências. Objetiva ajudar a criar uma cultura em que o ambiente seja percebido como recurso; em que se antecipem as tendências do ambiente de modo a atuar, criativamente, sobre ele e onde a organização desenvolva sinergias e parcerias de modo a trabalhar dentro da premissa de redes de colaboração.

Vale a pena aqui comentar, que, na prática, as principais estratégias definidas por uma instância decisória como Coordenação de Área, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde no caso dos hospitais federais, tangenciam as discussões entre as direções dos hospitais e os profissionais, o que não significa que o resultado final do processo não possa questioná-las e redesenhá-las. Esta questão será abordada posteriormente, no capítulo IV, que se refere à análise das experiências de aplicação do método.

2.2- Prática decisória da gestão estratégica

A gestão estratégica rompe com a dissociação entre o estratégico e o operacional, buscando diluir essa divisão vertical. O poder de decidir sobre o aproveitamento de uma oportunidade está amplamente difundido pela organização e não mais concentrado na cúpula. A direção assinala as grandes orientações, os valores centrais do projeto organizacional, mas não define a estratégia propriamente dita, que depende da articulação de todos os atores organizacionais.

A gestão estratégica introduz um tipo de planejamento contínuo, flexível e ajustado, buscando concretizar um conjunto coerente de projetos. Traz à tona a questão dos objetivos por oposição a uma lógica de meios.

A gestão estratégica é uma prática decisional mais integradora. Ao envolver o maior número de atores do centro operacional, procura reduzir ou, pelo menos, tornar transparente, o jogo político interno, através de vários fatores:

- A gestão estratégica teria a virtude da transparência representada pela utilização, no processo decisório, de dados objetivos sobre a atividade de base, e não de meras impressões de fundamentação relativa.
- A transparência estimula a comunicação desde a concepção das bases de coleta de informação, que pode cristalizar-se em uma nomenclatura comum de classificação e avaliação dos atos médicos, das patologias, modos de atendimento, etc. O compartilhamento dessa informação contribuiria para uma harmonização da linguagem entre os atores de base da organização.
- É possível reconstituir, através do processo da segmentação estratégica, os diferentes domínios de atividade que tinham sido desmembrados pelo jogo da distribuição territorial do poder. As conseqüências desta transparência são várias: os diferentes atores da mesma unidade de base podem raciocinar a partir de uma visão mais clara e compartilhada de sua atividade, para prever sua evolução e conseqüências; a identificação, a partir da análise estratégica dessa segmentação, de domínios de atividades compartilhados permite explorar as sinergias, elaborar alternativas e estratégias comuns; a verificação de relações entre serviços permite estabelecer pontes entre os mesmos; cria-se, ainda, uma interação permanente entre o mundo administrativo e o médico, pois o sistema de informações médicas e determinados tratamentos de dados passam a incorporar preocupações estratégicas, o que permite associar o raciocínio gerencial com o técnico.
- A gestão estratégica seria uma pedagogia de avaliação, na medida em que introduziria a preocupação com os resultados, para além de uma conduta pautada na aplicação de meios. A questão de como atender às expectativas dos usuários de uma rede estaria no centro de uma política de avaliação sistemática, enquanto cultura a ser desenvolvida. O processo de avaliação estratégica se traduz, pela via da negociação, em projetos de ação, que se constituem em um estímulo à mudança, pois esse processo suscita uma inquietação natural em relação aos resultados possíveis dos mesmos.

- A gestão estratégica ajuda a formalizar as avaliações e os comentários que as justificam, gerando bases mais sólidas para dirimir litígios ou divergências de interpretação. A formalização é um elemento capital da comunicação e da coesão entre as diferentes categorias de profissionais.
- A gestão estratégica explora a diversidade, pois ensina a aceitar a possibilidade de abandonar a posse de uma tecnologia ou de um equipamento, quando estes não constituem competências distintivas de um serviço ou do hospital, e quando a eles se tem acesso através de sinergias e parcerias, de modo a se concentrar no estudo de formas alternativas de tipo de atendimento que podem valorizar o serviço e, ao mesmo tempo, ser úteis para os usuários.
- A gestão estratégica introduz o raciocínio dos custos de oportunidade ao levar em conta as necessidades dos outros e o grau de satisfação global obtido pela organização. A aplicação de um recurso a uma atividade deve ser justificada pelo maior ganho comparativo atingido relativamente a usos alternativos. As diferenciações, representadas pelo aprofundamento de competências distintivas, são estimuladas na medida em que se subordinam a uma perspectiva de maior eficiência e eficácia globais, considerando o sistema ou a rede.
- A gestão estratégica introduz a necessidade de estimular projetos que permitam a captação de recursos adicionais, o que pode ajudar a limitar conflitos de poder e a viabilização de projetos que, de outra forma, teriam que ser abandonados ou adiados.

Os custos de oportunidade constituem-se num tema utilizado pela gestão estratégica no sentido de buscar consenso e solidariedade entre os atores institucionais.

2.3- Crise de identidade e renovação do contrato psicológico

A erosão de certos paradigmas tradicionais contribui para criar uma crise de identidade organizacional. Diferente do conceito de cultura organizacional que englobaria a visão compartilhada dos diferentes atores sobre a organização e sua missão, considerando sua história e seu papel na sociedade, o conceito de identidade destaca o jogo do poder, a dinâmica dos atores e de seus mecanismos psíquicos (STRATEGOR, 1997). Considera-se cultura, nesta perspectiva, como 'significante' da identidade. O contrato psicológico que liga os indivíduos à organização se enfraquece como resultado do impacto da mudança de diversos paradigmas, o médico, do serviço público e o paradigma profissional.

- A mudança do paradigma da Medicina: há uma especialização e concentração crescente de atividades e de meios tecnológicos em grandes estruturas hospitalares, que demanda de forma crescente uma intervenção do tipo gerencial. Diminui o estilo de exercício liberal da profissão e intensifica-se o controle administrativo dessas estruturas. Ao mesmo tempo que o trabalho médico se insere em estruturas burocráticas, a Medicina passa a ser vista sob uma nova perspectiva. Uma atuação médica eficaz passa a supor uma articulação entre a medicina orgânica/positivista e um enfoque ecológico ou ambiental. A oposição entre generalistas e especialistas perde sentido. O papel do médico, agindo isoladamente, vai sendo substituído pela atuação em equipe. As parcerias se tornam indispensáveis, assim como a concepção de novas formas de hospitalização. A busca da solidariedade entre os atores passa a ocupar gradativamente o centro das atenções.
- A mudança do paradigma do serviço público: o encolhimento dos recursos leva ao questionamento acerca das possibilidades equitativas do mesmo, ou, como diríamos no Brasil, sobre seu caráter universal. Atender a todos igualmente passa a ferir o princípio da equidade, pois dificulta o acesso para determinadas camadas da população. O serviço público deixa de ser encarado como monopólio e como representante de uma ideologia tecnocrática. Deve passar a aceitar a concorrência, a avaliação, a necessidade da escuta dos usuários, a abertura ao ambiente. Deve tornar-se internamente

competitivo (racionalizando seus recursos) e trabalhar em rede. Privilegia-se no mesmo a idéia da contractualização e o estabelecimento de formas de cooperação e parcerias.

- A mudança do paradigma do profissional: a experiência deixa de ser a base essencial da competência profissional. A veloz renovação dos conhecimentos e das tecnologias torna mais facilmente obsoletos os recursos cognitivos anteriores. Isto provoca um crescimento da especialização e uma regressão da autonomia dos especialistas. A complexidade técnica crescente provoca uma interpenetração maior entre o técnico e o econômico. Diante desse quadro, a formação tradicional, mais artesanal, de acompanhamento de um profissional mais antigo, perde importância relativa; a formação e atualização permanente torna-se uma das chaves da competência profissional; a possibilidade de operar reorientações profissionais (mudança de especialidades) torna-se capital tanto para o desempenho das carreira individual como para a eficiência organizacional.

Os principais traços da identidade organizacional postos em questão seriam: a não explicitação dos projetos organizacionais, a justaposição de objetivos; o isolamento dos profissionais e dos serviços; a recusa à avaliação das competências; o corporativismo profissional; o estilo liberal de exercício profissional; a informalidade; a predominância dos critérios técnicos sobre os econômicos; a marginalização da gerência; a pouca preocupação com o ambiente externo, entre outros.

Essas mudanças criam uma crise de identidade, que acentua sentimentos e reações negativas, como a contestação dos médicos como grupo dominante, a recusa a escolher e o bloqueio de iniciativas, que substituem a vontade de empreendimento dos mesmos profissionais e a regulação de conflitos pelo crescimento. No plano externo, o hospital torna-se mais reativo, superestima restrições de recursos e passa a olhar o futuro com inquietação. Fazem parte do pano de fundo desta crise, a necessidade de fortalecer a regulação administrativa e de introduzir critérios econômicos de gestão dos centros operacionais, o que ameaça a autonomia.

A gestão estratégica pretende operar movimentos que permitam a renovação do contrato psicológico entre os profissionais e a organização, hoje bastante enfraquecidos. O impacto sobre a identidade organizacional compreenderia vários fatores:

- Ao formular um projeto de organização mais estruturado, baseado na exploração de sinergias e de parcerias, a gestão estratégica busca colocar em evidência soluções (o que tem impactos psicológicos naturais) e escolher dentre elas aquelas que permitem um maior ganho coletivo ao favorecer o compartilhamento de recursos. A gestão estratégica combina as estratégias individuais dentro de uma estratégia de conjunto, deslocando as atenções das atribuições para as contribuições. A formalização da informação, das análises e dos planos favorece a apreensão da organização por todos os atores. A instância reguladora (Ministério da Saúde) é convocada a decidir sobre objetivos explícitos e não somente sobre distribuição de recursos em estado de penúria. O próprio diretor do hospital fortalece sua posição ao ter que arbitrar, em última instância, no contexto de vários projetos médico-assistenciais.
- O processo de análise estratégica cria lugares de encontro, estimula a reflexão coletiva (intra e intergrupo profissional), distribui responsabilidades entre grupos, cria novas unidades, aumenta as interfaces externas. O sistema de poder, dividido e preso aos serviços, evolui para o estabelecimento de transversalidades e de interdependências. A natureza, ao mesmo tempo técnica e econômica das decisões, conduz à evolução das relações entre administradores e médicos no sentido da colaboração. Haveria mais integração e formalização.
- O melhor conhecimento mútuo, baseado na socialização de um sistema de informação, promove uma gestão consertada, negociada, que acentua a necessidade das sinergias e parcerias operacionais. O ambiente passa a ser o centro das atenções. Os vários agentes organizacionais passam a se visitar mutuamente, a conversar, a se encontrarem mais. Os valores passam a ser questionados, trazidos à tona como fundamento das decisões. Determinados

tabus como a competência alheia são relativizados. A avaliação estratégica justifica a necessidade de uma análise da competência global dos serviços, em face dos usuários. A rigidez de posições corporativas cede lugar, em função da possibilidade do encontro, a posições mais flexíveis.

- O imaginário organizacional evolui, em síntese, para uma valorização das interdependências que compensa a reivindicação de autonomia, para uma apreciação positiva do sentido de bem coletivo da atividade. Os indivíduos se apropriam da organização com informação, formalização e análise, e desenvolvem uma motivação para a ação. Sentem-se modelando e adaptando dinamicamente sua organização.

A renovação do contrato psicológico depende da mobilização de três alavancas:

- O papel da liderança: as situações de crise exigem a presença do poder de motivação do líder. Esta liderança deve anunciar a capacidade de assumir a iniciativa e de explorar novas regras do jogo. Deve comunicar com clareza, visando fixar, focalizar progressivamente um novo modo de comportamento, guiado por um estado de espírito menos individualista, mais solidário, mais centrado na ação coletiva, que valorize as contribuições mútuas, a comunicação, menos hierarquizado, menos prescritivo, mais aberto às expectativas externas, mais transparente. Esta liderança deve ajudar a projetar a imagem do sistema político não como um jogo de pressões aleatórias, mas como um processo de ação interativa consensual e que valorize contribuições, em vez de atribuições.
- O papel da comunicação: a comunicação ajuda a criar uma linguagem comum e a integrar os discursos individuais numa perspectiva global, de modo a aumentar a coesão social. A comunicação implica no reconhecimento do outro como legítimo outro, no reconhecimento das expectativas dos interlocutores, no reconhecimento da imagem que projetamos para os outros e na comparação entre essa imagem e o desejado. A comunicação exige uma releitura da organização para nos reconhecermos - como coletividade - no passado e para explorar determinados traços

culturais do mesmo, que podem ser úteis para mudar, ou para identificar formas retardatárias de prática das quais podemos nos afastar positivamente. Comunicar nossa oferta de atividades é uma forma de fortalecer nossos compromissos em face ao exterior e de aumentar nosso nível de exigência.

- A apropriação da organização pelos atores: sem uma apropriação da estratégia pelos atores, esta não irá em frente. Dada a característica processual, adaptável, nuançada, dos projetos dos vários serviços, torna-se necessário que os vários atores subscrevam uma carta de intenções estratégicas geral, que tenda a dar unidade às iniciativas locais, algo assim como o grande projeto de estabelecimento. Como entre o discurso e a real modificação de comportamentos há uma distância importante, é fundamental que se assuma a análise estratégica como um processo exploratório, iterativo e progressivo, como aprendizagem permanente.

2.4- O modelo de mudança organizacional

Este modelo de gerenciamento tenta articular a necessidade de racionalidade com a ampla participação dos atores da base organizacional. Opõe-se ao Modelo Racional de uma Ator Único (a direção), que busca apenas uma única solução ótima de natureza econômica, a partir de uma problemática que se pretende estruturada. Insere-se na perspectiva do Desenvolvimento Organizacional, que encara a mudança não como a gestão da passagem de um estado de equilíbrio para um estado de equilíbrio diferente, mas como a gestão do desequilíbrio que caracteriza toda organização dinâmica, desequilíbrio e movimento, estando intimamente ligados. Na perspectiva do Desenvolvimento Organizacional, mudança e aprendizagem são fenômenos naturais e essenciais, de caráter permanente e não eventos induzidos, ocasionalmente, de fora. Esta perspectiva consiste em impedir a ingerência da hierarquia para que os atores organizacionais pesquisem os obstáculos ao bom funcionamento organizacional, que se identificam, com frequência, com o comportamento interativo. Outra contribuição ao novo modelo de gerenciamento é a Análise Sociológica das Organizações, de CROZIER (1977), que defende a necessidade de

uma ampla participação para apoiar a processo de conquista do mundo exterior no potencial energético de atores autônomos que negociam um projeto solidário.

Este modelo é racional, pois acentua a necessidade de formular objetivos, pautados em uma raciocínio de custos de oportunidade e uma análise de tendências do ambiente exterior. É um modelo de negociação, participativo, de baixo para cima, que se apoia na formalização das análises, avaliações e estratégias e na utilização de um método de trabalho comum.

É um modelo propício à mudança, porque permite desde o início o encontro, onde não havia encontro.

Algumas características deste modelo:

- O processo supera o modelo: a coerência é fruto de ajustamentos sucessivos, de uma aprendizagem progressiva sobre a possibilidade de objetivos comuns, mesmo que parciais. Neste processo de aprendizagem, destaca-se a preocupação com a necessidade de uma atuação permanente sobre um ambiente complexo e evolutivo, de maneira não reativa.
- A organização é o produto das orientações: a organização se constrói a partir de planos de ação definidos coletivamente e de uma política de sinergias.
- As orientações provêm da base: em uma organização diversificada e achatada, a definição centralizada da estratégia é necessariamente redutora.

Na promoção do processo de mudança duas questões são vitais para CREMADEZ (1992). Em primeiro lugar, a necessidade de que haja uma investimento pedagógico expressivo no território da metodologia, e de que os atores incorporem a idéia de que poderão manter o controle sobre o processo, dependendo os resultados de suas possibilidades; em segundo lugar, a necessidade de obter resultados rápidos e de que se consolide a idéia de que o distanciamento crítico em relação às competências profissionais ajudará a desbloquear situações inextricáveis.

Alguns princípios devem ser apontados como muito importantes neste processo: ser transparente e argumentativo no processo de busca incessante do consenso, evitando apostar no antagonismo para contornar situações de impasse; evitar condutas de

exclusão, mantendo a porta sempre aberta à discussão; explorar o poder de motivação do diretor, o qual deve explicitar com clareza sua vontade de mudança e assinalar as grandes linhas teóricas deste processo, considerando a satisfação dos usuários, a realização dos atores internos e um maior alcance da missão; dar-se o tempo necessário, considerando as particularidades de cada serviço e hospital, para que aconteçam processos de mudança; apostar na obtenção de resultados concretos para reforçar a crença na mudança no imaginário dos atores; fugir de um jogo de soma nula, a través da exploração das sinergias e parcerias, da socialização de meios; tornar os processos decisórios mais rápidos e combater o burocratismo, para dar sinais evidentes de uma menor inércia organizacional.

Para o autor três fatores garantiriam uma viabilidade de permanência e continuidade para mudança: a transferência da metodologia para os atores internos, com a substituição progressiva dos consultores externos; a evolução progressiva da tecnoestrutura; e o investimento em formação.

3- O DESENHO DO MÉTODO

As fases do método e seu conteúdo geral são as seguintes:

- A análise do existente: corresponde ao diagnóstico do método.
- A segmentação: esta etapa corresponde à definição dos principais agrupamentos homogêneos de atividades, considerados aqueles que apresentam uma mesma problemática estratégica.
- A análise do valor e da posição competitiva de cada um dos segmentos resultantes dos agrupamentos de atividades: 1) o valor corresponde ao interesse relativo ou ao nível de prioridade relativo que os segmentos teriam para a especialidade em função de uma política geral e depende do interesse na alocação de recursos. Um dos critérios importantes na aferição desse valor é representado pela capacidade potencial de atração de clientela ofertando um atendimento de excelência; 2) a posição competitiva é avaliada, considerando-se o grau de controle sobre os chamados fatores-

chave de sucesso (FCS), que corresponderiam a vantagens ou situações positivas necessárias para se ter êxito em uma atividade.

- A construção do porta-fólio de atividades, visando à definição da estratégia geral de atuação ou dos objetivos: o porta-fólio é um gráfico cuja abscissa está representada pela posição competitiva do estabelecimento e cuja ordenada representa-se pela capacidade de atração (valor) dos segmentos.
- O Plano de Ação visando a atingir os objetivos a partir das estratégias, definidas em termos de três possibilidades: a) priorizar o desenvolvimento de um segmento; b) estabilizá-lo; c) reduzir o recrutamento de clientela ou recortar o segmento.
- A montagem dos indicadores de monitoramento do plano.

Vejamos o conteúdo mais específico de cada fase, trazendo alguns exemplos, apenas a título de ilustração.

3.1- A análise do existente

O diagnóstico é administrativo e médico.

O diagnóstico administrativo é do tipo tradicional, com informações como: tempo médio de permanência, número de ingressos, pessoal médico e paramédico, estrutura física, perfil da demanda, etc.

O diagnóstico médico compreende:

- relação de patologias atendidas por disciplina médica, ordenadas de acordo com uma complexidade crescente;
- relação de tecnologias utilizadas por disciplina, ordenadas de acordo com a complexidade;
- cruzamento entre patologias e tecnologias, identificando-se a incidência das tecnologias sobre as patologias;
- relação das modalidades de atenção, considerando-se quatro critérios:

- se as atividades visando às patologias são ou não programáveis ou eletivas
- se a intervenção sobre as patologias demanda consulta ambulatorial e/ou hospitalização;
- o tipo de hospitalização requerida: o tempo da internação requerida
- se as patologias listadas demandam um tipo particular de capacidade diagnóstica ou de exploração funcional (*plateau technique*) existente no serviço ou fora dele.

Esta fase diagnóstica inclui ainda a relação dos concorrentes e dos parceiros, bem como o desenho da rede de cuidados.

A rede de cuidados é um quadro que pretende levantar as atividades desenvolvidas por segmento, divididas em diagnóstico, tratamento e acompanhamento, realizadas no serviço, em outros serviços do mesmo hospital e na rede (interfaces externas).

(*Filière de Soins*)

Segmento:

Quadro 1 - Rede de cuidados (quadro adaptado)

	Diagnóstico	Tratamento	Acompanhamento
Serviço			
HOSPITAL(outros serviços)			
Rede (interfaces externas)			

Fonte: UAS-CHRU, 1995

O quadro Rede de Cuidados é um instrumento que possibilita identificar superposições e complementaridades eventuais entre os três níveis de serviços referidos, possibilidades de concorrência e também carências de atividades.

O objetivo maior desta fase diagnóstica é proporcionar elementos para a fase seguinte, que consiste em segmentar os serviços, segundo uma lógica que veremos a seguir.

3.2- A segmentação estratégica

A segmentação implica em definir coletivamente, no nível de cada serviço, agrupamentos homogêneos de atividades, definidos como aqueles pólos de atividades onde predomina a identidade de elementos do ponto de vista de sua problemática estratégica. Neste processo, devem-se reduzir ao mínimo possível os fatores de discrepância, de modo que a presença de diferenças notórias deve ser considerada causa de uma eventual ressegmentação ou divisão de categorias. Ou, ao contrário, semelhanças e mesma problemática em dois segmentos podem sugerir reagrupamentos.

O objetivo central da definição de segmentos homogêneos é criar categorias que permitam uma análise estratégica representativa, tendo em vista que o hospital é uma instituição multiproduto, onde nem sempre todos os grupos de atividades apresentam o mesmo desenvolvimento ou o mesmo valor estratégico. Neste sentido, considera-se que cada segmento reconhece um ambiente concorrencial específico.

A fase da segmentação é uma análise multicritérios, em que as diferentes atividades são submetidas ao crivo de vários critérios específicos:

- As patologias apresentadas pelos pacientes: tipo e localização da afecção; grau de complexidade; imbricações entre patologias.
- As características do processo de atendimento: necessidade de internação convencional ou específica (leitos de isolamento), grau de programação ou de eletividade da atividade .
- As características das tecnologias utilizadas: necessidade de dispor de uma estrutura técnica (de apoio diagnóstico, terapêutico ou de acompanhamento) específica; tamanho do investimento realizado ou a ser realizado; acesso à estrutura técnica geral.

- As competências necessárias: grau de sofisticação dentro da especialidade; multidisciplinaridade (recurso às competências de diversos especialistas).
- A concorrência: número de instituições e de profissionais que exercem a atividade e meios disponíveis.
- Tipo de população envolvida: idade, sexo, categoria sócio-profissional específica, ativo ou inativo.
- O lugar da atividade na rede de cuidados: urgência, diagnóstico, atenção, acompanhamento, educação sanitária, prevenção.

Estes critérios variados podem ser agrupados em quatro gerais:

- As patologias (enfarte, insuficiência cardíaca, arritmias, etc, na cardiologia)
- As tecnologias (radiologia, ultra-som, laser, etc.)
- Os modos de atenção (internação convencional, consulta ambulatorial, hospital-dia)
- População (alcólatras, idosos, crianças, mulheres, etc.)

Pode ser interessante uma análise progressiva, começando pelos critérios médicos patologia e tecnologia, mas busca-se criar agrupamentos homogêneos do ponto de vista dos quatro critérios, e não de um em particular. A definição é situacional, conceito este que emprestamos de MATUS (1993), tendo em vista que os envolvidos podem privilegiar um determinado critério ou dois. Em geral, são priorizados, de acordo com a experiência, os critérios médicos. Não se trata de descobrir uma estrutura universal e geral, que serviria de referência para organizações que oferecem atividades análogas, tal como se organiza e recorta o campo de uma disciplina científica. A definição dos segmentos está influenciada estrategicamente pela necessidade de apresentar desde o início os conjuntos de atividades típicos de cada hospital, que contribuem para sua diferenciação. A forma como as atividades são organizadas previamente, em função de uma dada cultura também é determinante de recortes particulares. A subjetividade é inerente à segmentação, na medida em que esta depende do olhar que os interessados dirigem sobre suas atividades e o ambiente externo específico, condicionado pela identidade cultural da organização.

Cada um destes quatro ângulos de aproximação destaca, em maior ou menor medida, a dimensão médica, organizacional ou social das atividades. Assim, se os dois primeiros são estritamente de ordem médica, o terceiro (processo de atendimento) trata do contexto organizacional oferecido aos pacientes, enquanto que o quarto (população), está mais centrado nas necessidades de uma categoria específica de indivíduos. A escolha respectiva traduz escolhas estratégicas diferentes em termos da pesquisa de vantagens competitivas:

- Um segmento centrado nas patologias traduz a adoção de uma posição ampla na rede de cuidados, correspondendo a uma oferta diversificada e a processos de atenção variados (consultas, explorações funcionais, cuidados, acompanhamentos, etc).
- Um segmento centrado na tecnologia prioriza uma oferta específica correspondente a uma posição mais restrita e mais pontual na oferta de cuidados, seja no nível do diagnóstico, seja no nível curativo, ou no nível de acompanhamento (técnica particular de reeducação, por exemplo). Em geral, escolhe-se um segmento tecnológico, quando se trata de técnicas e equipamentos de uma certa complexidade, de uso não indiscriminado, que englobam um conjunto característico de patologias e que constituem vantagens comparativas ou exclusividades.

Na experiência da AP4, envolvendo a cirurgia geral de três hospitais da região, temos por exemplo, o segmento tecnológico videolaparoscopia em dois hospitais.

- Um segmento centrado num modo de atenção privilegia o contexto dentro do qual se encontra o paciente e 'destaca' a resposta a certas necessidades ou constrangimentos a partir dos quais o mesmo pode julgar a adaptação dos serviços que lhe são oferecidos (urgência, programação, duração, entre outros).
- Um segmento centrado em uma população específica de pacientes privilegia as expectativas ou as necessidades de ordem sanitária, mas também de ordem social, de um grupo de indivíduos aos quais podemos oferecer um serviço diferenciado, adaptado à sua especificidade.

O destaque dado a uma dimensão, patologia, por exemplo, não exclui de maneira nenhuma as outras dimensões: tecnologia, população, modo de atenção, que podem apresentar-se de maneira subordinada. Estes critérios não predominantes complementarizam a descrição das características dos segmentos e ajudariam a refletir sobre o aspecto das sinergias. No seio de uma mesma instituição, os segmentos estratégicos que obedecem a critérios predominantes diferentes podem perfeitamente se ladear.

A segmentação estratégica é um método que permite apreender uma realidade complexa e decompô-la em subconjuntos mais simples de entender. Para constituir estes subconjuntos, privilegiam-se certos fatores comuns às atividades que os compõem, subordinando os fatores que as diferenciam. Assim, constrói-se um modelo redutor da realidade. A segmentação estratégica apresenta um risco importante se perdermos de vista as simplificações que ela oportuniza. Os segmentos não são estanques, eles possuem interfaces que devem ser estudadas. A identificação de problemáticas transversais é, então, indissociável da segmentação. Isto permite dar uma coerência de conjunto às atividades segmentadas anteriormente.

Quando o ponto de partida da segmentação é a estrutura organizacional, fica evidente a presença de relações entre os serviços, ligações freqüentemente escamoteadas pela dinâmica e diferenciação organizacional ou sacrificadas no altar da preservação dos territórios. As problemáticas transversais estariam geralmente ligadas:

- A oportunidades de colaboração entre disciplinas completamente afastadas no passado (por exemplo, o estudo do sono pode progredir através da associação de competências da Pneumologia, da Neurologia e da Psiquiatria).
- À desestabilização, por inovações tecnológicas, de fronteiras classicamente reconhecidas, que provoca com freqüência guerras de apropriação (por exemplo, entre a Endoscopia e a Radiologia Intervencionista).
- À colocação em evidência de dependências mútuas no seio de uma mesma rede de cuidados (entre a Cirurgia e a Medicina para o diagnóstico e depois para o acompanhamento de certas formas de Câncer ou de Transplante, por exemplo).

- À evidência de necessidades comuns a várias disciplinas diferentes (avaliação dos desafios da nutrição, por exemplo).

O tratamento das problemáticas transversais pode-se traduzir, seja por uma nova segmentação: remodelagem do conteúdo dos segmentos existentes, aparecimento de novos segmentos (exemplo: Vascular em Cardiologia), seja pela delimitação de novos campos de sinergias (exemplo: entre o segmento Vascular da Cardiologia e da Neurologia).

A sinergia é o excedente de eficácia ou eficiência resultante da operacionalização conjunta de duas ou mais atividades ou segmentos distintos. A identificação das sinergias é fundamental para o plano estratégico, pois ela permite dar, mais uma vez, uma unidade ao conjunto dos segmentos reunidos no seio de uma mesma organização. As sinergias definem as linhas de força da colaboração que deve se instaurar entre os diferentes componentes da organização, ou seja, a aplicação em comum dos recursos que deve ser realizada, a fim de que a gestão das interfaces entre os segmentos seja fonte de vantagens competitivas. Se a detecção das sinergias é de ordem estratégica, a mobilização das mesmas pode ser também de ordem organizacional, através da adaptação das estruturas no sentido amplo, principalmente através da mobilização de estruturas de integração.

É importante assinalar que o processo de segmentação nunca é definitivo ou fixo e não se prende ao pré-existente, havendo a possibilidade de surgimento de segmentos virtuais. Esta observação está fortemente centrada em nossa observação empírica, baseada nas experiências desenvolvidas no Rio de Janeiro. Novos segmentos podem vir a aparecer no futuro, assim como alguns dos atuais podem desaparecer. No decorrer do processo, novas e interessantes formas de segmentar podem surgir. Assim, uma segmentação iniciada através do predomínio do critério patologia pode mostrar-se extremamente extensa e pouco operacional e evoluir, posteriormente, para uma segmentação prioritária por tipo de atendimento, com a inclusão subordinada dos critérios tecnologia e população. As áreas de diferenciação estratégica de um hospital podem mudar ao longo do tempo, condicionando novas formas de segmentação que devem ser tratadas como um processo de aproximações sucessivas. Este processo é iterativo, progressivo e exploratório.

A título de ilustração, daremos aqui alguns exemplos de segmentação de especialidades:

Segmentos do Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel-SMS-Rio de Janeiro

- Ambulatório de Adultos
- Centro de Orientação Infanto-Juvenil (COIJ)
- CAIS (Hospital-Dia de Adultos)
- Núcleo de Assistência Integral à Criança Autista e Psicótica (NAICAP-Hospital-Dia de crianças)
- Enfermarias A + B (psicóticos/pacientes graves)
- Unidade de Tratamento de Alcoolistas (UTA)
- Recepção e Emergência
- Laboratório (especializado em psiquiatria)
- Serviço de Imagem Cerebral

Vale a pena destacar um comentário sobre esta experiência: esta segmentação está baseada fundamentalmente no critério tipo ou modo de atendimento, embora se apresentem recortes referentes a outros critérios, como, população (adulto/criança), patologia (UTA) e tecnologia (Serviço de Imagem Cerebral).

Segmentos da cardiologia do Hospital da Lagoa-SMS-Rio de Janeiro:

- Doença Arterial Coronariana (DAC)
- Arritmias
- Síncopes
- Cardiopatas Congênitas
- Hemodinâmica Intervencionista
- Hipertensão Arterial
- Cardiomiopatas

Nesta segmentação, predomina amplamente o critério patologia, com a presença subordinada do critério tecnologia - hemodinâmica -, ainda que reúna várias atividades que podem ser recortadas por patologias que dependem deste segmento.

Análise do valor de cada segmento

A determinação do valor implica analisar cada segmento, segundo vários critérios/subcritérios, dos quais destacamos os principais:

- estado atual e perspectivas do mercado;
- as barreiras à entrada de novos concorrentes;
- as sinergias;
- o grau de motivação interna;
- as oportunidades do ambiente;
- as potencialidades do segmento.

O objetivo central da análise do valor é hierarquizar os segmentos por meio de uma ponderação de critérios e de uma notação relativa.

Cada critério geral teria um peso determinado em termos percentuais na fixação do valor do segmento (assim como os subcritérios específicos). Este peso é variável, situacional e referente à especialidade escolhida, ainda que esta ponderação relativa possa variar para uma mesma especialidade no caso de hospitais diferentes. Contudo, o peso expresso em percentuais permanece uniforme para a especialidade do hospital em foco e para todos os segmentos da mesma. Esta ponderação corresponderia à importância relativa que cada critério teria para a comunidade de profissionais envolvida na análise estratégica, segundo a aplicabilidade relativa dos critérios. Definido o peso relativo de cada critério, procede-se a um sistema de notação, atribuindo-se uma nota de 0 (zero) a 20 (vinte) por critério a cada segmento analisado. Esta nota consensuada corresponderia a uma visão prospectiva de como cada segmento se comportaria em relação a cada critério. Isto é, qual seria o nível de sinergia potencial? Quais seriam as perspectivas de desenvolvimento ou crescimento do mesmo? Que potencial de captação de clientela e de desenvolvimento de pesquisa e de ensino é possível estabelecer? O valor global do segmento será aferido em

função das notas por critério e de seu peso específico, chegando-se a um escore específico por segmento.

Passaremos a discutir brevemente o conteúdo destes critérios, à luz do material colhido em Lille, França, na UAS-CRHU, (1995 a e b) bem como a partir da adaptação feita para a realidade brasileira.

Em relação ao mercado, consideram-se as perspectivas de desenvolvimento, o risco de flutuação e a intensidade da concorrência.

As perspectivas de desenvolvimento referem-se à possibilidade de crescimento futuro dos segmentos de uma especialidade, considerando-se o cenário epidemiológico-social e o cenário tecnológico. Devem levar em conta que a evolução das técnicas de diagnóstico e de terapia podem contribuir para aumentar ou diminuir a demanda de serviços.

Um exemplo claro do diferente peso que este critério - possibilidades de crescimento - pode apresentar para diferentes especialidades, pode ser ilustrado pela discussão, no Hospital da Lagoa/RJ, com os profissionais da Pediatria e da Cirurgia Pediátrica. Na Pediatria Clínica, este critério após longa discussão entre os profissionais e a direção do hospital à luz de dados epidemiológicos, obteve um peso menor, considerando-se que as possibilidades de crescimento desta especialidade no interior do hospital já não são muito grandes com o desenvolvimento de tecnologias de atenção básica, queda na mortalidade infantil por causas como diarreias, entre outras que não necessitam internação.

Já na Cirurgia Pediátrica, o mesmo critério obteve um peso comparativamente maior, levando-se em conta justamente o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas como videocirurgia, avançadas tecnologias capazes de atender neonatos, entre outras; a identificação de grande necessidade de leitos para neonatos no município também pesou a favor do grande potencial de crescimento da especialidade.

É importante a análise do risco de flutuação das técnicas que refere-se à previsão da emergência de novas técnicas capazes de modificar sensivelmente a atividade a curto ou médio prazo.

A intensidade da concorrência corresponde à previsão do quantitativo de instituições e de profissionais que realizam a mesma atividade e à sua expressão em termos do controle dos meios necessários à oferta da atividade em questão.

Inicialmente, uma alta expectativa de crescimento, induzida pelos fenômenos epidemiológicos e tecnológicos, uma previsão de estabilidade na evolução das técnicas e a presença de poucos concorrentes, contribuiriam para valorizar o segmento, ao garantir, em tese, mais mercado para a especialidade de um dado hospital. Mas esta análise pode ser relativizada, dependendo do contexto sanitário, social e político da região onde se encontra o hospital.

Em relação às barreiras de entrada de novos concorrentes no mercado, considera-se, fundamentalmente, o montante do investimento envolvido no desenvolvimento dos segmentos e as possibilidades de rentabilização ou de obsolescência do mesmo. Um investimento elevado já realizado e a previsão de continuidade deste investimento considerado necessário, valoriza o segmento em uma situação específica, pois significa vantagens comparativas em relação a outras organizações que não tenham realizado o mesmo investimento que pode ser visto como barreira à entrada no mercado.

Este investimento pode ser desdobrado em equipamentos e tecnologia, capacidade instalada, recursos humanos especializados, etc. Pode ser considerado de maneira agregada, priorizando-se o componente tecnológico.

As sinergias referem-se à possibilidade de compartilhamento de equipamentos, tecnologias, capacidade instalada, apoio logístico e da opinião especializada dos profissionais. Este critério é importante tanto do ponto de vista da economia de custos quanto da qualidade dos serviços. Considera-se também que o sinergismo com outros segmentos e especialidades de um mesmo hospital e o potencial de parceria com a rede é um fator gerador de mercado ou de clientela, portanto, fator de valorização do segmento.

O grau de motivação interna deve ser avaliado pela disposição do corpo profissional de uma especialidade em investir nos vários segmentos. Esta é uma variável de conteúdo subjetivo que tem relação com o grau de interesse que as atividades comportam, em função do *status* das mesmas, de sua complexidade e da particular formação e cultura dos médicos.

As oportunidades do ambiente incluem a possibilidade de trazer recursos externos através do desenvolvimento cada segmento, de melhorar a imagem externa da especialidade e do hospital, o interesse manifesto das autoridades sanitárias revelado pela disposição de outorgar financiamentos suplementares, e o potencial de inovação decorrente da possibilidade de transferência de determinadas tecnologias.

As potencialidades dos segmentos corresponderiam à capacidade de atração de clientela de nível regional e local e às capacidades de geração de atividades de ensino e de pesquisa.

A atribuição de uma nota ao segmento por (sub)critério está baseada na formulação de perguntas-chave. Por exemplo, a avaliação das perspectivas de desenvolvimento supõe a pergunta:

A atividade em questão irá progredir nos próximos anos?

- em função dos fatores de risco (idade, por exemplo) ou
- em função da evolução tecnológica ou do “savoir-faire” (novas terapêuticas)?

Uma nota forte corresponderia à previsão de um forte crescimento e uma nota fraca à estimativa de uma diminuição importante.

Um dado epidemiológico que podemos trazer e que eleva o potencial de crescimento da Cardiologia e da Ortopedia, somado à evolução tecnológica incorporada por estas especialidades é o crescimento da população idosa, por exemplo.

A matriz básica do quadro de aferição do valor é apresentada abaixo, a seguir, mas, em nossa experiência, esta matriz é adaptada, considerando-se os seguintes critérios: possibilidades de crescimento; intensidade da concorrência; tamanho do investimento, como barreira à entrada; potencial de sinergias (internas ao hospital), potencial de parcerias externas; potencial local e potencial regional de captação de clientela; motivação interna; potencial de ensino e de pesquisa; contribuição para o projeto político ou para a grande missão do hospital; contribuição para a imagem externa. (vide roteiro no Anexo 1.) Estes critérios comportam subcritérios que são explicitados durante a aplicação do enfoque, para tornar o cálculo mais fácil.

Especialidade/Disciplina:

Segmento:

Quadro 2 - Avaliação do valor do segmento

Crítérios de avaliação	Peso %	Nota (de 0 a 20)	Score (= p x n)
Mercado			
<ul style="list-style-type: none">• Crescimento• Risco de flutuação• Intensidade concorrencial			
Valor ponderando mercado			
Barreiras à entrada			
Sinergias			
Grau de motivação interna			
Oportunidades do ambiente			
Potencialidades do segmento			
Valor do segmento	100		

Fonte: Cremadez, M. e Grateau, F (1992:147)

O resultado desta fase é uma descrição precisa da problemática específica do segmento. Este método, apesar de não partir da categoria problema, permite, nesta fase, ir ao encontro dos problemas específicos, sendo esta a orientação que temos seguido na experiência brasileira. Durante o processo formal de aplicação da *démarche*, vários 'nós críticos' vão surgindo e devem ser processados e encaminhados sob pena de inviabilizar as propostas de ação.

Com relação aos critérios e subcritérios, identificamos que:

- quando muitos concorrentes são identificados, a nota atribuída à intensidade da concorrência, é baixa, o que contribui para um valor de mercado relativamente menor;
- expectativa de poucos aportes externos, compromete o item oportunidades do ambiente;
- fraco desenvolvimento da pesquisa, pode comprometer as potencialidades de desenvolvimento geral.

Para que os critérios anteriormente aludidos não sejam fundamentalmente bases de investigação, mas bases de avaliação, é necessário submetê-los a um processo de formalização rigoroso. Assim, a avaliação do valor deve ser realizada sobre bases idênticas para todos os segmentos de atividade que compõem um estabelecimento. Caso contrário, a avaliação não poderá mais resultar em escolhas estratégicas, pois a elaboração de cada uma das grades específicas estaria apoiada em valores e modos de apreensão do meio ambiente diferentes, o que impediria toda comparação significativa.

A formalização da grade de avaliação deve evitar ao máximo os riscos de interpretações divergentes. Assim, o título do critério deve acompanhar-se de uma definição precisa do conteúdo do critério, da maneira de avaliar (significado positivo da variação) e do modo de cotação que será utilizado. Frequentemente, o grau de maturidade da organização face à avaliação, definirá a utilização de uma cotação numérica ou não. A vantagem de uma cotação numérica é permitir ponderar os diferentes critérios e obter uma nota global, mais facilmente.

Apesar de todas as precauções que se possam tomar, a indisponibilidade de certos dados, o fato de que, em certos casos, os especialistas consultados estejam implicados na cotação, faz com que uma parte importante de subjetividade seja inevitável. A única maneira de minimizar esta questão é fazer com que a cotação se efetue em um contexto de participação suficientemente amplo para que haja a necessidade de obtenção de um consenso.

3.3- Fatores-chave de sucesso e análise da posição competitiva

A análise da posição competitiva ou estratégica do hospital corresponde à identificação dos fatores-chave de sucesso (FCS) e ao grau de controle relativo dos mesmos por parte do hospital. Os fatores chave de sucesso servem para avaliar a capacidade do hospital para obter bons resultados em cada um dos segmentos de atividade, ou seja, para satisfazer a demanda do serviço correspondente em qualidade e quantidade.

Os fatores-chave de sucesso correspondem às competências/tecnologias que devem ser controladas para se ter êxito nas atividades em análise. A identificação destes fatores-chave é equivalente à definição situacional de elementos de capacidade discriminante, ou seja, de capacidades específicas de ordem relacional, tecnológica, financeira ou de competências, cujo controle garante posições de vanguarda.

Este conceito apresenta as características fundamentais seguintes:

- O que se deve indicar é o conjunto de fatores que promovem efetivamente o êxito, quer dizer, o que é valorizado pelo meio ambiente dos profissionais e dos usuários. As confusões mais freqüentes, às quais é necessário estar bastante atento, são: confundir fatores chaves de sucesso e norma profissional (interna ou não à organização) e, confundir fatores chaves de sucesso e competência disponível, ou seja, considerar apenas aqueles fatores controlados pela instituição.
- O número de fatores levados em consideração deve ser limitado; tudo é importante, mas somente alguns elementos são decisivos.
- O nível de competência requerida pode ser avaliado em termos absolutos (mínimo requerido de ordem normativa), mas o que importa é a competência relativa, quer dizer, o diferencial de competências que se estabelece com relação aos concorrentes.
- Os fatores chaves de sucesso não são invariantes. Sua composição evolui em função dos fenômenos que influenciam as expectativas dos usuários. Estes podem ter uma origem ambiental (fenômenos sobre os quais se pode freqüentemente agir, ao menos indiretamente) ou resultar dos esforços das

organizações, em competição entre elas mesmas, que tornam discriminantes fatores considerados anteriormente como secundários. Quando depois da cotação, o diferencial entre os concorrentes aparece como relativamente fraco, pode se interrogar sobre a pertinência dos fatores chaves de sucesso definidos. Com efeito, se todos os concorrentes estão próximos e obtêm uma nota satisfatória, deve-se perguntar se o fator chave de sucesso não pertence ao passado, se seu efeito discriminante pode estar já superado ou se as posições concorrenciais dependem de outros parâmetros. Por outro lado, se todos os concorrentes resultam mal cotados, é necessário se perguntar se não existe um desvio que opera entre a visão do especialista (seu sistema normativo) e a visão do usuário (suas expectativas).

A identificação dos fatores-chave de sucesso (FCS) deve ser realizada, apoiando-se ao máximo na observação do meio ambiente, analisando o que determina o sucesso de um concorrente considerado particularmente ameaçador, interrogando os interessados, sejam profissionais e usuários. Esta identificação é indissociável da identificação dos concorrentes e consiste em explorar, pela reflexão estratégica, certos dados de “marketing”, interrogando-se sobre a persistência das expectativas observadas e sobre os fatores suscetíveis de modificá-las.

O levantamento de dados sobre FCS se faz por referência ao lugar que se ocupa na rede de cuidados correspondente ao segmento estudado. Ocupar uma certa posição na rede de cuidados específica pode ser em si um FCS. Uma vez determinado o espaço a ocupar, convém mobilizar um certo número de recursos e de capacidades de controle para propor serviços percebidos como tendo uma qualidade superior aos de seus concorrentes. A obtenção dos FCS é fruto da pesquisa sistemática sobre tipo, qualidade e volume dos recursos que teriam um efeito discriminante sobre a “performance” relativa dos concorrentes envolvidos.

Para ser operacional, isto é, conduzir à formulação de planos de ação que permitam melhorar a posição concorrencial do estabelecimento sobre um segmento de atividade dado, é necessário que a formulação dos FCS seja precisa. Não se trata de dizer, por exemplo, “são necessários médicos competentes” mas de precisar qual é a competência

que faz a diferença; ao invés de “são necessários equipamentos eficientes” identifica-se qual é o equipamento cuja detenção constitui uma real vantagem estratégica.

O que faz o sucesso é aquilo efetivamente percebido pelo consumidor dos serviços ofertados. O fato de que o universo da saúde seja um universo prescritivo complica certamente o problema na medida em que pode haver, em certos casos, dificuldades para conciliar as expectativas dos profissionais e as dos pacientes. É necessário envolver todas as partes, especialmente os usuários (aqui incluídos os profissionais usuários da rede), na pesquisa dos FCS e evitar assumir a postura dependente de confundir expectativas com normas técnicas de boa qualidade profissional. As ferramentas de informação do “marketing”, os estudos de imagem, de satisfação e de opinião constituem neste sentido um suporte precioso. É por isto que a dimensão relacional (parcerias, comunicação) é freqüentemente fonte de elementos discriminantes.

É importante salientar que, diferente dos critérios de valor, os fatores chaves de sucesso não podem ser idênticos para todos os segmentos de atividade. Pois eles representam a especificidade da atividade. E mais, uma grande semelhança nos fatores chaves de sucesso de diferentes segmentos deve conduzir a repensar a segmentação.

O objetivo central desta definição é hierarquizar as atividades (os segmentos) em função de sua posição concorrencial.

O método de análise consiste dos seguintes passos:

- identificação dos fatores chave de sucesso;
- levantamento dos concorrentes;
- ponderação dos fatores chave de sucesso ou definição do seu impacto ou de seu peso relativo sobre a posição concorrencial, o que consiste em distribuir 100 pontos entre os FCS em função de sua importância relativa;
- notação: ato de atribuir nota de 0 a 20 a cada FCS em função do grau de controle real dos mesmos, considerando o controle próprio e também o controle dos concorrentes/parceiros;

- determinação da posição relativa própria e dos concorrentes, através da comparação dos escores pertinentes, sendo o escore de cada concorrente determinado a partir dos produtos do peso e da nota por FCS;

É importante assinalar aqui que a definição da posição competitiva dos concorrentes implica, na falta de um conhecimento mais preciso da mesma, numa pesquisa complementar a ser feita em parte *in loco* (acumulando-se dados objetivos sobre o controle dos FCS) . Assim, evita-se a subjetividade excessiva e erros inerentes a uma mera simulação à distância.

A matriz de análise do controle dos fatores-chave de sucesso com alguns exemplos é a seguinte:

Quadro 3 – Fatores-chave de sucesso

Segmento			Concorrentes - Referência				
Fatores-chave de sucesso	Peso	Nota	A	B	C	D	E
Competência laboratorial							
Cooperação cardiologistas							
Acolhimento acompanhantes							
Disponibilidade <i>scanner</i>							
Animação rede generalistas							
<i>Escore segmento</i>	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Posição relativa							

Fonte: Cremadez, M. e Grateau, F. (1992, pág. 151), tradução nossa.

3.4- Porta-fólio de atividades: uma visão de conjunto

O Porta-fólio de atividades é uma matriz de valor/posição concorrencial em que são posicionados os segmentos estratégicos de uma especialidade para se ter uma idéia de conjunto e de valor comparativo. Na prática, é um gráfico constituído pelo valor como ordenada e pela posição competitiva como abcissa. Cada segmento é representado por um círculo cujo tamanho representa o volume de produção relativo das atividades que ele

representa, e sua posição sobre o mapa depende do escore obtido quando da avaliação do valor e do grau de controle dos fatores chaves de sucesso, o que define sua posição competitiva. O gráfico é dividido em quatro quadrantes, sendo os dois superiores correspondentes a segmentos de alto valor, e os dois inferiores a segmentos de baixo valor. Os quadrantes à direita referem-se a segmentos de alta posição competitiva, e os da esquerda, a segmentos de baixa competitividade.

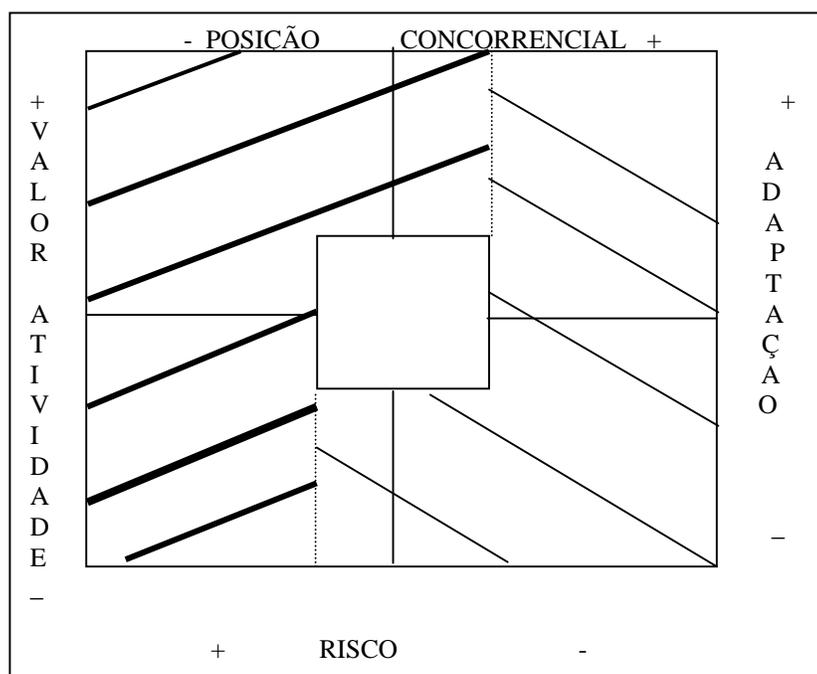


Gráfico 1.-.

O exame do porta-fólio deveria permitir um diagnóstico rápido do risco estratégico a que o segmento se expõe, resultante da maior ou menor adaptação da oferta de serviços (valor da atividade) e do esforço requerido para suplantar a concorrência (a posição concorrencial). Também deveria sugerir as grandes linhas de ação, de acordo com a posição estratégica no futuro.

Pode estar estruturado em três zonas:

- À direita, uma zona de fraco risco estratégico (tracejado fraco): a inadaptação dos serviços é, na maioria dos casos, compensada pela excelência da posição concorrencial.
- À esquerda, uma zona de forte risco estratégico (tracejado forte): a adaptação dos serviços é, no melhor dos casos, debilitada pela fragilidade da posição concorrencial.
- No centro, uma zona de indiferenciação (branca), correspondendo às atividades medianamente valorizadas e não discriminadas com relação à concorrência: zona de forte incerteza estratégica.

Para ilustrar o tipo de leitura e de análise de um portefólio , podemos examinar os exemplos seguintes, retirados da obra de Crémadez (ano):

O porta-fólio número 1 representa alto risco, pois somente um segmento de atividade comporta uma boa posição concorrencial; em contrapartida, ele é medianamente adaptado, pois cerca da metade do volume de atividade está destinada aos segmentos melhor posicionados em termos de valor. O principal problema da instituição referida será se desvencilhar dos segmentos inadaptados a fim de canalizar seus recursos em direção aos segmentos melhores adaptados e, notadamente, em direção ao segmento que deveria ganhar em posição concorrencial. Nesta ocasião, será necessário analisar detalhadamente o conteúdo, em termos de população, patologia, tecnologia e de modo de atendimento do segmento mais importante (em volume de atividades) e pior posicionado. Esta investigação poderá permitir “separar o joio do trigo” e revalorizar as atividades referidas, favorecendo aquelas que, graças a uma orientação particular, fornecerão uma resposta mais adaptada às necessidades dos usuários. Trata-se, em certos casos, de se concentrar sobre a resposta específica a uma categoria de usuários que aparece como majoritária em um segmento considerado. Em outros casos, será conveniente adotar um modo de atenção melhor adaptado e de mudar de posição na rede de cuidados. Poderá ser o caso, ainda, de reduzir o número de patologias atendidas ou de concentrar-se sobre aquelas que correspondem mais à vocação do estabelecimento. Enfim, o encaminhamento poderia ser o de modificar as tecnologias utilizadas, a fim de abrir um novo campo de ação. Assim, o desengajamento de

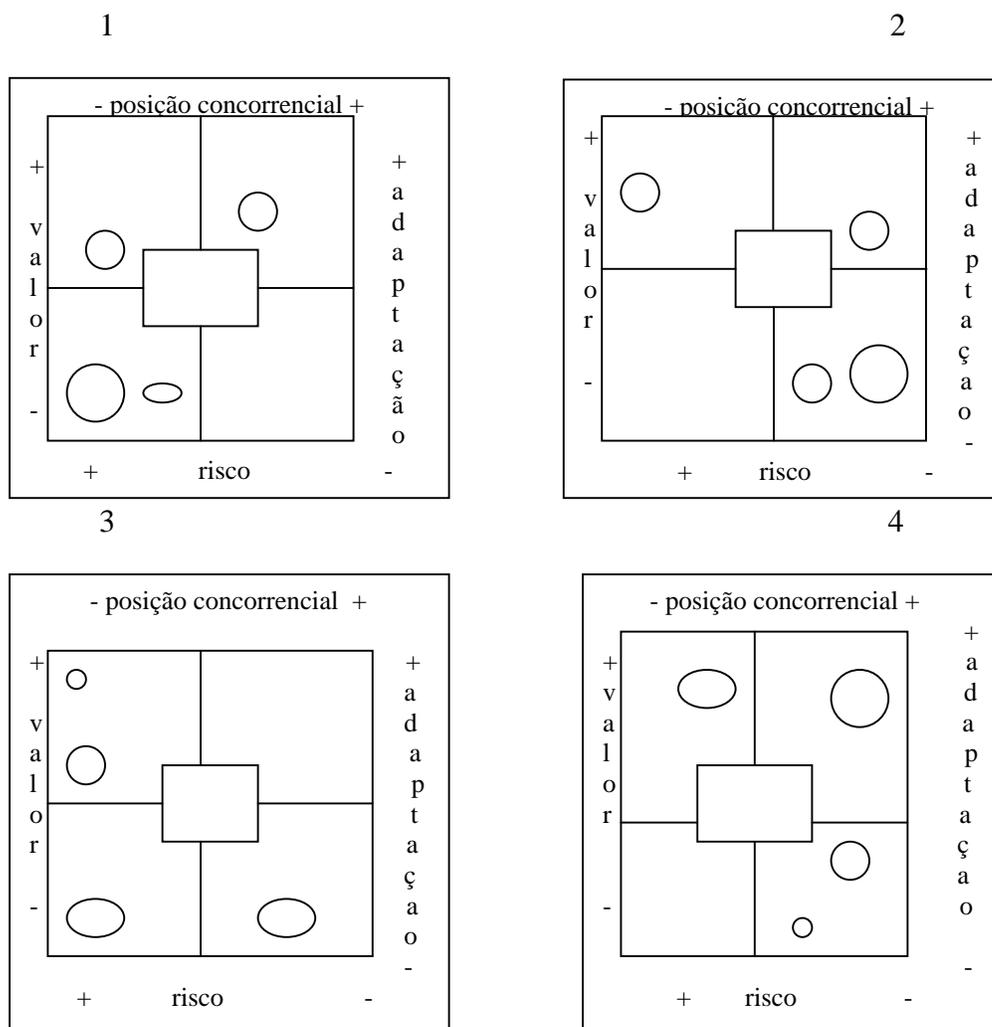
um segmento de atividade não é sinônimo de abandono puro e simples; ele deve ser acompanhado de um plano de ação específico e, eventualmente, de um esforço de investimento.

O porta-fólio número 2 demonstra pouco risco: somente um segmento se coloca em posição concorrencial desfavorável. É, em contrapartida, pouco adaptado, já que o segmento que tem a pior posição concorrencial é precisamente aquele que representa o melhor valor. Entretanto, é difícil fazer evoluir este porta-fólio de forma constante, via redistribuição dos recursos entre os segmentos que o compõem. Com efeito, quando uma importante parte da atividade tem fraco valor, mas uma posição concorrencial mais forte, é difícil dela se desembaraçar. Esta situação pode, em certos casos, traduzir uma insuficiência de difusão das tecnologias e/ou do “*savoir-faire*”. Uma das saídas pode ser então realizar a transferência dos segmentos pior posicionados, liberando assim recursos que poderão ser reorientados em direção ao segmento de atividade mais valorizado, mas onde a posição concorrencial deve ser melhorada. Em certas situações extremas, em que há o risco de ser definitivamente ultrapassado em relação a este último segmento, por falta de uma reação mais rápida, será necessário investir sem esperar os efeitos da transferência. Neste caso, é necessário ser extremamente vigilante a fim de que a transferência se faça o mais rápido possível e que os recursos liberados possam ser reorientados em direção a outros domínios. Caso contrário, a longo prazo, poderá haver uma captação de recursos indevida, que terá por consequência penalizar as atividades que poderiam se beneficiar desses recursos.

O porta-fólio número 3 é um porta-fólio ao mesmo tempo mais arriscado e mais inadaptado, que denota um fraco domínio do setor considerado. Necessita antes de tudo de uma análise precisa da concorrência, já que o encontramos freqüentemente nos domínios de atividade que estão submetidas a uma evolução científica e/ou técnica que abre novas perspectivas. Neste caso, será necessário antes de tudo voltar a atenção sobre os dois segmentos mais valorizados, a fim de definir as estratégias que permitirão fazer progredir sua posição estratégica. É necessário, por vezes, se desembaraçar o mais rapidamente possível dos segmentos de fraco valor. Entretanto, o tempo do processo de desengajamento dependerá de uma aceitação psicológica por parte dos profissionais ligada à evolução dos segmentos de alto valor.

O porta-fólio número 4 aparece como mais promissor e equilibrado, pois os segmentos menos importantes (em volume de atividade) estão pior posicionados em termos de valor. Denota um forte controle do domínio considerado. As preocupações são neste caso de duas ordens: de um lado, controlar as manobras da concorrência para evitar surpresas desagradáveis, e por outro lado, evitar a superalocação de recursos decorrente da influência interna que poderão adquirir os responsáveis pelo domínio em questão.

Estes quatro exemplos mostram que, nos casos extremos, é necessário antes de tudo se preocupar com os concorrentes e com o meio ambiente, descobrir as oportunidades e ameaças e, que convém, antes de tudo, em certos casos, analisar com detalhe o conteúdo das atividades, a partir dos pontos fortes e fracos identificados.



Exemplos de Porta-fólios

Da leitura dos porta-fólios acima, podemos depreender que os segmentos prioritários são os de alto valor. Em geral, deveriam ser estimulados os segmentos de alto valor. Porém, nem sempre um segmento de baixo valor é sinônimo de abandono do mesmo (especialmente quando o volume de atividade é grande e a atividade não é realizada por outros). Por outro lado, quando os segmentos apresentam uma baixa capacidade competitiva, mas alto valor, significa que a melhor estratégia seria a de investir na melhoria da posição competitiva, aumentando o rendimento e o controle dos fatores-chave de sucesso. O ideal é encontrar os segmentos à direita do porta-fólio. Porém, o porta-fólio não deve inspirar movimentos de forma mecânica: ele é um documento para ajudar a pensar uma estratégia.

O porta-fólio serve para determinar prioridades, para fixar a estratégia do hospital em termos de três possibilidades de objetivos, principalmente:

- **Desenvolver um segmento:** identificar as atividades que devem ser expandidas, priorizadas, desenvolvidas particularmente. Este objetivo, em geral, se confunde com a estratégia de diferenciação ou de agregação de um “plus” de valor, percebido como melhora de qualidade, podendo implicar em mais custos, em investimentos específicos para enfrentar os pontos fracos típicos dos FCS. O desafio aqui seria buscar a estratégia de diferenciação que envolvesse relativamente menos custos.
- **Manter ou estabilizar um segmento:** definir os segmentos que devem ser mantidos em ‘banho maria’, no mesmo nível de desenvolvimento histórico, se possível reduzindo custos. Aqui podem constar segmentos de alta competitividade e valor, os quais poderiam ser apenas mantidos na atual posição, reduzindo custos e liberando recursos para outras atividades.
- **Reduzir o recrutamento da clientela para um segmento:** definir os quais seriam necessários recortar ou focalizar, desestimular, diminuir, negociando a transferência parcial ou total de atividades para a rede (entende-se por focalização privilegiar um determinado tipo de usuário ou nosologia).

Para PORTER (1992), haveria três estratégias genéricas, melhor discutidas adiante a partir da obra de CRÉMADEZ: 1997): **diferenciação**, que implicaria em definir uma oferta única, exclusiva, diferenciada, percebida por todos como superior qualitativamente, cujo acesso também poderia ser diferenciado; **liderança no custo**, que representaria diminuir custos para liberar recursos para outros segmentos, sem comprometer a qualidade; **focalização**.

3.5- Plano estratégico de ação

Os planos incluem os esforços a serem realizados para agir sobre a rede de médicos de consultório (que referem pacientes), para implementar associações, para formar médicos e pessoal paramédico, para comunicar o “*savoir-faire*” controlado, para adquirir novas tecnologias, para implementar novos modos de atenção etc.

O plano de ação é o ‘que fazer’ para implementar a estratégia. Consistiria em um conjunto de atividades, tais como:

- Formas de apropriação/desenvolvimento dos fatores-chave de sucesso, visando enfrentar os pontos fracos identificados na análise incorporação de tecnologias e de recursos humanos, treinamentos, desenvolvimento de fatores de qualidade, etc.
- Ações de negociação e de comunicação internas ao hospital e com a rede, incluindo o estabelecimento de sinergias e parcerias externas.
- Ações visando revalorizar um segmento, atuar sobre algum critério da análise do valor de baixo escore, passível de intervenção (quando a decisão política é de buscar aumentar o valor).
- Ações visando modificar o modelo assistencial, as formas de atendimento que caracterizam um determinado segmento, o perfil de tecnologias utilizadas.
- Ações de natureza social e interssetorial.
- Ações que desenvolvam objetivos tipicamente médicos, como determinadas pesquisas.

A consolidação de um plano de ação é um contínuo retomar da análise estratégica do valor e da posição competitiva, visando aumentar o controle dos FCS, para melhorar a posição estratégica geral.

O plano culmina com a definição dos indicadores de monitoramento das ações, para que seja possível acompanhar as mudanças propostas.

4- ESTRATÉGIAS GENÉRICAS PARA MELHORAR A POSIÇÃO COMPETITIVA

Dispõe-se de uma vantagem determinante sobre seus concorrentes, quando se detém a primazia de uma competência que é fundamental para se ter êxito em um segmento de atividade dado. A vantagem concorrencial se fundamenta no fato de que os usuários (pacientes, quem referencia) reconhecem a oferta de um concorrente e a valorizam o suficiente para que prefiram a ele recorrer. Este diferencial de valor se resume em geral a uma relação qualidade/preço. Em circunstâncias em que a realidade de preços não impera, pode-se apreciar o valor concedido a um serviço, pelos esforços feitos pela clientela para ter acesso a ele (deslocamento, espera consentida...)

Duas vias estratégicas gerais podem ser seguidas para aumentar a base de vantagens concorrenciais disponível: aumentar o valor para o usuário ou envolver menos recursos sem, no entanto, diminuir o valor do serviço, tal como percebido pelo usuário em termos de qualidade.

A estratégia de diferenciação acentua o valor. Esta via supõe a possibilidade de criarmos um acréscimo de valor superior ao custo suplementar envolvido para esse fim. A via dos ganhos em eficiência, em troca, supõe que sejamos capazes de racionalizar a produção de tal maneira que a qualidade não seja afetada e que esta racionalização gere um ganho de recursos suficiente para que sua realocação produza uma vantagem estratégica dominante.

Para detectar as fontes de vantagens concorrenciais, seria necessária uma visão analítica dos processos de criação de valor no interior de uma empresa e de suas interações, isto é, analisar sua cadeia de valor e a estrutura de custos correspondente. O termo cadeia

de valor (oriunda de M. PORTER) corresponde à descrição das atividades que a organização implementa para realizar e colocar à disposição dos clientes seus produtos ou serviços.

Haveria vários tipos de atividades:

- A gerência e o conjunto de atividades estruturantes, incluindo a negociação com os financiadores e os fornecedores, a organização de atividades , a gestão de recursos humanos, o financiamento do investimento, os estudos de mercado, as escolhas tecnológicas e de tipo de serviços ,etc.
- As atividades de suporte operacional: considera-se atividade de suporte operacional toda atividade logística que não corresponde a um fator-chave de sucesso para um segmento da atividade dado, mas que é necessária para a realização da prestação de serviço. Em geral, esta atividade corresponde à logística não médica, passível de ser terceirizada, porque não corresponde a um “*savoir-faire*” determinante no jogo concorrencial .
- As atividades operacionais principais: são todas aquelas que concorrem principal e diretamente para a realização do serviço. Estas atividades podem ser mais ou menos específicas de um segmento ou serem compartilhadas entre vários , como é o caso da estrutura tecnológica relativa aos setores de imagem e de biologia por exemplo. Estas tecnologias se organizam em torno de processos de atendimento mais ou menos formalizados, precisos e controlados. A concepção e a condução destes processos deveriam estar no centro da reflexão sobre ganhos em eficiência e em valor. Ora, esta dimensão totalmente dependente da experiência dos profissionais (médicos e paramédicos) não costuma ser objeto de intercâmbio de experiências É nesses processos de atendimento que as práticas rotineiras dominam e são raramente questionadas de maneira regular e consertada. Porém, são causas habituais de acréscimos no custo: redundância de exames, exames inúteis e custosos, entre outros.

Os diferentes componentes de uma cadeia de valor não são independentes. Há conexões entre os vários componentes da cadeia de valor de um mesmo segmento e entre componentes de segmentos diversos. Estes componentes também apresentam interfaces com componentes da cadeia de valor de outras instituições com as quais a organização mantém relações de referência de pacientes, de fornecimento e compra de produtos ou de intercâmbio científico.

As vantagens concorrenciais seriam obtidas através da intervenção nestas interfaces, como trabalhando no nível de cada componente gerador de valor. A exploração das interfaces é uma fonte importante de vantagens, que subentende a existência de um bom sistema de comunicação/acompanhamento. Cremadez inclui a logística médica e a comunicação informatizada como atividades operacionais principais, justamente por este motivo.

Há inúmeros exemplos de exploração das interfaces: a saída de um serviço clínico e a entrada em outro; a relação emergência-serviços para a destinação dos pacientes e a coerência de seu tratamento; a interface medicina-cirurgia em algumas patologias e atos, como a cancerologia, as hérnias de disco, a insuficiência coronariana, os transplantes, etc. e as relações de referência e contra-referência de pacientes com a rede.

O conhecimento da estrutura de custos dos segmentos é de fundamental importância para a definição de estratégias de obtenção de vantagens. A estrutura de custos de uma atividade se caracteriza, de maneira sintética, pela proporção de custos fixos de origem central, de custos fixos específicos e de custos variáveis. Os custos fixos mais importantes das atividades hospitalares correspondem à infra-estrutura de internação/alojamento, ao pessoal e às tecnologias implementadas

Quando a estrutura de custos de uma atividade revela uma preponderância dos custos fixos alocados sobre os custos fixos específicos e os custos variáveis, seria interessante optar pela busca de vantagens estratégicas pelos custos. Quando se revela uma preponderância do custo variável unitário direto e de custos fixos específicos em relação aos custos fixos centrais alocados, seria necessário pensar em termos de diferenciação. A diversidade de atividades de um estabelecimento leva a adotar um misto de estratégias genéricas.

Em outras palavras e segundo nossa interpretação, a estratégia de custos, em geral, seria justificada principalmente, quando os segmentos dependem de tecnologias e de infra-estrutura de interação custosas e compartilhadas (que não representam custos fixos específicos). Isto porque seria necessário considerar estes recursos e minimizar a disputa, de maneira a garantir recursos para todos, o que demandaria uma racionalização, como, por exemplo, controlar o tempo de permanência, baixando custos. A não ser que o segmento apresente forte potencial de diferenciação, o fato de não contar com recursos próprios (ou potencial de captação destes recursos) que gerem custos fixos, como tecnologias, a estratégia de diferenciação não seria a melhor opção. Neste caso, o investimento necessário em capacidade instalada, tecnologias e recursos humanos especializados representaria relativamente uma nota menor, devido ao baixo controle, diminuindo o *score* resultante da análise de valor do segmento. O investimento ainda por ser realizado dificultaria a obtenção de vantagens comparativas, via diferenciação.

4.1- A estratégia fundada nos custos

É indispensável conceber uma estratégia de custos em todos os segmentos de atividade que precisam de infra-estruturas caras e compartilhadas, que apresentam um custo variável unitário pouco elevado e reduzidas formas de se diferenciarem expressivamente dos concorrentes.

Genericamente, a estratégia de custos consiste em privilegiar atividades que reforcem o potencial de sinergia já existente - atividades para as quais o controle dos custos compartilhados é um “*savoir-faire*” determinante - e, em eliminar custos específicos não justificados para garantir a conexão mais eficaz entre cadeias de valor.

O controle do custo operacional dos recursos humanos supõe investimentos em formação e em organização. Para o pessoal paramédico, recomenda-se uma formação polivalente e/ou a criação de grupos polivalentes que permita uma maior flexibilidade na sua distribuição pela organização, garantindo, de qualquer maneira, um forte grau de aderência a cada serviço específico para onde foram destinados (uma posição intermediária entre a gestão global ou centralizada do corpo de profissionais e uma destinação rígida no interior de um). Para o pessoal médico, recomenda-se uma formação que fomente uma

visão multidisciplinar, assim como o estabelecimento permanente de contatos, visando formulação de consensos sobre as práticas profissionais.

Os custos de infra-estrutura são sensíveis à taxa de ocupação e de rotatividade por um lado e à adequação dos pacientes à vocação da estrutura, por outro.

Em uma estratégia de custos, seria necessário maximizar a taxa de ocupação o que dependeria, em boa medida, de estruturas menos rígidas, mais flexíveis, que se adaptem às evoluções do mercado, ao rendimento e à própria evolução da missão da organização.

A rotatividade está ligada ao tempo de permanência dos pacientes. Para reduzir custos, seria necessário combater as práticas que provocam tempo de permanência (notadamente certas práticas rotineiras ligadas à entrada e saída de pacientes) e privilegiar estruturas de atendimento especializado, programado e de duração determinada, que explorem as sinergias entre atividades.

É conveniente, ainda, regular as relações entre as estruturas técnicas de apoio diagnóstico e terapêutico e os serviços clínicos, levar em conta os pontos de estrangulamento não superáveis a curto prazo e recorrer eventualmente aos meios de parceiros externos.

A adequação depende do grau de correspondência entre o tipo de clientela e a especialização da estrutura. A inadequação é fonte de desperdício de recursos e resulta, em boa medida, de serviços de triagem e de orientação que funcionam mal.

O controle dos fluxos de pacientes que chegam e saem é um elemento fundamental da redução de custos. Uma boa comunicação com os serviços que referenciam pacientes e com aqueles que complementam um cuidado é fator chave dessa estratégia.

Os custos tecnológicos

O controle destes custos depende da oportunidade de aquisição de equipamentos a preços estáveis, conhecidos e que favoreçam um prazo de recuperação curto dos investimentos. Deve-se avaliar os riscos no caso de superposição de equipamentos nos diferentes concorrentes e evitar equipamentos ociosos ou semi-ociosos.

Em segundo lugar é necessário considerar a concentração de equipamentos como fator de economia de escala e seu compartilhamento, quando isto é necessário para atingir a massa crítica de atividade correspondente ao limiar de rentabilidade.

O controle da aprendizagem da apropriação das tecnologias é fundamental. Todas as fases envolvidas na implementação de uma tecnologia, para além da mera manipulação, devem ser objeto de um treinamento que envolva um conjunto diversificado de pessoas, de modo a não ficar restrito ao operador da mesma. Este processo deve envolver também o controle e a gestão do processo de substituição de uma tecnologia por outra.

Os ritmos de utilização dos equipamentos, a fim de evitar os custos adicionais decorrentes de flutuações (super ou subutilização), é outro importante fator no controle de custos tecnológicos, que depende de um bom controle da demanda e dos fluxos de chegada.

Um elemento fundamental numa estratégia fundada nos custos é a pesquisa de inovações tecnológicas capazes de diminuir o tamanho da infra-estrutura necessária e/ou de gerar uma substituição tecnológica que permita uma maior programação do atendimento, um controle crescente dos prazos de tratamento e uma tendência para formas de tratamento que impliquem em tempos de internação menores (tecnologias para cirurgias menos invasivas, por exemplo).

Um bom exemplo de estratégia fundada em custos foi a proposta de considerar um dos três hospitais da Área que serviu ao desenvolvimento do método aplicado em rede, como referência para exames e procedimentos de mais alto custo como tomografias, por exemplo.

Os custos variáveis

Representam uma fração menor do conjunto de recursos alocados em um estabelecimento hospitalar, mas a margem de liberdade do mesmo depende em grande parte de seu controle.

A redução de custos variáveis depende de duas alavancas fundamentais.

1. Da gestão do abastecimento e de estoques que repousa no desenvolvimento de competências específicas:

- capacidade de negociação que representa um fator importante de redução dos custos de abastecimento que não é implementado devidamente. Baseia-se na seleção, conhecimento do mercado, prática da concorrência, utilização dos efeitos de tamanho e de escala nas compras;
- competência em explorar a sensibilidade da estrutura de custos dos fornecedores ao comportamento do cliente: estabilidade das especificações, prazos de pagamento, regularidade e volume dos pedidos unitários, etc. são fatores de redução dos custos dos fornecedores dos quais podemos tirar partido nas negociações;
- rigor na definição das especificações dos produtos comprados e , principalmente, na definição de seu acondicionamento unitário em função das práticas de consumo (de maneira a evitar o desperdício devido a acondicionamentos não adaptados, por exemplo).

2. A formalização das práticas de atendimento e sua análise crítica regular: a implementação de rotinas profissionais pela formalização é indispensável para controlar os custos variáveis, pois a formalização atua positivamente, em termos de eficiência, sobre os três componentes fundamentais dos custos variáveis: o consumo de atos, de produtos farmacêuticos e de material de consumo.

4.2- Estratégia de diferenciação

A diferenciação, em geral, se confunde com o desenvolvimento de uma competência médica específica, associada, em certos casos, ao controle de certas tecnologias. Esta é a via de diferenciação mais comum, historicamente. Mas não é e não deveria ser a única.

A diferenciação pode operar:

- Modificando um ou vários elementos da cadeia de valor
- Explorando as relações entre os elementos das cadeias de valor de dois segmentos que apresentam sinergias potenciais
- Modificando a conexão e a coordenação com os parceiros externos

Todos estes elementos podem jogar um papel determinante na satisfação global do cliente.

Modificação da cadeia de valor de um segmento

Esta estratégia pode consistir em introduzir um serviço complementar no seio da cadeia de valor de um segmento: desenvolvimento de cuidados paliativos no tratamento do câncer; aumento do número de formas de preparação do parto em obstetrícia.

Pode significar, também, completar ou modificar apenas um componente da cadeia de valor: a passagem de um “serviço-porta de entrada” (triagem) para a admissão direta pode ser uma via de diferenciação que questiona os elementos acesso, acolhimento, comunicação clientes-sistema de referência da cadeia de valor de vários serviços. É o complemento normal da especialização dos serviços clínicos. Com efeito, a especialização tem pouco impacto se não se acompanhar de uma ampliação das relações com o sistema de referência que permita o recurso direto.

A perda de flexibilidade induzida pela especialização pode ser compensada pela criação de estruturas intermediárias, concebidas para responder às necessidades dos pacientes fora da etapa aguda e para economizar recursos raros e custosos (o compartilhamento destas estruturas entre serviços é extremamente necessário e ainda pouco experimentado).

Uma maior colaboração com os parceiros externos pode evitar alongamentos indevidos das internações.

Modificação da conexão e coordenação entre dois segmentos que apresentam sinergias:

Corresponde a remodelar as relações entre dois segmentos com a finalidade de explorar novas sinergias: estreitar os laços entre os médicos especializados e a cirurgia em torno da problemática dos transplantes ou entre a pediatria da nutriz e a obstetrícia para oferecer um serviço mais completo para as futuras mães e para gerar efeitos positivos no sentido do recurso posterior a este hospital no que concerne ao acompanhamento dos filhos.

Modificação da conexão e da coordenação com parceiros externos

Significa o estabelecimento de parcerias visando:

- Suprir carências de equipamentos
- Desenvolver pesquisa clínica
- Participar do ensino universitário ou de Pós-Graduação
- Diminuir o tempo de permanência
- Beneficiar-se da transferência de tecnologia, etc.

Como a diferenciação pode implicar em mais custos, o grande desafio que enfrenta esta estratégia é a escolha de formas de diferenciação relativamente menos custosas, em que o ganho em valor ou qualidade do serviço prestado supere os acréscimos em custo.

A estas duas estratégias genéricas, deveríamos acrescentar uma terceira, já indicada anteriormente, a Focalização, que consistiria em recortar um segmento ou em privilegiar dentro do mesmo uma determinada categoria de usuário, de nosologia clínica ou de tipo de tecnologia de atendimento. Por exemplo, restringir o ambulatório de adultos de um determinado hospital psiquiátrico à população adscrita a uma área programática menor ou às patologias de maior complexidade. Ou ainda, privilegiar dentro do mesmo um tipo de atendimento aquele mais programável, referenciado (paciente ligado a uma determinada equipe), de natureza multidisciplinar.

4.3- Avaliação das dificuldades encontradas

Esta avaliação apóia-se, principalmente em dados colhidos na Unidade de Análise Estratégica do Centro Hospitalar de Lille, por Rivera em 1996, em encontros que aconteceram no Brasil, quando da vinda de Monsieur le Ludec*, em documentos citados que fazem parte do material instrutivo do enfoque e, em parte, numa análise ainda parcial de algumas experiências brasileiras.

Entre as dificuldades gerais, destacam-se: o ceticismo, a descrença na mudança, as barreiras de linguagem, a desconfiança, a indiferença e a recusa a comprometer-se.

Em relação ao diagnóstico, as maiores dificuldades residem na ausência de sistemas de informação ao início da “*démarche*”, na opacidade da atividade da concorrência, na seleção da informação qualitativa, na debilidade da base documental e na pobreza dos dados epidemiológicos e/ou na dificuldade de sistematizá-los.

Na fase da segmentação, alguns problemas se tornam evidentes:

- a segmentação é um conceito difícil de apreender: o grupo médico tende a confundir segmento e grupo homogêneo de doença, em circunstâncias que a segmentação das práticas de trabalho pode obedecer a outros critérios (como o tecnológico, o gerencial e o populacional), para além do critério entidade epidemiológica. Isto gera algumas reticências de parte daquele grupo profissional.
- a linguagem utilizada se afasta do vocabulário médico;
- há uma tendência para definir uma segmentação territorial, reflexo de uma luta pelo poder ou reveladora de problemas latentes.

Sobre a fase da análise estratégica, outros problemas foram detectados:

- a lógica das grades não é facilmente percebida, há uma interrogação múltipla sobre a utilidade da ponderação e da notação;

* Monsieur Le Ludec é um dos responsáveis pelo desenvolvimento da *démarche stratégique* em Lille, acompanhando a experiência por nove anos.

- a notação é considerada definitiva, quando todos os segmentos são examinados;
- os comentários devem ser objeto de um consenso absoluto, o que torna a formalização pesada;
- os serviços em posição de monopólio se prestam menos a este tipo de análise;
- surge a necessidade da busca de informações adicionais e, muitas vezes, existe dificuldade na obtenção dos dados.

O processo de elaboração dos planos, finalmente, enfrenta algumas dificuldades:

- os objetivos são, às vezes, pouco ou mal definidos por falta de comprometimento;
- ausência de participação de profissionais não médicos do hospital;
- planos de ação de natureza essencialmente médica, sem ligação com um projeto social;
- indicadores às vezes difíceis de pôr em prática.
- Necessidade de aprofundar mecanismos de viabilização das propostas.

Com estas considerações gerais, concluimos aqui nossa apresentação panorâmica da *démarche stratégique*, não sem antes afirmar que vemos este enfoque como um modelo de gestão estratégica e comunicativa aplicável à realidade hospitalar com promissoras possibilidades práticas, como pudemos constatar na nossa experiência de aplicação do enfoque.

Voltaremos a uma análise crítica geral ao fim do trabalho, inserida na conclusão.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. [Ante-projeto de tese de doutoramento apresentado ao Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP], Campinas, 1996.

ARTMANN, E. **A dimensão da Cultura na Mudança Organizacional.** Unicamp/Campinas (mimeo), 1997^a

CREMADEZ, M. & GRATEAU, F., **Le Management Stratégique Hospitalier.** 2^aed, Paris: Inter Éditions, 1997.

CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. **L'Acteur et le Système.** Paris, Éditions du Seuil, 1977.

GUIMARÃES, B.M. **Instituição e Arte: pensamento e ação na clínica médica.** [Dissertação de doutorado, Instituto de Medicina Social] - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

LAWRENCE, P.P. & LORSCH, J.H. **Adapter les Structures de l'Entreprise.** Éditions d'Organisation, 1973.

MINTZBERG, H. **Structure e Dynamique des Organisations.** Paris, Éditions d'Organisation, 1982.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo.** Brasília, IPEA, 1993.

PORTER, M. E. **Choix Stratégiques et Concurrence.** Paris, Ed. Economica, 1982.

PORTER, M.E. **Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.** Rio de Janeiro, Campus, 1992.

RIVERA, F.J.U. **A "démarche" estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França.** Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 1997.

RIVERA, F.J.U. **O Enfoque de Integração Estratégica de Crémadez e Grateau e a Gestão de Recursos Tecnológicos e Humanos.** Rio de Janeiro, RAP 32(6):179-208, 1998.

SAYD, J. D. **Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica da medicina Ocidental.** Rio de Janeiro, Saúde & Sociedade, Ed. UERJ, 1998.

SOUZA, R.M.P. **Demarche Estratégica: uma abordagem teórico-metodológica**. Rio de Janeiro, 1997, [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

STRATEGOR. **Stratégie, Structure, Décision, Identité. Politique Générale d' Entreprise**. Paris, Dunod Ed, 1997.

THÉVENET, M. **Audit de la Culture d'Entreprise**. Paris, Éditions d'Organization, 1986.

UAS-CHRU. (Unité d'Analyse Stratégique - Centre Hospitalaire Régional Universitaire), **La Démarche Stratégique. Guide Méthodologique**. Material Instrucional. Lille, UAS-CHRU, 1995a. (Mimeo)

UAS-CHRU. **La Démarche Stratégique. Sommaire**. Material Instrucional. Lille,

UAS-CHRU.1995b. (Mimeo)



CAPÍTULO II
INTERDISCIPLINARIDADE, AGIR
COMUNICATIVO E GESTÃO
ESTRATÉGICA

*A ciência descreve as coisas como são;
a arte, como são sentidas, como se sente que são.*

(Fernando Pessoa)

*A unidade da razão somente continua perceptível através da pluralidade de
suas vozes.*

(Habermas)

1-INTRODUÇÃO

Se, por um lado, a especialização e conseqüente fragmentação do saber se expressa na multiplicação de disciplinas nas universidades e centros de pesquisa e nas explicações sempre mais especializadas e parciais sobre a realidade, por outro lado, o reconhecimento de cientistas, pesquisadores, intelectuais e profissionais das mais diversas áreas sobre a necessidade de atravessar as estreitas fronteiras disciplinares e construir um diálogo interdisciplinar, como forma de superar os efeitos negativos desta fragmentação, é crescente e inegável.

A necessidade de intervenções concretas diante dos problemas da sociedade, sejam eles relacionados a questões econômicas, sociais, culturais, setoriais (saúde, educação), tecnológicos, de organização da vida urbana ou rural ou aqueles relacionados a questões éticas e de sobrevivência da espécie conduzem ao questionamento sobre a capacidade das disciplinas isoladas ou saberes compartimentalizados fornecerem tais respostas.

A área da saúde não foge a este diagnóstico e expressa em seu interior estas mesmas tendências contraditórias, ainda de forma mais contundente, pela própria complexidade de seu objeto, que necessariamente precisa ser abordado de forma interdisciplinar. Nem é necessário nos alongarmos nesta questão na medida em que tantos autores o reconhecem. MINAYO, (1991) sintetiza bem esta complexidade:

Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que perseguimos, porque ele envolve ao mesmo tempo e concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas assim como o biológico que, em última instância, traduz, através da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais de indivíduos e grupos.

NUNES (1995), ao resgatar as origens gregas da palavra saúde como inteiro, intacto, integridade, afirma que esta não permite a fragmentação em saúde física, mental e social, devendo partir-se de uma visão holística que supõe compreendê-la na interface de uma grande diversidade de disciplinas, o que se torna ainda mais complexo quando se passa para a esfera da saúde coletiva.

Apresentamos neste trabalho alguns pressupostos básicos do paradigma habermasiano para a construção de um projeto interdisciplinar na área da saúde, onde se destaca o papel assumido pela linguagem enquanto articuladora da ação em geral e de todas as formas de saber ligadas à atuação sobre o mundo. Para HABERMAS (1987) o conceito de mundo tem um caráter ampliado, tríplice (mundo objetivo, normativo ou das normas sociais e subjetivo) e deve ser considerado em relação ao mundo vital, constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, conceitos estes ancorados na própria linguagem. O objetivo central da apresentação desses pressupostos é entender a proposta de projeto interdisciplinar do Agir Comunicativo Habermasiano.

Em seguida, comentaremos em que medida os enfoques de planejamento e gestão que operamos, o Planejamento Estratégico-Situacional (PES) e a Gestão Estratégica Hospitalar de Cremadez, pode associar-se a esse projeto. O objetivo é delimitar as categorias e instrumentos de análise que permitem descortinar um projeto interdisciplinar com essas características. A partir da experiência de aplicação do enfoque francês de análise estratégica hospitalar em um Hospital do Rio de Janeiro, discutimos a possibilidade concreta, através de exemplos, de um projeto interdisciplinar na área da cardiologia.

2-PRESSUPOSTOS BÁSICOS PARA COMPREENSÃO DO PROJETO INTERDISCIPLINAR HABERMASIANO

2.1-Conceito de mundo:

HABERMAS (1987), baseado em POPPER (1973), constrói um conceito tríplice de mundo, preferindo, contudo, manter três mundos distintos, ao invés de definir três regiões em um único mundo como o faz Popper. Assim, temos o *mundo objetivo* referido ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes; o *mundo social* ou normativo relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos e o *mundo subjetivo* que se refere ao mundo interno dos indivíduos.

Conceito de mundo da vida *versus* sistema: o mundo da vida, para Habermas, é constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade. A cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores, a sociedade nos fornece o contexto normativo sob o qual agimos e é na personalidade onde se encontram as competências individuais para a comunicação. Estas três dimensões articuladas pela linguagem que é também constitutiva do mundo da vida, nos fornecem o 'pano de fundo' das pré-interpretações e saberes implícitos que orientam nossas ações (HERRERO, 1987). Este conceito, embora apoiado na fenomenologia de Husserl e Schutz, se diferencia porque Habermas o alarga para além do horizonte da consciência dos sujeitos e concebe-o a partir da relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e age, visando coordenar cooperativamente seus planos de ação (SIEBENEICHELER, 1989a).

Na abordagem habermasiana existe uma dialética entre o mundo da vida - mediado pela linguagem e pela cultura e representado pela razão comunicativa - e o sistema o qual é mediado pelo poder e pelo dinheiro e representado pela razão técnica, instrumental. Em seu diagnóstico da sociedade contemporânea, o autor refere-se a um avanço da racionalidade técnica ou do sistema sobre o mundo da vida. Através de uma crítica hermenêutica seria possível, segundo o autor, desvendar formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema.

2.2-Teoria da ação comunicativa

Um dos pontos de partida da teoria habermasiana é a crítica à teoria da ação de Weber. Para Habermas, a teoria weberiana reduz a ação a uma dimensão instrumental/teleológica ou estratégica que corresponde a uma forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo, onde o critério de validade da ação estaria representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo. Esta forma de ação se transforma em estratégica, quando envolve outros atores sobre os quais se pretende exercer influência. Neste caso, os outros atores são reificados e vistos como meios ou obstáculos a superar.

Na teoria habermasiana, o conceito de racionalidade da ação pressupõe, além do tipo de *ação teleológica ou estratégica*, que se refere apenas ao mundo objetivo, mais três tipos de ação:

Ação normativa: voltada para a produção e legitimação de normas sociais. Relaciona-se pelo menos com dois mundos: o mundo objetivo e o normativo.

Ação expressiva: que representa um tipo de ação voltada para a comunicação e reconhecimento da autenticidade de estados internos ou subjetivos dos indivíduos. Pressupõe relações com um mundo externo e um mundo interno.

Ação comunicativa: construído a partir da filosofia da linguagem de Austin e Searle, o conceito de ação comunicativa corresponde a uma relação intersubjetiva mediada linguisticamente onde são levantadas pretensões de validade (enunciados) que se candidatam a serem aceitos ou não pelos interlocutores. Apoiada no tríplice conceito de mundo, as pretensões de validade se referem tanto a estados de coisas do mundo objetivo, a normas do mundo social e a expressões do mundo subjetivo. Isto significa que somente a ação comunicativa pressupõe o uso da linguagem em todas as suas dimensões, estando referida ao mesmo tempo aos três mundos, articulados pelo mundo da vida - o equivalente ao saber prévio ou conjunto de pretensões de validade cristalizadas como acordo ou consenso, que se expressam como saber teórico, prático ou expressivo.

Toda ação implica em um saber prévio ou conjunto de pressuposições que orienta o conhecimento de situações e a atuação sobre as mesmas. Ou seja, conhecemos o mundo ou atuamos sobre ele a partir do 'pano de fundo' de um mundo da vida

predeterminado. Esta aproximação a um mundo descentralizado, alargado, pode ser a-crítica, enquanto reprodução natural destes conteúdos prévios, ou crítica, enquanto revisão de conteúdos pouco funcionais às novas situações.

De qualquer forma, toda ação implica em um saber prévio ou na precedência da linguagem. Por isso, para o autor, a ação comunicativa está na base de todas as outras formas. A linguagem é uma forma de ação, pois pelo seu componente performativo (tipo de relação intersubjetiva implícita) constitui-se numa maneira de relacionar-se intersubjetivamente com o(s) mundo(s) que desencadeia outros tipos de ação. Constatar algo é diferente de prometer fazer algo ou de pedir que alguém faça algo. São três vínculos intersubjetivos distintos que correspondem a componentes performativos diferenciados da linguagem: constatação, promessa, ordem, que supõem orientações distintas em relação ao mundo. Constatar é típico do mundo objetivo. O ato de fala chamado de petição reivindica a legitimidade da norma para ser cumprida, articulando uma dimensão do mundo social. O nível da constatação ou da petição antecipam outras ações finalísticas.

É importante destacar que a construção do conceito de ação comunicativa pressupõe uma mudança do paradigma da consciência ou da filosofia do sujeito para o paradigma da comunicação ou da intersubjetividade.

2.3-O paradigma da comunicação:

Neste novo paradigma, conhecer e atuar sobre o mundo não representam mais uma ação solitária de um ator ou sujeito que quer conhecer e agir sobre objetos, mas uma relação intersubjetiva linguisticamente mediada onde o sujeito, além do interesse em conhecer e atuar sobre o mundo, está interessado em entender-se junto com outros sujeitos sobre o significado das questões a respeito do conhecer e agir sobre objetos no mundo. Neste paradigma, o fundamental não é o enfoque objetivante, mas o enfoque performativo do entendimento intersubjetivo entre sujeitos capazes de falar e atuar. Habermas trabalha esta questão a partir dos enunciados performativos de Austin e do conceito de comunidade comunicacional de Apel (SIEBENEICHLER, 1989 a).

Do ponto de vista da razão, a diferença entre o paradigma do sujeito e o paradigma da comunicação podem ser explicitados de forma mais clara da seguinte maneira:

Para a razão centrada no sujeito, valem os critérios de verdade no conhecimento de objetos e de sucesso no domínio sobre objetos e coisas. Estes dois critérios mediam as relações entre o sujeito e o mundo. Quando são aplicados à questões que extrapolam o mundo objetivo para o qual o critério de verdade, por exemplo é perfeitamente válido, é que se criam distorções a partir da reificação de questões que exigiriam outros critérios de validação e é esta justamente a crítica de Habermas.

A razão centrada na comunicação busca sua validação em procedimentos argumentativos que procuram resgatar direta ou indiretamente três tipos de pretensões de validade: de verdade proposicional referidas ao mundo objetivo, de correção normativa, referentes ao mundo social e de autenticidade subjetiva. O conceito de razão passa a ser processual e comunicativo, deduzido de uma lógica pragmática da argumentação. Inclui, portanto, além do elemento cognitivo e instrumental, elementos relacionados à moral, à prática, à emancipação e à estética.

O primeiro caso, quando se amplia para além do mundo objetivo, reificando normas ou sujeitos, configura uma distorção na medida em que uma determinada relação (a teleológica ou a estratégica) real e necessária, mas que deveria estar subordinada à comunicativa, toma o lugar do todo, sem possuir, contudo, estrutura para tal, pois os critérios de validação para o mundo objetivo, não servem para os demais mundos, como já afirmamos acima.

O paradigma comunicativo rompe com a velha moldura da relação sujeito/objeto substituindo-a por uma relação intersubjetiva onde se emitem e resgatam pretensões de validade sobre coisas do mundo objetivo, sobre normas ou expectativas de comportamento geral do mundo social e sobre estados subjetivos. Esta aproximação ao mundo deixa de ter exclusivamente a marca da dominação ou o controle de um sujeito sobre um objeto a ser conhecido ou manipulado e passa a representar uma construção solidária em que os atores podem entender-se sobre a melhor forma de atuar.

3-CONSTRUINDO A INTERDISCIPLINARIDADE

JAPIASSU (1976), define a disciplinaridade como um conjunto sistemático e organizado de conhecimentos com características próprias nas distintas áreas de ensino, método, etc., cuja exploração conduz a novos conhecimentos que substituem os antigos. Discute as diferentes nuances das relações interdisciplinares através dos termos multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. Sienbeneicheler (1989b) agrupa estas formas de relações em dois grupos básicos: no primeiro se encontram a multi e pluridisciplinaridade e no segundo a inter e transdisciplinaridade.

Multidisciplinaridade: refere-se basicamente a uma associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista. É comum em congressos e seminários onde vários especialistas se encontram para discutir um objeto sob diversos ângulos. Contudo, não se verifica uma integração interdisciplinar.

Pluridisciplinaridade: aqui avança-se um pouco e se estabelecem algumas relações entre disciplinas. Como exemplo poderíamos pensar o diagnóstico de saúde de uma comunidade onde trabalham epidemiologistas, estatísticos e assistentes sociais.

Interdisciplinaridade: busca-se a superação das fronteiras disciplinares. Pode-se construí-la através da definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, através da unificação ou síntese de conhecimentos científicos ou do estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas. Observa-se uma troca profunda entre disciplinas, onde instrumentos, métodos e esquemas conceituais podem vir a ser integrados.

Transdisciplinaridade: segundo Piaget (1995)*, este seria o último estágio a ser atingido onde não existiriam as fronteiras entre as disciplinas. Nunes chama a atenção para a tipologia de Bastide (1968) onde a 'pesquisa integrada teórica' levaria à criação de novos métodos, novos tipos de experimentação e onde finalmente o diálogo se extinguiria em troca de uma unicidade da obra coletiva. Qual seria o exemplo para um tal grau de integração?

* PIAGET, apud NUNES, E.V. A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva. In: Canesqui, A.M. (org.) Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. SP/RJ, Hucitec, Abrasco, 1995.

Da perspectiva habermasiana, um projeto interdisciplinar seria fundamental para a compreensão do conceito de entendimento ou comunicação voltada para o consenso. Esta pode ser definida basicamente como uma troca ativa e pacífica de opiniões e informações entre os participantes de uma ação ou práxis social, ou melhor, como um processo social que se dá através da linguagem, tendo como referência certas estruturas de racionalidade. A ação voltada para o entendimento ou consenso é diferente daquela orientada para o sucesso, como já observado. É importante destacar o aspecto dinâmico de entendimento que não é definido por Habermas como um consenso já obtido, mas como um processo comunicativo dirigido para a obtenção de um consenso sempre provisório e sempre renovável: *Verständigung* (HABERMAS,1987).

O interesse de Habermas não está especificamente nas características empíricas dos dois tipos de comportamentos - a ação teleológica ou voltada para o êxito e a ação comunicativa -, mas nas estruturas gerais que lhe permitam colher as condições formais de participação na ação. Ou seja, aqueles padrões que se situam na base do saber pré-teórico utilizado por falantes competentes, que percebem quando estão querendo influenciar estrategicamente a ação dos outros e quando querem entrar numa relação de comunicação voltada ao consenso.

O entendimento não pode jamais ser induzido a partir de fora, precisa ser aceito como válido pelos próprios participantes da comunicação. Além disso, os processos de entendimento que visam o consenso, precisam satisfazer necessariamente às condições de uma aceitação racional que se dá ao conteúdo de um proferimento. Daí, a possibilidade de distinguir o entendimento em relação a qualquer consenso ingênuo. Estas são algumas vantagens da primazia dada ao entendimento através da linguagem em relação a outros esquemas teóricos.

Para que estas idéias fiquem mais claras é necessário considerarmos o entendimento como um processo que engloba uma série encadeada de atos de fala. Neste contexto o ato de fala de um participante só tem êxito quando o conteúdo ou a oferta contida neste ato for aceita por outro participante que poderá responder afirmativa ou negativamente. Tanto o primeiro falante, que levanta uma pretensão de validade, como o

segundo, que reconhece ou não aceita esta pretensão, têm suas decisões apoiadas em algum tipo de razão ou argumento.

Buscando compreender de forma mais completa o conceito, é preciso tomar como referência o par dialético ação comunicativa *versus* discurso, que consiste na contraposição entre duas formas de comunicação que se complementam na dinâmica da ação.

A ação comunicativa diz respeito a uma forma mais fluida, quando os participantes aceitam, sem discutir, sem questionar, pretensões de validade que formam o consenso básico. Lembremos o conceito apresentado de forma mais completa no item acima. É importante considerar que os participantes ou atores aceitam as pretensões a partir da referência a um mundo da vida compartilhado que lhes garante as pré-interpretações necessárias ao entendimento.

O Discurso se inicia quando os participantes interrompem a ação comunicativa fluída e perfeita, para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade. Isto acontece quando as pretensões de validade se tornam problemáticas, questionáveis e parte do conteúdo do mundo da vida dos atores se torna acessível à reflexão.

Observe-se que Habermas confere um sentido mais amplo ao conceito de discurso comumente utilizado na filosofia, o qual se desdobra em três dimensões básicas: (SIEBENEICHELER, 1989A)

1. Como um pressuposto idealizado, uma situação de fala ideal levada em conta sempre que se discute pretensões de validade.
2. Como parte de um trabalho argumentativo sistemático, sob a forma de discurso, que pode ser teórico, prático ou hermenêutico.
3. O próprio trabalho filosófico em geral.

Para Habermas, quando as pessoas falam, quando trocam entre si atos de fala, têm que apoiar-se necessariamente num consenso que serve como pano de fundo para a ação comunicativa. Este consenso é explicitado através do reconhecimento recíproco antecipado de, pelo menos, quatro pretensões de validade que correspondem aos quatro

tipos de atos de fala chamados de universais, constitutivos do diálogo ou universais pragmáticos (SIEBENEICHLER, 1989 b):

- A pretensão de inteligibilidade da mensagem contida nos proferimentos comunicativos;
- A pretensão de verdade do conteúdo propositivo dos proferimentos relacionados ao mundo objetivo, que se realizam através dos atos de fala constatativos;
- A pretensão de correção, validade ou de legitimidade do conteúdo normativo e valorativo da mensagem contida nos proferimentos que se referem ao mundo social e se realizam através dos atos de fala regulativos e valorativos;
- A pretensão de sinceridade e autenticidade dos proferimentos relacionados ao mundo subjetivo e que se realizam através dos atos de fala expressivos.

Em todo ato de fala razoável, exigimos, necessariamente, a verdade do conteúdo afirmado no proferimento, a sinceridade da intenção manifestada nele, bem como a correção do pano de fundo normativo que acompanha a relação interpessoal que se estabelece neste ato de fala (SIEBENEICHLER, 1989a).

Apesar da especialização linguística representada em cada tipo de discurso, nenhum deles pode abstrair totalmente das outras pretensões de validade. Assim, os tipos puros de atos de fala são idealizações. Na realidade, estes assumem formas mistas, ainda que no nível do discurso se possa identificar o predomínio de algumas formas puras (HABERMAS, 1987).

O discurso resulta no resgate das pretensões de validade e assume a forma de discurso teórico quando se refere às pretensões de verdade do conteúdo propositivo dos proferimentos cognitivos referentes ao mundo objetivo e à forma de discurso prático quando se propõe a resgatar pretensões de correção das normas que regulam a ação social.

O discurso teórico visa a superação racional, progressiva e argumentativa de conceitos e de linguagem inadequadas. Quatro passos fazem parte deste processo:

1. Interrupção da ação e início do discurso;
2. Explicação teórica da questão problematizada através de argumentos escolhidos dentro de um determinado sistema de linguagem;

3. Nível do discurso metateórico, quando é necessário passar para sistemas de linguagem alternativos;
4. Nível da auto-reflexão do sujeito agente e modificações sistemáticas das linguagens de fundamentação. Aqui rompe-se o discurso teórico e passa-se ao nível de questionamento do que pode valer ou não como conhecimento. Corresponde a uma reflexão prática e a uma tematização dos diferentes interesses extra teóricos que condicionam o conhecimento: controle da natureza, comunicação, emancipação. Segundo HABERMAS (1973) citado por ROUANET (1986):

Na reconstrução do progresso do conhecimento, as normas teóricas fundamentais desnudam seu cerne prático: o conhecimento mede-se tanto com referência à coisa, como com referência ao interesse, que o conceito de coisa deve levar em conta.

O discurso prático é o meio pelo qual se pode examinar a pretensão de correção de normas e valores e tem por objetivo também uma auto-reflexão do sujeito. Compreende também quatro passos, sendo que o último constitui a construção de um acordo sobre o modo de interpretar as necessidades à luz de informações do que seria realizável no futuro o que significa tomar como referência a antecipação de uma verdade possível, de uma vida justa e emancipada. Este acordo ou consenso só será verdadeiro se for baseado nesta antecipação e por sua vez esta antecipação deve ser baseada num consenso (SIEBENEICHELER, 1989a).

Rompem-se os limites do discurso prático porque a questão prática sobre o tipo de conhecimento que deveríamos querer ... depende claramente da questão teórica sobre o tipo de conhecimento que podemos querer. (HABERMAS,1973 apud ROUANET,1986).

Ou seja, Habermas prevê uma passagem regulada de um tipo de discurso a outro. É importante destacar que Habermas não aceita a separação rígida entre o mundo da natureza (mundo objetivo) e o mundo dos costumes (mundo social), e que, ao romper com a filosofia da consciência ou do sujeito e partir para a nova moldura do paradigma comunicativo, fatos e normas podem ter o mesmo tratamento no discurso, no sentido de que podem ser fundamentados. Verdade, legitimidade e veracidade são os três aspectos

presentes em qualquer ato comunicativo e inseparavelmente ligados a ele e constituem os três critérios de validade que podem ser questionados através do discurso teórico ou prático.

A inseparabilidade entre questões técnicas e práticas é reforçada por RIVERA (1995) quando desenvolve uma discussão sobre o modelo de decisão pragmatista de HABERMAS (1986), que apoiado em Dewey, assinala que existe uma relação dinâmica, recíproca e crítica ao longo da história entre valores e técnicas. Novas técnicas podem tornar obsoletos ou inoperantes valores tradicionais, contribuindo para o surgimento de novos valores, assim como os valores podem sustentar o desenvolvimento de novas técnicas.

Esta relação crítica entre valores e técnicas estaria na base da proposta de um diálogo crítico entre cientistas e políticos, que deve considerar os interesses sociais e ser orientado por um determinado mundo social da vida, ou seja, mediado pela opinião pública.

Em trabalho anterior (ARTMANN, 2001), por exemplo, discutimos o problema ético relacionado a tornar público ou não o diagnóstico de AIDS, envolvendo a privacidade individual por um lado, e a proteção à comunidade por outro, e a própria questão da segregação e do preconceito contra os doentes que fere a ética da solidariedade. Este pode ser considerado um exemplo clássico para a inter-relação entre as várias dimensões ética, técnica e política. Podemos prever - o que em certa forma já vem acontecendo - que, na medida em que se avance na descoberta e fabricação de medicamentos capazes de controlar a doença, parte da questão ética se modifica porque a segregação diminui, confirmando que o avanço da técnica pode tornar determinados valores cultivados sobre a AIDS obsoletos e ultrapassados.

Aqui poderíamos introduzir um pouco a discussão ética sobre a disponibilização de tecnologias de ponta para a população, questão que envolve racionalidades e interesses conflitantes, econômicos, políticos, epidemiológicos e tecnológicos. Nesta discussão sobem à tona interesses de grupos que detêm certas fatias do mercado e poderíamos citar, por exemplo, a área de cardiologia no Rio de Janeiro. Dados epidemiológicos e de produção de serviços reforçam a necessidade de oferecer maior acesso da população aos serviços na área cardiológica no município do Rio de Janeiro

(Plano da Cardiologia do Hospital da Lagoa/RJ:2000), exigindo uma tomada de posição ética por parte das autoridades sanitárias em favor da população que não tem acesso aos serviços e morre precocemente. Uma comparação entre a produção de diferentes cidades deixa o Rio muito aquém da produção de cidades como São Paulo e Porto Alegre, por exemplo. Aqui entrelaçam-se, claramente, argumentos técnicos e éticos e ousaria afirmar que o desenvolvimento tecnológico na área favorece hoje o maior acesso do usuário aos serviços, acesso este que passa a depender mais de fatores organizacionais e de decisão política.

Outro conceito relevante é o de situação de fala ideal que tem como referência a idéia de um consenso ideal que nunca será atingido na prática e supõe-se que não existe nenhum elemento de coação a não ser a do melhor argumento. As condições contrafáticas desta situação ideal são as condições de toda a interação realizada através da linguagem. O autor as explicita através dos universais pragmáticos ou da chamada Pragmática Universal desenvolvida por ele (SIEBENEICHLER, 1989):

- a) A igualdade de chances na utilização do discurso teórico o que garante que qualquer opinião pode vir a ser tematizada e sofrer críticas;
- b) O emprego simétrico de atos de fala regulativos que podem impedir normas que coagem;
- c) A oportunidade igual de chances no uso de atos de fala representativos, garante a reciprocidade nas colocações subjetivas;

Nestas condições contrafáticas estão presentes as idéias de verdade, liberdade, justiça e reciprocidade que se expressam de formas distintas em diferentes épocas ou contextos culturais.

Finalmente, para pensarmos o projeto interdisciplinar, segundo Habermas, faz-se necessário abordarmos a crítica da filosofia ou teoria crítica. Esta crítica é exercida em dois planos convergentes: a crítica “quase transcendental”, formal e pragmática, a qual traduz em sua estrutura o interesse em emancipação e comunicação e a “crítica quase-empírica”, de uma teoria da sociedade, ou teoria da modernização social que busca os vestígios da razão comunicativa na história. Ao contrário da filosofia transcendental, que exercia um papel de “tribunal da razão”, como queria Kant, a filosofia crítica passa a

ocupar um papel de mediadora entre o mundo da vida e as esferas dos *experts* nas ciências, o papel de intérprete hermenêutico, buscando resgatar a pretensão de unidade e universalidade dos diferentes fragmentos teóricos isolados nos diferentes mundos - objetivo, social e subjetivo - através de uma cooperação entre as ciências. O único critério de verdade passa a ser o da plausibilidade e da coerência possível entre os distintos fragmentos teóricos, alcançada através do consenso atingido por um grupo de cientistas ou pela comunidade científica de forma mais ampla. De acordo com o falibilismo popperiano, aceito por Habermas, as ciências não necessitam de uma fundamentação transcendental do saber mas de um consenso sobre sua especificidade e sua aplicabilidade na vida prática. As ciências não encarnam a verdade - como no positivismo - mas representam certas pretensões de validade que necessitam ser discutidas e resgatadas à luz de um consenso ideal.

Apresentados e discutidos os principais elementos do projeto “interdisciplinar comunicativo” habermasiano, retomaremos a síntese dos pressupostos desta proposta realizada por MINAYO (1991) e já discutidos por nós também em outro trabalho (ARTMANN, 2001):

- 1) O pressuposto de que a ciência não possui uma fundamentação transcendental e infalível conduz ao caminho da construção do conhecimento através de um processo racional de entendimento dos diferentes saberes e sua relação com o mundo da vida.

É necessário considerarmos que o acesso ao mundo da vida, que nos fornece as pré-interpretações necessárias ao entendimento, não nos é dado explicitamente.

Apenas quando aparece um problema, uma questão a ser tematizada, um desafio, é que temos acesso a parte deste saber implícito. Neste momento “desmorona” o mundo da vida, fracassam nossas certezas; encontramos-nos diante de uma crise (pessoal, moral, de paradigmas) e somos obrigados a interromper o discurso normal e assumir uma postura crítica diante da tradição, da ideologia; etc. o que leva à possibilidade de desmascaramento de estados de comunicação sistematicamente distorcidos. Construído o novo consenso, este conteúdo retorna ao mundo da vida dos atores e atuará enquanto pressuposto ou saber implícito para novas ações.

2) As ciências abstratas e a filosofia têm que entrar em entendimento com as ciências empíricas, buscando criticar e avaliar os pressupostos gerais de determinado saber através do discurso argumentativo relacionado às descobertas obtidas, à questão ética e à subjetividade. A proposta interdisciplinar se expressaria através da exposição do trabalho científico às muitas vozes da razão em busca de sua unidade, o que requer, por um lado, reconhecimento dos limites dos pesquisadores, das disciplinas e do próprio campo do conhecimento e, por outro lado, um diálogo crítico que articule o trânsito das diferentes linguagens e aponte o rumo de um “humanismo radical” como fim de todo conhecimento.

De fato, é através do discurso, nas formas já discutidas anteriormente, que se pode exercer a suspeição crítica das pretensões de validade levantadas pelas distintas ciências.

Em *Unidade da Razão na Multiplicidade de suas Vozes* HABERMAS, (1989) dialoga com Lyotard, chegando ao final, a discordar de seu relativismo ou contextualismo radical. Questiona também o contextualismo mitigado de Rorty e Putnam. O autor defende a idéia de uma unidade da razão que

“somente continua perceptível na pluralidade de suas vozes - como a possibilidade da passagem compreensível, por mais ocasional que seja, de uma linguagem para outra. Esta possibilidade da comunicação voltada para o consenso, realizada transitoriamente e assegurada apenas de modo procedural constitui o pano de fundo da pluralidade de tudo o que nos cerca hoje...”

Em outras palavras, ao invés do relativismo total, da ausência de parâmetros, referências ou normas universais, Habermas aponta um caminho capaz de resgatar uma unidade, ainda que através da multiplicidade. Um caminho capaz de nos propor a possibilidade de universalização de alguns conceitos e normas, através da obtenção de um consenso, ainda que provisório.

Para o autor, a razão é um conceito processual e que, apesar de surgir a partir de fragmentos e de ser contingencial, mantém sua unidade porque se constitui através do meio linguístico, ou melhor, da comunicação linguística voltada ao consenso. É a ação

comunicativa que permite a compreensão não só de fatos do mundo objetivo, mas das normas sob as quais agimos e da noção de subjetividade o que possibilita a construção de uma proposta interdisciplinar que resgate o interesse na emancipação do homem - humanismo radical -, o qual pressupõe o entrelaçamento não hierarquizado e dialético entre a filosofia e as ciências, gerando um fecundo clima de crítica recíproca.

- 3) A teoria da racionalidade interdisciplinar de Habermas está referida incondicionalmente às estruturas do mundo cotidiano (mundo da vida) onde se articulam os produtos da ciência e da técnica como cultura, esta no seu sentido mais amplo, a linguagem comum, onde os problemas do mundo contemporâneo são vivenciados por todos nós.

Para Habermas, por mais especializada que seja a linguagem das ciências é necessária a utilização da moldura da linguagem comum para que sejam divulgadas e compreendidas. Portanto, mesmo os cientistas ou a comunidade científica estão referidos ao mundo da vida que fornece “pano de fundo” de toda a compreensão articulada linguisticamente, inclusive a compreensão da própria da ciência. É aqui que reside a possibilidade de construção de um projeto interdisciplinar.

4-PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES) E INTERDISCIPLINARIDADE

A perspectiva do projeto interdisciplinar apresentado nos parece bastante promissora com relação à possibilidade de articular as diversas racionalidades presentes no planejamento em saúde, tanto no que diz respeito aos aspectos discutidos por RIVERA (1995) - a racionalidade econômica, política e burocrática, como àquelas dimensões da racionalidade apresentadas por Habermas em sua teoria da ação comunicativa: teleológica/estratégica, normativa (referente a normas), subjetiva e comunicativa - esta última como articuladora das demais.

A partir do enfoque do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, tomaremos um aspecto, o da explicação situacional discutida também por RIVERA (1995), o que nos permitirá estabelecer uma conexão com a perspectiva interdisciplinar habermasiana e também, de certa forma, com o enfoque de gestão hospitalar, alvo de nosso

estudo, na medida em que o utilizamos, valorizando o aspecto situacional da segmentação e de várias fases da *démarche*.

Matus é um autor que dialoga com vários outros, com distintas correntes de pensamento de diferentes disciplinas. Para a discussão da interdisciplinaridade, podemos considerar duas perspectivas: a teórica (ou da construção do enfoque) e a prática, ou seja, a aplicação numa situação concreta.

Do ponto de vista teórico, consideramos o PES um enfoque interdisciplinar bem sucedido e exemplificamos esta afirmação com o conceito de situação. As bases do conceito de situação encontram-se em vários autores, sejam ele representantes da fenomenologia, do marxismo ou da teoria da ação, como por exemplo Heidegger, Gadamer, Ortega e Gasset, Kosik, Husserl, entre outros.

Para nossa discussão interessa-nos destacar principalmente o policentrismo do conceito de situação que diferencia radicalmente a explicação de uma realidade problemática de saúde por exemplo, do diagnóstico tradicional, monológico e objetivo.

MATUS (1987) considera a apreciação situacional de um diálogo entre um ator e outros atores, cujo relato é assumido por um dos atores (ator-eixo ou principal), consciente do contexto situacional que o faz coexistir numa realidade conflitiva que admite outros relatos.

Esta afirmação pode ser interpretada tanto do ponto de vista estratégico da ação (Rivera,1995), como a partir da perspectiva comunicativa (ARTMANN, 1993). No primeiro caso, o componente instrumental do policentrismo predomina, na medida em que o ator principal apenas pretende complementar sua explicação, considerando a referência dos outros atores, para, em última instância, aumentar a eficácia de seu plano, agindo estrategicamente e buscando diminuir e controlar o campo de ação dos outros atores.

A interpretação comunicativa do policentrismo na explicação situacional estaria representada pela possibilidade de um diálogo aberto entre vários atores que explicitam suas posições e constroem cooperativamente seus planos de ação. É importante lembrar aqui que Matus considera o valor que a população dá ao problema como critério fundamental e imprescindível no protocolo de seleção dos problemas a serem processados. Na análise de algumas experiências concretas de aplicação do enfoque temos observado

pelo menos duas formas em que a população - que só se constitui como um ator quando está organizada - estaria presente: 1) através de representantes de movimentos populares/sociais (por exemplo, Conselhos de Saúde) e 2) a consideração pelo ator principal da posição da população através da tentativa de colocar-se em situação.

Ora, a consideração do que é importante para a população, na proposta do PES, nos remete justamente à idéia do bem comum, da solidariedade, ou seja, a uma aproximação daqueles conteúdos utópicos presentes em Habermas.

O policentrismo, juntamente com a característica totalizante que leva em conta as várias dimensões da realidade, pode se expressar através da consideração das distintas explicações sobre a realidade, proporcionadas pelas diferentes disciplinas científicas. A explicação situacional supõe a noção de situação como unidade, como conjunto de várias racionalidades que não poderiam ser departamentalizadas como acontece no campo das ciências positivas. Temos os critérios econômico, político, cultural, ecológico, geográfico, etc., constituindo várias dimensões de uma mesma realidade que deveriam ser articuladas numa explicação situacional, com maior ou menor ênfase. O conceito de produção social do PES postula que todos os fatos sociais se interpenetram no sentido, por exemplo, de que os fatos políticos produzem resultados econômicos e culturais e vice versa, ou seja, de que não é possível setorizar os produtos da ação social. Opondo-se à departamentalização do saber e, em alguma medida, cético em relação à possibilidade de constituição de um saber comum necessário, Matus desenvolve como alternativa uma teoria inacabada da produção social que tenta dar unicidade pragmática e situacional aos componentes e produtos da ação social. Esta alternativa pode ser levantada como uma ponte para um diálogo crítico entre especialistas das várias racionalidades presentes em cada situação-objeto do processo de intervenção social.

MATUS (1987) propõe também a passagem da linguagem especializada do PES para a linguagem comum na construção e apresentação dos planos de ação.

Do ponto de vista prático, um projeto interdisciplinar teria que ser analisado também a partir de conseqüências práticas, as quais só poderiam ser medidas concretamente com o passar do tempo, retrospectivamente, ou a partir de uma antecipação

das conseqüências, realizada argumentativamente, bem como através da consideração dos procedimentos utilizados.

5-GESTÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR, ESTRUTURAS EM REDE E INTERDISCIPLINARIDADE

A *démarche stratégique* parte, antes de voltar-se ao interior do hospital e debruçar-se sobre as especialidades e formas de atendimento existentes (análise do existente), de um diagnóstico amplo, administrativo e epidemiológico da área/município onde o hospital encontra-se inserido. Esta foi a forma, especialmente, como tratamos o método, nas experiências apresentadas no presente estudo. Tanto na experiência do Hospital da Lagoa, como na Ap-4 que envolve três hospitais, foram realizadas reuniões com a direção, no primeiro caso e com as direções dos hospitais e a coordenação de área no segundo caso, onde foram definidas as especialidades pelas quais, estrategicamente, se deveria iniciar o processo de análise e, a partir de então, a equipe de consultoria e pessoas responsáveis pela informação e processamento dos dados dos hospitais construíram um amplo panorama onde se pode comparar a produção dos diferentes hospitais e onde se construiu um espaço para discutir necessidades da área, diante de um perfil epidemiológico dado.

Este primeiro olhar para o ambiente não se constitui de forma alguma apenas de dados objetivos. Nele já se expressa o projeto institucional a partir dos olhares dos diferentes atores envolvidos e de pontos de vistas de diferentes disciplinas ou dimensões da realidade de saúde. Portanto, podemos afirmar que, a *démarche* é, desde seu primeiro passo, um enfoque interdisciplinar, situacional e comunicativo na medida em que os dados 'objetivos' coletados, transformam-se em informação dinâmica e são tratados no plano social/normativo de uma política institucional mais ampla, de uma ética, de preferência em favor da vida, e vão sendo confrontados com a 'subjetividade' pertinente aos diversos atores participantes da experiência. Aqui se torna importante também a escuta da fala do usuário. Nem sempre a conseguimos plenamente, no confronto com o real, mas estamos discutindo as possibilidades do método. Nenhum método ou enfoque abre ou fecha totalmente qualquer possibilidade, tudo depende das pessoas que o utilizam.

Como já foi assinalado no primeiro capítulo, o método de gestão estratégica de M. Cremadez prioriza, do ponto de vista econômico, a estratégia de diferenciação, que consiste em identificar e aprofundar as atividades que constituem competências distintivas, de modo a negociar as demais com os outros hospitais da rede. Esta estratégia leva a buscar a complementaridade através da negociação da missão entre vários estabelecimentos

Da perspectiva político-organizacional, o enfoque se opõe a uma definição normativa e tecnocrática de diretrizes, apostando na via da responsabilização dos atores, a qual implica no desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação internos e externos (ao hospital), que redundem em acordos relativos aos projetos assistenciais pertinentes a uma rede. Esta via é coerente com o resgate de uma das configurações culturais das organizações profissionais de saúde, qual seja: a forte autonomia dos centros operacionais.

Do ponto de vista cultural, podemos afirmar que este enfoque é coerente com a estratégia econômica por ele proposta. Seu objetivo é consolidar o desenvolvimento de uma perspectiva organizacional de abertura para o ambiente externo, tomado como recurso e não como restrição. Representa a busca da abertura para o exterior, a ponte para um projeto interdisciplinar, na medida em que este representa o outro, como outras disciplinas e atores, os quais devem ser mobilizados em um contexto de diálogo.

Este enfoque de gestão estratégica é um sistema de análise da missão dos serviços hospitalares que tende a valorizar a exploração das sinergias (articulações internas ao hospital) e parcerias (articulações com a rede). Enquanto tal, o enfoque se propõe a analisar a posição estratégica dos segmentos ou produtos agregados de cada serviço, em função do valor dos mesmos e de sua posição concorrencial, para então desenhar uma estratégia de conjunto, que implica em definir objetivos de expansão, de manutenção e de recorte dos segmentos, negociando com a rede as atividades que devam ser desestimuladas. Na análise do valor ou do grau de interesse relativo dos segmentos em função da política geral, destaca-se o critério das sinergias e parcerias. Um maior grau potencial das mesmas tende a valorizar os segmentos. Da mesma forma, sinergias e parcerias podem contar como fatores chave de sucesso capazes de melhorar a posição concorrencial dos segmentos que dependem do controle real dos recursos tecnológicos, humanos, relacionais e financeiros

definidos como vantagens/fatores de sucesso necessários para se atingir uma posição de destaque ou para desenvolver uma vantagem comparativa.

Desde a sua concepção, este enfoque postula a necessidade de intensificar o trabalho em rede, através de sinergias e parcerias. Já na etapa da segmentação estratégica, sustenta-se que segmentar é preferir determinadas semelhanças entre atividades, em detrimento de outras e que essa operação não exclui as interações entre segmentos. Ao contrário, defende-se a necessidade de compensar um tipo de leitura microscópica da diferenciação do hospital em especialidades, através da identificação das relações entre os segmentos (intra e interespecialidades) e da possibilidade de estabelecimentos de projetos transversais. Por outro lado, podemos entender a segmentação como um processo de definição situacional, envolvendo a subjetividade e a motivação dos atores, combinando, porém, critérios que poderíamos chamar de 'objetivos', de natureza variada, interdisciplinar, tais como critérios administrativo-gerenciais, epidemiológicos, clínicos/médicos e tecnológicos.

O incentivo à transversalidade responde ao reconhecimento de fenômenos reais que tornam a diferenciação, decorrente da intensa especialização do trabalho, um fenômeno contraditório, complexo, de simultâneo crescimento da interdependência, de surgimento de novos nexos transversais e verticais, que buscam ultrapassar os limites estreitos das especialidades/disciplinas.

Como vimos no capítulo anterior, haveria uma crise da identidade organizacional do hospital, caracterizada pela erosão de certos paradigmas tradicionais relativos à concepção da Medicina, do Serviço Público e do desenvolvimento do profissional. Alguns traços desta mudança paradigmática seriam:

- Enfraquecimento da oposição generalistas/especialistas e maior perspectiva de trabalho em equipe. Estímulo à polivalência e a uma maior flexibilidade organizacional no que diz respeito à alocação de recursos humanos.
- Expansão do controle administrativo dos recursos médicos concentrados em estruturas burocráticas e relativização da imagem do exercício liberal. Valorização da importância do componente gerencial.

- Incorporação crescente dos valores da competitividade, da responsabilização, da negociação interna e da integração em redes por parte do hospital público.
- Substituição do velho enfoque de formação, baseada na experiência acumulada pelos mestres, pela necessidade de uma atualização permanente que acompanhe a velocidade do processo de desenvolvimento do saber e da tecnologia médicos.

CREMADEZ & GRATEAU (1997) acrescentam ao diagnóstico genérico das organizações profissionais de saúde de MINTZBERG (1982) a premissa de que a evolução tecnológica acarreta vários fenômenos articulados: uma diversificação importante dos modos de atendimento; o compartilhamento crescente das infra-estruturas por distintos tipos de profissionais; uma interdependência crescente entre as unidades clínicas e logísticas; a oferta direta por parte das estruturas técnicas de apoio diagnóstico e terapêutico de prestações específicas. Estes fenômenos correspondem, em geral, à dissociação crescente da atividade clínica das infra-estruturas dentro das quais ela se exerce, que deixa de ser executada em um único lugar. Isto multiplica e torna mais complexos os processos de trabalho, as combinações de processos e os lugares e condições de exercício profissional.

De territórios quase privados, as unidades de cuidados transformam-se em ferramentas compartilhadas, em tipos de estruturas técnicas cada vez mais diferenciadas, que oferecem aos profissionais e aos pacientes recursos adaptados a uma concepção mais variada e mais aberta das práticas de cuidados.

Há, de maneira concomitante e paradoxal, uma diversificação crescente dos processos de atenção e um aumento do grau de interdependência dos mesmos e das várias atividades que compõem a cadeia de valor de cada um deles. Um mais amplo e crescente número de atores passa a ser mobilizado pelos processos de trabalho, em função de seu caráter cada vez mais transversal. A necessidade de uma maior interdependência se expressa tanto no interior de cada hospital quanto com relação à rede.

De acordo com Cremadez e Grateau, são estes fenômenos reais, ligados à evolução tecnológica, os responsáveis pela evolução cultural apontada, a qual se encontra em processo de gestação e de desenvolvimento, embora ainda encontre resistências nas tradições culturais relacionadas aos antigos paradigmas relacionados à formação e à prática médicas.

Este enfoque de gestão estratégica pretende apoiar esta evolução cultural necessária, provocando impactos sobre a identidade organizacional de variadas formas:

- Procura desenvolver uma visão totalizadora da organização baseada na exploração de sinergias e parcerias. Pretende reforçar no imaginário organizacional a necessidade da interdependência, como compensação para a forte autonomia profissional.
- Propõe uma estratégia de conjunto, que implique na fixação de prioridades claras e que não seja uma mera justaposição de objetivos individuais. Pretende deslocar as atenções das atribuições para as contribuições.
- Busca pautar-se pelo raciocínio dos custos de oportunidade, de modo a apontar aquelas soluções que comportam um maior ganho coletivo ao favorecer o compartilhamento de recursos.
- Procura desenvolver lugares de encontro intra e interdisciplinar, intra e inter equipes de profissionais, questionando o isolamento dos especialistas e das corporações e facilitando o livre curso da comunicação, a serviço de uma maior coesão social organizacional.
- Promove o desenvolvimento de uma cultura da avaliação que rompa com o tabu da competência alheia.

O projeto interdisciplinar da *démarche* se descortina através da proposta de estabelecimento de redes de cooperação interna e externa, ou de formas de integração e de um tipo de estrutura organizacional coerente com essa perspectiva.

CREMADEZ & GRATEAU, (1992) reconhecem a possibilidade de quatro tipos de cooperação eventual. Neste sentido recriam, para o contexto sanitário, as formas de aliança estratégica definidas no texto sobre Política Geral de Empresa: “Stratégie,

Structure, Décision, Identité”, do grupo STRATEGOR, (1997). Estes tipos são os seguintes:

- **Parceria vertical:** corresponde a coordenar os papéis dos estabelecimentos no seio de um mesmo processo de prestação de cuidados. Por exemplo, integração entre os níveis primário, secundário e terciário de um determinado domínio de atividade (implantação de um sistema de referência e contra-referência materno-infantil)
- **Integração conjunta:** corresponde ao compartilhamento de uma tecnologia, especialmente de recursos raros (diagnóstico e terapia). Aqui, sem se acabar completamente com a concorrência virtualmente existente, congela-se um elemento da mesma.
- **Adicionamento ou acréscimo:** neste caso, não há mais concorrência. Articulam-se estabelecimentos ou unidades em torno de serviços completos. Há a constituição de um potencial comum. Por exemplo: organização de pesquisa multicêntrica. Neste caso, a concorrência virtual cede o lugar à competição interna.
- **Complementaridade:** consiste na valorização das contribuições complementares, na geração de uma prática diferenciada útil para todos os cooperantes. Exemplo: cooperação entre redes de cuidados, entre a Medicina e a Geriatria substituindo a concorrência pela cooperação.

É importante resgatar a idéia de que o processo de integração estratégica do enfoque em questão não se coaduna com uma visão única, sem rupturas da saúde pública, representada pela proposta de um único modelo de integração incutido pela regulação central, considerado um modelo de otimização. A rede deve ser vista como o resultado da imbricação das oportunidades de diferentes formas de cooperação que se oferecem aos atores participantes de um sistema. É um conceito que repousa sobre a capacidade de negociação e contratualização dos atores, já referida. O papel da instância de regulação seria o de incitar, ativar e coordenar este processo de aproximação e de relacionamento, respeitando a diversidade. Neste particular, a via da responsabilização dos atores nada tem

a ver com um tipo pesado de planificação tecnocrática, como já apontado por RIVERA, (1998).

A respeito do postulado da organização em rede interna, é necessário assinalar que, hoje, o paradigma predominante deveria ser o da flexibilidade e adaptabilidade organizacional. Defendem-se estruturas planas, com um número mínimo de níveis hierárquicos e unidades de pequeno tamanho e grande latitude de ação. Este ideal organizacional já é uma realidade no ambiente hospitalar. O grande problema hospitalar é, porém, a falta de integração ou a diferenciação exagerada, que deve ser compensado.

A estrutura em rede interna, vista como alternativa ao alto grau de diferenciação, é definida como a organização das relações entre indivíduos multipertinentes, que assumem papéis flexíveis no seio de processos de integração, suscetíveis de valorizar o potencial de riqueza e de inovação ligado a uma diferenciação incitada ou estimulada propositalmente.

A estrutura pertinente possibilita aumentar a iniciativa e a inovação, cria a possibilidade de novos serviços que podem significar uma vantagem competitiva, e permite a reunião de dimensões estratégicas interdependentes e de importância equivalente (sem hierarquia).

As principais características de uma organização em rede interna seriam para CREMADEZ, (1997) as seguintes:

- A dinâmica organizacional supera/prevalece sobre as formas estruturais.
- Um profissional pode ser responsável por uma dimensão da organização e subordinado ao responsável de uma outra dimensão. Esta estrutura estimula a capacidade de liderança da organização.
- A missão da liderança formal seria mobilizar o potencial de iniciativa da organização a serviço de uma perspectiva estratégica.
- O dirigente deve se preocupar com a adesão dos atores aos eixos de colaboração. A não hierarquização da participação nas instâncias de integração é um imperativo.

- Em uma estrutura em rede, a estratégia e as opções em geral são elaboradas em conjunto, em uma perspectiva global.
- O poder se fundamenta na capacidade de fazer chegar a informação aos indivíduos que estão melhor localizados para utilizá-la, sem retê-la.
- A solidariedade predomina, a performance é coletiva.
- Os processos são de auto-organização.
- Não se deve descuidar da ambiência externa, que pode representar o perigo implícito na excessiva preocupação com as relações internas.

Uma rede estaria composta por pólos/nós que combinam as unidades de base em função de conexões que visam obter a integração desejada. Estas conexões podem corresponder estruturalmente a comitês permanentes ou temporários ou a departamentos e podem se dar em vários planos: conexões econômicas, burocráticas, operacionais, culturais, etc., sendo que várias dimensões podem estar presentes simultaneamente.

Em relação ao poder de ativação, de criação de novos intercâmbios, de novas conexões, defende-se um modo de ativação controlada: grande efervescência na base, limitada por processos de seleção de iniciativas na cúpula.

O conjunto do dispositivo estaria baseado no princípio da auto-organização das relações entre as unidades, que se desenvolve nos pólos de integração, e da auto-organização das unidades de base, correspondendo a um modelo de descentralização, que é mais amplo na medida em que as unidades são de pequeno tamanho e que a organização é plana, achatada. A capacidade de representação nas estruturas de integração estaria baseada na competência relacionada à problemática tratada e não na linha hierárquica ou na chefia tradicional.

O enfoque sugere a possibilidade de vários critérios de definição de eixos transversais, definidores de pólos da rede:

- População (idosos, mãe-filho, etc.)
- Conjunto de patologias (cancerologia, endocrinologia)
- Campo anatômico (visceral, neurológico)

- Implementação de tecnologias mais ou menos sofisticadas (cirurgia, transplantes)

Em relação a este último aspecto, algumas tecnologias permitiriam uma estrutura de tratamento multidisciplinar, como por exemplo a videolaparoscopia agrupando cirurgiões de várias especialidades, a ecografia vascular, reunindo radiologistas, neurologistas, entre outros.

Trata-se, portanto, de mobilizar as sinergias ao redor de aproximações multidisciplinares, da problemática das emergências, dos idosos, etc. Ou seja, de superar a rígida atomização entre as unidades de base correspondentes às tradicionais especialidades médicas, procurando articulá-las a partir dos critérios anteriores, considerados em um sentido abrangente ou macro. O critério gerencial de tipo de atendimento passa a ser especialmente importante neste processo de desatomização, como se apontará mais adiante.

O objetivo central da estrutura em rede é desenvolver redes de reflexão estratégica. As conexões variam. Algumas são importantes estrategicamente, mas não geram ligações operacionais pesadas e contínuas, enquanto outras, sim.

Quando o campo transversal das relações aumenta (muitas unidades de base contempladas), a densidade das relações operacionais diminui, o que enseja uma centralização vertical na dimensão estratégica e uma descentralização horizontal importante. Isto corresponde a um contexto organizacional em que várias unidades seguem diretrizes estratégicas comuns com grande autonomia operacional.

Para ilustrar a necessidade de um enfoque interdisciplinar ou multidisciplinar, apresentaremos a necessidade de sinergias evidenciada pelo plano estratégico do serviço de Cardiologia do Hospital da Lagoa (2000). O serviço definiu sete segmentos, com base no critério predominante de patologia: Hipertensão Arterial, Hemodinâmica Intervencionista (segmento definido pela tecnologia), Doença Coronariana (depois fundida com a Hemodinâmica), Arritmias, Cardiopatias Congênitas, Doença Orovalvular e Síncopes.

O plano pertinente apontou a necessidade das seguintes sinergias para o segmento Doença hipertensiva:

- Para o subsegmento Hipertensão da Mulher, aumentar a sinergia com a Endocrinologia, a Ginecologia e a Nefrologia em três planos de atuação: no ambulatório de referência para a rede primária e secundária (HTA da Gravidez e do Climatério); nas enfermarias, promovendo um atendimento multi- especialista e, no caso do suporte laboratorial para investigação. Foi proposto um protocolo integrado de atuação no âmbito do HL.
- Para o subsegmento Hipertensão em Crianças e Adolescentes, aumentar a sinergia com a Pediatria. Sugere-se: a) a criação de Núcleo de Investigação que inclua 02 cardiopediatras e 01 pediatra do serviço de pediatria; b) uma maior colaboração ambulatorial; c) a negociação da disponibilização de leitos, quando necessário, para pacientes cadastrados.
- Para o subsegmento HTA Grave, aumentar e formalizar a integração no hospital com a Endocrinologia, a Nefrologia e a Oftalmologia. Ações previstas: a) criar nova rotina para os hipertensos, elaborando de forma integrada um protocolo que defina para as diferentes formas de HTA (leve, moderada, grave) tipos de exames e de acordo com o resultado dos mesmos, diversos fluxos de encaminhamento; b) explorar as possibilidades da Oftalmologia (exame de fundo de olho) para a identificação de casos de Arteriosclerose, Diabetes e Hipertensão (Projeto ADH) como base para o encaminhamento de pacientes para a Endocrinologia e a Nefrologia; c) desenvolver-se enquanto pólo de investigação e pesquisa.
- Outra sinergia corresponderia a desenvolver junto com a Neurologia a Unidade de AVC (Stroke). Esta proposta implica: a) estabelecer com a Neurologia critérios para a admissão de pacientes, priorizando a admissão precoce; b) treinar a equipe de hemodinâmica em procedimentos de trombólise e em procedimentos intervencionistas em neurologia; c) buscar na rede especialista em angiografia cerebral (arteriografia) para treinar recursos humanos do hospital; d) ações educativas em todos os níveis de

atendimento, acima de tudo visando identificar e tratar em tempo hábil a isquemia cerebral.

- Finalmente, desenvolver a sinergia com a Clínica Médica em torno da capacitação profissional para exames de fundo de olho.

Outra área de sinergia importante refere-se ao segmento de Cardiopatias Congênitas, incluindo a estratégia de instalar progressivamente um Laboratório de Hemodinâmica em Pediatria, a Hemodinâmica Intervencionista Pediátrica e a Cirurgia Cardíaca Pediátrica. Esta estratégia implicaria em trazer Hemodinamicistas Pediátricos, em criar equipe de Cirurgia Cardíaca Pediátrica e em negociar leitos da UTI Neonatal para casos de Pós-operatório e da enfermagem pediátrica.

O segmento de síncope revela a necessidade de intensificar a sinergia com a Neurologia e a Endocrinologia, a fim de elaborar protocolos para a rede que definam os critérios para o paciente ser encaminhado para o segmento de síncope do hospital.

Finalmente, o segmento Doença OroValvular revela a necessidade de intensificar a sinergia multiprofissional com a Odontologia, a Hematologia e a Nutrição, prevendo, neste último caso, a elaboração de “folders” e material de educação sobre alimentos que aumentam o tempo de coagulação, etc.)

Neste simples exemplo, que deixa de fora as inúmeras parcerias necessárias, fica em evidência a necessidade de um diálogo interdisciplinar, envolvendo várias especialidades em torno da Cardiologia. Como este, poderíamos apresentar várias ilustrações da necessidade da exploração de sinergias pertinentes aos vários serviços trabalhados por nós.

Na busca da transversalidade, o enfoque em pauta faz justiça ao critério gerencial como potencial fator de integração ou de reunião da diversidade. Sustenta-se a necessidade de explorar as formas ou modos de atendimento (ambulatório, hospital-dia, emergências, etc.) como lugares possíveis de negociação interdisciplinar. Esta forma de gerenciamento defende a necessidade de normalizar os modos de atendimento para organizar a diversidade. Preocupados com a necessidade de racionalizar o trabalho no interior dos hospitais, Cremadez e Grateau sugerem reduzir a diversidade de processos de

produção de cuidados, identificando um número limitado de processos operacionais/tipos, correspondentes a modos de atendimento aglutinadores.

O objetivo deste trabalho de gestão ou de organização da diversidade seria promover a modelização, a normalização de um número limitado de processos implementados em tantas estruturas diferentes (de serviços especializados) quanto maior seja o tamanho do estabelecimento. Esta visão, que concede um privilégio à categoria, modo de atendimento, rompe com a imagem da prática médica como um tipo de prestação que depende, fundamentalmente, da tecnicidade de seus atos, da personalidade e competência dos profissionais especializados, e que se exerce através de um único modo de atendimento.

Um modo de atendimento é definido como a normalização do processo ou o conjunto do percurso que se faz seguir a um paciente, a fim de satisfazer a necessidade que o leva a recorrer à instituição. Ele caracteriza a organização do trabalho no seio da estrutura (hospital, especialidade, serviço) que se dedica à sua implementação, e o tipo de relações que ela mantém com as unidades prestadoras de serviço que concorrem para este atendimento. Um modo de atendimento é de alguma maneira um processo depurado das particularidades ligadas a um domínio de cuidados preciso (especialidade). Neste sentido, pode-se falar em normalização.

Os principais modos de atendimento identificados são: Hospitalização Convencional; Hospitalização Domiciliar; Consultação; Emergências; Hospitalização Programada de Duração Determinada (reunião de várias especialidades em um mesmo estabelecimento que trata de eventos nosológicos programáveis).

O principal objetivo desta modelização é ajudar à gestão operacional, na medida em que permite padronizar e controlar processos produtivos, visando mais qualidade e eficiência, e adequar os recursos (especialmente, os recursos humanos) aos mesmos. Esta normalização ajuda aos prestadores logísticos a adaptar seus serviços às características de cada modelo de atendimento e permite, ainda, definir os níveis de exigência que cada um deles deveria atender para obter uma vantagem comparativa.

Esta normalização implicaria na definição comunicativa das características dos processos de trabalho respectivos e de suas condições de sucesso ou, dito de outra forma, no estabelecimento de diálogos internos voltados para a geração de acordos sobre estas variáveis das formas de atendimento. Esta definição traz subsídios complementares para uma política de maior adaptação do perfil dos recursos humanos.

Este método de gestão assume, finalmente, a necessidade de questionar a rigidez organizacional, promovendo a mobilidade e a polivalência, e de planejar melhor a alocação de recursos humanos, tendo em vista o grau de adaptação dos mesmos às necessidades tecnológicas do trabalho e suas expectativas de satisfação. Assim, a gestão de recursos humanos é vista pelo enfoque como lugar dinâmico de definição das qualidades relativas ao perfil dos recursos que cada forma de atendimento demandaria e de suas possibilidades de satisfação. Da mesma maneira que em relação ao uso da categoria modo de atendimento como possibilidade de diálogo normalizador a serviço da transversalidade, o enfoque assume a gestão de recursos humanos como um grande *locus* de reflexão estratégica sobre a motivação dos profissionais (recursos humanos), para além da especialização.

Segundo RIVERA (1998), o cerne da questão acima levantada seria permitir a gestação de um diálogo entre profissionais de distintas especialidades em torno de critérios gerenciais, definidos pelos modelos de atendimento apontados. Este processo de comunicação, de alcance progressivamente crescente, visaria estruturar uma linguagem ou um glossário comum (uma metalinguagem gerencial), desenvolver uma capacidade de concepção operacional, capaz de aglutinar, de integrar, de permitir contatos interdisciplinares.

Toda a prática da *démarche* estratégica objetiva fundamentalmente a busca da integração como alternativa à diferenciação das organizações profissionais, resgatando o traço cultural da autonomia, o que significa apostar em processos de gestão ascendentes. Mesmo referindo-se à segmentação estratégica (definição dos produtos das especialidades hospitalares em termos de agrupamentos homogêneos de atividades), esta preocupação está presente através da busca da transversalidade, das sinergias operacionais e culturais.

O resgate do componente gerencial tipo ou modo de atendimento como fenômeno aglutinador introduz, na prática, uma nova forma de transversalidade, que se soma aos critérios população, tecnologia, conjunto de patologias, relativos à segmentação estratégica, permitindo aumentar as possibilidades de construção de estruturas em rede interna, com já aponta RIVERA (1998).

Para CREMADEZ & GRATEAU (1997:395), já há algum tempo a diversidade se impõe progressivamente ao hospital, sem que este esteja preparado para assumi-la, o que traz determinados problemas. Segundo os autores, para enfrentá-la é necessário que o hospital adapte sua cultura e seus processos operacionais e se torne capaz de aumentar uma certa formalização para facilitar a comunicação, variável determinante de eficácia, ao permitir que se conjugue melhor a eficiência de diferentes profissionais. Seria necessário também aprender a padronizar suas práticas sem uniformizá-las e sem perder a flexibilidade e a adaptação que lhe confere a característica de estrutura orgânica.

A organização da diversidade, coerentemente com a referência acima, comporta um duplo movimento: normalização-diferenciação. A modelização dos modos de atendimento, em função dos processos abrangidos, suporia o movimento contrário: a adaptação dessa modelização geral ao contexto organizacional específico dos profissionais que organizam suas práticas em função da população específica que atendem, das patologias pertinentes e das tecnologias próprias do serviço.

Com certeza, podemos identificar vários níveis de relações interdisciplinares, segundo a classificação de JAPIASSU, (1976), desde meras aproximações multidisciplinares até o estabelecimento de profundos laços interdisciplinares que proporcionam a construção de objetos de pesquisa em saúde até novas formas de assistência baseadas no diálogo interdisciplinar entre as várias especialidades que compõem a instituição hospitalar.

Acreditamos que o próprio processo de avaliação instaurado de forma comunicativa, quando se estende para questões mais qualitativas relacionadas à resolutividade dos serviços leva a um diálogo interdisciplinar mais amplo, envolvendo conjuntos de saberes que tradicionalmente não faziam parte do hospital, ou seja, aqueles

relacionados com a prevenção e com a autonomia dos usuários/sujeitos em relação à sua própria saúde. E, voltamos a afirmar, este nos parece um caminho promissor.

6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma abordagem comunicativa)**. Rio de Janeiro, 1993, [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública].

ARTMANN, E. **A dimensão da Cultura na Mudança Organizacional**. Unicamp/Campinas, (mimeo), 1997.

ARTMANN, E. **Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre Planejamento & AIDS**. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde*, 6 (1), ABRASCO, 2001.

CREMADEZ, M. & GRATEAU, F. **Le Management Stratégique Hospitalier**. 2^a ed, Paris. Inter Éditions, 1997.

CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. **L'Acteur et le Système**. Paris, Éditions du Seuil, 1977.

HABERMAS, J. **Teoria de la Accion Comunicativa**. Madri, Taurus, 1987.

HABERMAS, J. **Ciência e Técnica enquanto Ideologia**. Portugal. Biblioteca de Filosofia Contemporânea, Ed.70, 1986.

HERRERO, X., 1987. **Racionalidade Comunicativa e Modernidade**. *Revista Síntese* 37, 1987.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro, Imago. 1976.

MATUS, C. **Política, Planificacion y Gobierno**. Washington, Borrador. 1987.

MATUS, C., 1982. **Politica y Plan**. Venezuela, Iveplan,.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade: uma Questão que atravessa o Saber, o Poder e o Mundo Vivido**. Ribeirão Preto, *Medicina*, 24 (2), 1991.

MINTZBERG, H. **Structure e Dynamique des Organisations**. Paris, Éditions d'Organisation, 1982.

NUNES, E.V. **A Questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva**. In: Canesqui, A.M. (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec, Abrasco, 1995.

PIAGET, J. (org.) **Epistemologia de las ciencias humanas**. Trad. Hugo Acevedo. Buenos Aires, Probo, 1972.

PORTER, M. E. **Choix Stratégiques et Concurrence**. Paris, Ed. Economica, 1982.

RIVERA, F.J.U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995.

RIVERA, F.J.U. **A "démarche" estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille/França**. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública 13(1):73-80, 1997.

RIVERA, F.J.U. **O Enfoque de Integração Estratégica de Crémadez e Grateau e a Gestão de Recursos Tecnológicos e Humanos**. RAP, 32(6):179-208, 1998.

ROUANET, S. P. **Teoria Crítica e Psicanálise**. Rio de Janeiro, Biblioteca Tempo Universitário, In: Rivera (1995), 1986.

SIEBENEICHLER, F.B. **Jurgen Habermas. Razao Comunicativa e Emancipação**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989a.

SIEBENEICHLER, F. B. **Encontros e Desencontros no Caminho da Interdisciplinaridade: In: G. Gusdorf e J. Habermas**. Rio de Janeiro, Revista Tempo Brasileiro N° 98, 1989b.

STRATEGOR. **Stratégie, Structure, Décision, Identité. Politique Générale d' Entreprise**. Paris, Dunod Ed, 1997.

THÉVENET, M. **Audit de la Culture d'Entreprise**. Paris, Éditions d'Organization, 1986.



CAPÍTULO III
A DIMENSÃO CULTURAL NA
MUDANÇA ORGANIZACIONAL:
abordagem comunicativa e gestão
estratégica

Flor & Cultura

Meu conceito de jardim

determina

o que é praga

ao redor de mim.'

(Affonso Romano de Sant'Anna)

1-INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é discutir a importância da dimensão cultural nas propostas de mudança organizacional e a forma como a gestão estratégica de CREMADEZ & GRATEAU, (1992,1997) articulam um projeto cultural de mudança. Este enfoque, a *démarche stratégique*, tem como um de seus principais objetivos enfatizar e apoiar um movimento de mudança cultural, como já referido no primeiro capítulo e que volta a ser alvo de considerações no último, que diz respeito ao relato e à análise de uma experiência de aplicação do método numa área do Rio de Janeiro.

Buscamos trazer as contribuições de alguns autores, de forma seletiva, sem pretender abarcar um leque muito amplo e visando apontar uma perspectiva, ainda preliminar, que considere, de forma explícita e com a complexidade que lhe é inerente este aspecto fundamental, a cultura.

As propostas de mudança em organizações estão baseadas em geral em concepções funcionalistas/sistêmicas ou ainda nas abordagens dialético/marxistas e nas teorias da ação. As primeiras excluem os atores cujas ações são interpretadas como meros papéis a serem desempenhados de acordo com determinadas funções ou exigências do sistema. A crítica que se pode fazer às teorias da ação é justamente a exclusão de instâncias que, muitas vezes, não se esgotam na dimensão aqui privilegiada, como a funcionamento do sistema. As concepções marxistas, embora contemplem o contexto sóciopolítico e econômico onde se inserem as instituições, na prática, contudo, têm encontrado obstáculos

e resistências que passam ao largo das explicações e interpretações teóricas mais frequentemente utilizadas. Estas resistências inserem-se, muitas vezes, no que podemos chamar cultura, incluindo aqui um mundo subjetivo dos atores, ainda que esta tenha uma abordagem bastante diversificada, de acordo com diferentes enfoques teóricos, os quais discutiremos a seguir.

Não podemos deixar de assinalar que existem releituras deste marco teórico-conceitual bastante interessantes, que buscam flexibilizar a determinação, em última instância, seja do econômico ou de uma superestrutura, inspirando-se em novos aportes de diferentes áreas, como o movimento institucionalista, pelo menos em algumas de suas correntes, como a esquizoanálise, por exemplo (BREMBLITT, 1998).

Acreditamos que a baixa importância atribuída à cultura representa um dos mais significativos obstáculos ao êxito das propostas de mudança em organizações. Ainda que alguns autores como MATUS (1987) reconheçam a primazia da cultura em relação aos processos de trabalho e aos sistemas organizativos, poucas são as propostas coerentes e operativas no sentido de uma intervenção para a mudança.

Cada um dos enfoques teóricos considera de forma peculiar e específica a dimensão da cultura que é mais valorizada por algumas correntes e menos por outras. Trataremos desta questão de forma recortada apenas no que diz respeito às principais teorias administrativas, enfoques de planejamento e suas propostas de mudança organizacional.

Apresentaremos sinteticamente alguns conceitos sobre cultura e passaremos à discussão sobre as possibilidades da abordagem da questão cultural em organizações com a perspectiva de apontar um caminho teórico e pragmático que valorize a dimensão cultural e a tome como aliada nas propostas de mudança.

Finalmente, faremos um resumo da perspectiva de análise e de trabalho cultural da *démarche stratégique* que, sob nosso ponto de vista, partilha as características de um enfoque comunicativo, voltado para a solidariedade e que valoriza a dimensão cultural nas instituições.

2-ABORDAGENS TEÓRICAS E SUA RELAÇÃO COM A CULTURA

2.1-A abordagem funcionalista-sistêmica

É importante marcar que nossa posição em relação às teorias funcionalistas, não se reduz a críticas simplistas e preconceituosas que descarta-as como inúteis, o que nos aproxima da posição de PEREIRA (1983), ao afirmar que frequentemente, tais críticas se referem a um funcionalismo caricato, que não considera suas diferentes vertentes. Por outro lado, a interpretação funcionalista, se aplicada inadvertidamente às sociedades complexas de hoje, mostra-se bastante limitada. De todo modo, faz-se necessário reconhecer-lhe alguns méritos, especialmente com referência à atualização sofrida por estas abordagens, hoje chamadas de sistêmicas ou sistêmico-contingenciais.

No que diz respeito às teorias organizacionais, alguns autores (ABREU,1982; MOTTA,1979) apud RIVERA, 1995 referem-se a dois modelos principais de concepções de organização: um estático e fechado onde inserem a concepção mecanicista de organização da teoria clássica de Taylor e Fayol e o modelo burocrático de Weber e um segundo modelo dinâmico e adocrático que abrange a teoria sistêmico-contingencial e os enfoques estratégicos e prospectivos de administração.

No primeiro caso, tanto a teoria clássica, que toma como metáfora a máquina, quanto o modelo burocrático, caracterizado pela impessoalidade e forte hierarquia, participam da mesma visão de homem econômico que age em função exclusivamente de fins econômicos - ainda que Weber refira-se a uma racionalidade valorativa - e comungam com uma rigidez estrutural, baixa preocupação com o ambiente externo e da crença de que objetivos individuais e da organização são coincidentes. Esta concepção pressupõe uma autonomia relativa da empresa em relação ao meio ambiente e o pleno controle da oferta de mão-de-obra e das motivações socioculturais dos empregados (RIVERA, 1995). Portanto, a dimensão cultural, quando não totalmente desconsiderada, é também controlável e utilizável funcionalmente.

Podemos dizer que, a esta concepção de organização, corresponde o enfoque normativo de planejamento que apóia-se na racionalidade técnica, como se esta fosse a única racionalidade possível, partindo de uma visão positivista/determinista da realidade

que seria supostamente regida por leis passíveis de serem conhecidas e controladas por quem planeja.

Vivemos uma ‘relativa superação’ do modelo clássico da teoria administrativa e do planejamento normativo, o que se deve à sua fragilidade epistemológica e a seus contínuos fracassos em responder a uma realidade dinâmica e mutável como aumento no nível de reivindicações sociais, complexificação do mercado, variedade crescente de produtos, etc. Soma-se a esta questão a influência de diferentes campos do saber como as ciências sociais e políticas, a economia, a psicologia, etc., seus avanços e trocas interdisciplinares, bem como os esforços de teóricos e dos atores concretos, interessados em compreender o funcionamento das organizações e da sociedade.

Na constituição de uma abordagem das organizações como sistemas abertos temos, por exemplo, a influência da escola de Relações Humanas. Sua visão da organização como resultado de um conjunto dinâmico de relações de troca entre indivíduos e grupos organizacionais, o reconhecimento de que seu funcionamento depende da interação com o meio, inclusive com outras organizações e de sua própria interação interna, leva a processos de mudança (e à aceitação dos mesmos como necessidade) no sentido de maior flexibilização estrutural e aumento da capacidade de adaptação e dinamismo. Na metáfora do funcionalismo, a organização, como os organismos vivos, deve adaptar-se a novas necessidades e a novas funções. A teoria de sistemas constitui a principal base para o modelo aberto e dinâmico de organização.

Segundo ABREU (1982), as características mais importantes da visão sistêmica para a concepção das organizações seriam: as organizações são sistemas abertos, em permanente interação com o meio em que atuam; constituem-se num conjunto de subsistemas internos em interação dinâmica uns com os outros; estes subsistemas devem possuir mecanismos de retroalimentação que permitam ao sistema maior avaliar-se tanto em relação às metas planejadas com em relação ao ambiente em que se insere; as organizações só poderão sobreviver na medida em possam adaptar-se continuamente às mudanças ambientais.

Para RIVERA (1995), um dos méritos da teoria de sistemas é permitir uma compreensão mais global das organizações. Ao lado da função técnica, esta visão inclui alguns sistemas sociais, além de ser útil para esclarecer as relações de interdependência dos vários subsistemas e seu impacto sobre o equilíbrio da organização e também determinar a importância das mudanças ou inovações no processo final de adaptação e sobrevivência da organização ao seu meio. Alguns limites são identificados, por este autor, a partir da leitura de MOTTA (1979) como a não determinação de quais variáveis causariam maior impacto na organização e em que medida seria possível verificar as modificações na estrutura organizacional e nos seus subsistemas.

A teoria contingencial, a partir da identificação de duas variáveis consideradas centrais na estrutura organizacional - a tecnologia e a ambiência - procurará superar essas limitações. Mas é no chamado modelo dinâmico que se constitui a partir da visão sistêmica e contingencial que encontramos uma versão mais complexa esquematizada por MOTTA (1979), em função das seguintes características: preocupação primordial com a ambiência externa; estrutura organizacional variável definida como resultado das percepções setoriais da ambiência de cada unidade e da adaptação contínua da organização ao seu meio; sistematização de papéis seja por meio do fluxo de informações e da influência no processo decisório dentro da estrutura organizacional ou através do processo de diferenciação e integração interna, conforme a natureza da transação organização-ambiente.

O enfoque de planejamento estratégico seria o correspondente a este modelo. Diferencia-se do enfoque tradicional normativo por ser contínuo e sistemático, por se valer de análises macroeconômicas e políticas, por prever futuros alternativos (planos de final aberto), por utilizar tanto métodos quantitativos como qualitativos e por proporcionar análises prospectivas da ambiência para identificar ameaças e oportunidades, diminuindo, assim, o nível de incerteza.

As críticas ao enfoque sistêmico, contudo, são incisivas. Uma das principais refere-se à não-consideração dos atores, e, conseqüentemente ao ocultamento das relações de dominação e exploração, já que nesta abordagem os papéis são mais importantes do que os homens. (MOTTA, 1990; CUNHA, 1978).

Para HABERMAS (1987), o conceito de sistemas de ação faz com que desapareçam os atores como sujeitos agentes. Os atores só aparecem como lugares abstratos, onde se juntam os aspectos que representam o organismo capaz de aprendizagem, o conjunto de motivos da pessoa, os papéis e grupos de pertença de um sistema social e as tradições culturais que determinam a ação.

Na concepção sistêmica, a cultura é incorporada a partir da perspectiva da racionalidade dos fins da organização e não da perspectiva do entendimento dos atores. A cultura é vista como mais um subsistema capaz de assumir funções de controle e relações com outros subsistemas (técnicos, de gerência, etc.) sob o prisma de sua contribuição à sobrevivência e adaptação a um meio extremamente complexo. A contribuição das ciências sociais, especialmente da escola de relações humanas e da escola comportamental, são incorporadas também de um ponto de vista funcional, na lógica de sobrevivência organizacional.

2.2-As abordagens da teoria da ação e da fenomenologia

A fenomenologia de Schutz e Husserl, as teorias da ação e as teorias da linguagem também têm alguma expressão na construção de enfoques teóricos de administração e planejamento e, portanto, nas propostas de mudança organizacional. Destacamos o trabalho de CAMPOS (1981), o enfoque do Planejamento Estratégico situacional de MATUS (1987), e a concepção linguística das organizações de FLORES (1989).

Na abordagem da ação, os atores ocupam papel central na organização, aos quais são atribuídos significados e interpretações conscientes e dinâmicas da situação e das formas de atuação. Para CAMPOS (1981), as expectativas ou motivações individuais respondem aos condicionamentos socioculturais, mas também constroem continuamente a ordem social e a cultura.

O enfoque de Planejamento Estratégico-Situacional - PES, de Carlos Matus (ARTMANN,AZEVEDO, SÁ, 1997a) surge no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente utilizado no campo da saúde. Seu ponto de partida é o reconhecimento da complexidade e da incerteza da realidade social, que se

assemelha a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado. Matus, apoiado em Ian Mitroff, utiliza as noções de problemas bem estruturados, quase estruturados e não estruturados. Os primeiros são problemas que, em geral, podem ser tratados segundo modelos determinísticos de análise, pois se conhecem todas as variáveis intervenientes e suas formas de articulação. Por outro lado, os dois outros tipos de problemas só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas, já que fazem parte de situações de incerteza quantitativa e/ou qualitativa, nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e seus respectivos pesos na geração do problema.

Para enfrentar tal complexidade, o método se apóia em um enfoque teórico bastante consistente, que dialoga com várias correntes teóricas, do qual destacamos, aqui, somente o conceito de situação por ser um exemplo de incorporação da abordagem fenomenológica. Este método, contudo, não deve ser compreendido como representante desta abordagem se o consideramos como um todo.

O conceito de situação praticamente confunde-se com o de explicação situacional, onde a situação é um recorte problemático da realidade feito por um ator em função de seu projeto de ação e é constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações, e pelas estruturas econômica, política, ideológica, social, culturais, etc. Assim, sujeito e objeto estão implicados no interior da situação, deixando de existir um ator externo (sujeito) que planeja desde fora uma realidade (objeto). Não existe uma explicação única, verdadeira e objetiva, pois esta depende da situação e do olhar/posição do ator.

A cultura para Matus é determinante em relação aos processos de trabalho e aos sistemas organizativos. O autor propõe treinamento com novas teorias para a superação de práticas mentais antigas e da cultura que ele qualifica como cultura da irresponsabilidade das instituições públicas latino-americanas, juntamente com a implantação de novos sistemas de gestão. Não discordamos de sua proposta pragmática de mudança cultural, contudo, consideramos insuficiente a abordagem teórica da dimensão cultural, neste autor. Matus não se aprofunda no conceito de cultura, nem de métodos de análise ou de abordagem cultural.

FLORES (1989), apresenta uma concepção inovadora sobre as organizações como rede de conversações, articulando a teoria dos atos de fala de Austin e Searle e a hermenêutica de Heidegger, especialmente sua noção de "escutar". O autor analisa a comunicação em função dos compromissos assumidos nas conversações e a administração em termos da criação, responsabilidade e iniciação de novos compromissos dentro das organizações. Interpreta as organizações como conjuntos institucionais que predeterminam a estrutura dos compromissos.

Outra categoria importante é entendimento que equivale à habilidade de antecipar (ver de imediato) as possibilidades de ação em uma determinada situação. O entendimento descansa sobre um pano de fundo de possibilidades, de cursos alternativos de ação e de rotinas. Estas possibilidades são as interpretações "reveladas" na situação. Esta interpretação não acontece separada da pessoa envolvida em uma situação, mas é um "escutar" na medida em que vai ocorrendo em resposta à pergunta "o que deve ser feito agora?"

As possibilidades não são tipos de alternativas lógicas que um analista possa descrever. O que o autor chama de possibilidades aqui, surge dentro de uma situação real e constitui o campo de ação do envolvido. Para que o entendimento tenha sentido deve haver algumas possibilidades que sejam reais e outras que não o sejam. Não é possível compreender o fenômeno do escutar sem a noção de "*quiebre*", ou seja, uma interrupção ou ruptura no fluir não problematizado das ações, que incluem tanto acontecimentos positivos, quanto negativos (por exemplo: a tinta da caneta que acaba, quando se escreve, um pensamento útil que, de repente, interrompe o ato de escrever; um amigo que bate à porta, etc).

No exemplo que FLORES (1989), apresenta, alguém recebe um telefonema em seu trabalho, comunicando um incêndio em sua casa e se dirige ao supervisor. Este o dispensa das obrigações do trabalho imediato - um relatório - porque em sua "escuta" como supervisor, sabe que é isto o que deve ser feito. Neste exemplo, a resignação frente à promessa de cumprimento do relatório no tempo previsto não se apresenta como uma possibilidade real. Contudo, despedir um empregado por um contínuo não-cumprimento de promessas, é uma possibilidade para uma empresa norte-americana. Já em uma empresa

japonesa, a demissão não é uma possibilidade, assim como não é possível para um empregado mudar de empresa; ser um empregado é um compromisso para toda a vida. Estas questões são parte do pano de fundo em cada caso.

A tese principal de FLORES (1985), pode ser assim resumida: as organizações existem como redes de atos comissivos e diretivos. Atos comissivos referem-se aos compromissos assumidos pelos atores intraorganizacionais. Atos diretivos se relacionam às ordens dadas e dependem, para serem cumpridas, do contexto hierárquico em que são emitidas, ou seja, devem partir de alguém com poder para fazê-lo e ser atendido, Rupturas ou situações problemáticas acontecem inevitavelmente e a organização deve estar preparada para responder. A principal recomendação estratégica para o desenho organizacional é que o processo de comunicação seja concebido de modo a trazer, ou contribuir para, uma tomada de consciência significativa da ocorrência de rupturas (*quiebres*) e das diretivas apropriadas que dão resposta e eles.

A cultura, para FLORES (1989), enquanto um conjunto de tradições e pré-interpretações de situações problemáticas, tem um papel determinante na organização e sua abordagem é bastante interessante para a compreensão do mundo organizacional. Contudo, não compactuamos com a idéia desta determinação 'quase ontológica' e, baseados em Habermas, entendemos que as tradições culturais, ainda que condicionem fortemente o funcionamento das organizações e a ação dos atores, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico, segundo conceito abordado no capítulo anterior.

2.3-A abordagem dialética

A abordagem dialética significou um grande avanço, incorporando o contexto histórico das relações sociais e de produção e o conflito decorrente de interesses opostos (capital x trabalho). Nesta abordagem, as relações de poder, de dominação e de exploração se tornam claras. Para BENSON (1977), em sua abordagem dialética da organização, esta seria o resultado de um arranjo social, sempre provisório que se define a partir da multiplicidade de interesses contraditórios dos indivíduos e grupos organizacionais. Contudo, este autor situa-se numa abordagem que aproxima-se de um enfoque chamado de dialógico, pois pressupõe a possibilidade do entendimento.

Na versão estruturalista do enfoque dialético - muito conhecido entre nós - a estrutura econômica seria determinante em relação às outras dimensões. As principais críticas são dirigidas justamente ao determinismo econômico que, conseqüentemente, relega a um segundo plano, dimensões como a da política e a da cultura.

Para HABERMAS (1983), autor que incorpora várias premissas do método materialista histórico-dialético, as limitações mais importantes estariam na não consideração da subjetividade, na submissão da categoria interação à categoria trabalho e na pressuposição de que a emancipação humana viria automaticamente através da libertação da exploração no trabalho. Para este autor, a emancipação teria um interesse humano mais amplo que o trabalho, ao lado de outros interesses como comunicação e entendimento e o próprio trabalho (ARTMANN, 1990; SIEBENEICHLER, 1989). Para nós, o método dialético marxista pode ser útil para analisar as relações entre cultura e mercado, mas não se mostra suficiente para apreendê-la em toda a sua amplitude. Como, neste método, a base econômica é a unidade privilegiada de análise, as outras esferas da realidade, como a política e a cultural, aparecem como seu reflexo quase que imediato. A cultura, na nossa compreensão, possui uma dimensão mais profunda do que os limites do mercado e, ainda que possa ser influenciada pela esfera econômica, não se reduz a ela.

Embora existam abordagens de inspiração marxista, com uma leitura mais atualizada, mais rica e multifacetada, como o do movimento chamado institucionalista, incluindo aportes de diferentes áreas do conhecimento, como psicanálise, sociologia, antropologia, lingüística, semiótica e biologia molecular, política, arte, literatura, filosofia, etc., destacando-se a sociopsicanálise de Gérard Mendel, a Análise Institucional, de Lourau e Lapassade e a esquizoanálise de Guattari e Deleuze (BREMBLITT, 1996 e 1998), esta última diferenciando-se por uma leitura menos tradicional da psicanálise e do marxismo, trabalham com categorias que pouco conhecemos e, portanto, não serão alvo de nosso estudo.

A teoria da Ação Comunicativa de Habermas, através das categorias mundo da vida e do conceito de racionalidade ou ação comunicativa e juntamente com alguns outros autores da área organizacional, oferece-nos uma promissora abordagem da dimensão

cultural, sendo este o objeto de nossa pesquisa, ainda parcialmente desenvolvida, cujos possíveis desdobramentos são apontados ao final do capítulo.

3-O QUE É CULTURA (ALGUMAS ABORDAGENS)

Como acontece com qualquer outro termo ou conceito, a definição de cultura também depende da visão de mundo, da compreensão teórica, explícita ou implícita, da qual se parta e ainda, da época ou período histórico em que foi sistematizado.

Destacamos uma primeira definição de cultura formulada por EDWARD TYLOR (1832-1917) a partir do termo germânico 'Kultur', utilizado para representar os aspectos espirituais de uma comunidade, e do termo francês 'Civization' que designava, principalmente, as realizações materiais de um povo, sintetizados na palavra inglesa 'Culture' que 'tomado em seu amplo sentido etnográfico é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade'. (TYLOR,1871)*

O trabalho de Tylor, assim como outros autores do século XIX, insere-se numa abordagem evolucionista unilinear, segundo a qual a evolução desenvolvia-se através de uma linha única que teria raízes numa unidade psíquica através da qual todos os grupos humanos teriam o mesmo potencial de desenvolvimento, embora alguns estivessem mais adiantados que outros.

A partir de FRANZ BOAS, criador da Escola Cultural Americana, a explicação evolucionista só tem sentido, quando baseada numa abordagem multilinear, que considera que cada cultura segue seus próprios caminhos e não um único caminho em direção àquelas civilizações "mais evoluídas".

Na vertente estruturalista de LÉVI-STRAUSS (1967), modelo que implica em desvendar as estruturas subjacentes, a objetividade por trás da subjetividade, não interessa a interpretação que os sujeitos dão às "verdades", às estruturas. A ênfase está nos sistemas de idéias. As estruturas geram a realidade e não o inverso. Para este autor, cultura implica em sistemas de idéias. Aqui, transcende-se a idéia de homens que fazem história.

* TYLOR, E. apud LARAIA, B.R. Cultura. Rio de Janeiro. Ed. J.Zahar, 1986.

No funcionalismo, representado por MALINOWSKI (1975), por exemplo, as instituições (e a cultura) derivam de necessidades biológicas e desempenham uma função em relação a elas.

O estrutural-funcionalismo defende que qualquer instituição é derivada de uma necessidade social. As instituições desempenham funções para manter a coesão social. Esta corrente não trabalha com representações e formas de pensar e pressupõe uma baixa distinção entre cultura e sociedade (CANESQUI, 1997)*. No paradigma culturalista não há distinção entre cultura e sociedade. Predomina a cultura como sistemas de valores.

Já no paradigma hermenêutico representado por GERTZ (1979), a cultura é sempre algo inacabado, em aberto, a ser interpretado. O antropólogo é um intérprete da cultura, porém suas interpretações são provisórias. Busca-se um mundo complexo de significações que não se manifestam através de modelos pré-determinados. O núcleo central da hermenêutica é a linguagem e parte-se do pressuposto de que os homens são seres históricos que se constituem através da comunicação. A interpretação hermenêutica se volta para o conteúdo dos significados, a situação, o contexto social em que as interpretações são expressas e aceitas socialmente.

Para ALVES & RABELO (1995), os estudos antropológicos mais recentes tendem a combinar o uso de modelos hermenêuticos com os modelos cognitivos que consideram a possibilidade de investigar “objetivamente” os significados, reduzindo-os a uma questão de forma, uma questão lingüística, buscando examinar padrões culturais subjacentes ao senso comum. Os modelos cognitivos parecem ser insensíveis às forças sociais e contextuais existentes nos processos interpretativos enquanto as análises hermenêuticas não especificam como os modelos ‘semânticos’ são construídos ou podem ser validados. (WHITE, 1989)**

*CANESQUI, A.M. - Anotações de sala de aula no curso de doutorado em Saúde Pública

**WHITE, apud ALVES, - & RABELO, - Significação e Metáforas: aspectos situacionais no discurso da Enfermidade. In A M.R.Pitta (org). Saúde & Comunicação: visibilidade e silêncios.

Pelo menos duas referências importantes estão pressupostas, quando os sociólogos falam de cultura: a tradição e as artes, que constituiriam dimensões específicas da cultura, reunindo um conjunto de valores que orientam a conduta e canalizam as aspirações, o pensamento e a vontade dos homens.

Nossa herança intelectual parece ressaltar os aspectos específicos de cada cultura, que existiria apenas no plural (contrariamente à visão abrangente do iluminismo), permanecendo a dimensão pluralista na tradição antropológica. A categoria cultura (ORTIZ, 1996) permitiria aos antropólogos dar conta da diversidade dos modos de vida e de pensamento. Os antropólogos, habituados a tratar com uma escala restrita da realidade, conseguiam delimitar um objeto coeso dentro de limites precisos: a tribo, a etnia, etc. Temos o “mundo primitivo” como objeto principal da Antropologia Social, quando os estudos se voltavam ao “mundo das classes populares”, aos estudos de comunidade e a seu universo sócio-cultural, mas inicialmente voltado para as margens (mundo rural ou periferia dos grandes centros urbanos), no que continha de “primitivo”, de não moderno (CARRARA, 1994). Para ORTIZ (1996), deslocar o olhar para um outro patamar, uma escala maior torna-se uma exigência no contexto de uma cultura mundializada, ainda que a preocupação com as diferenças continue pertinente.

Na história da Antropologia Médica, podemos dizer que se deu algo semelhante: caminhou-se da periferia ao centro, das sociedades não ocidentais à nossa própria sociedade; de “baixo” para “cima” ou das práticas chamadas mágico-religiosas das classes dominadas para a análise da ciência e das elites intelectualizadas de nossa sociedade. Só mais recentemente temos uma análise antropológica mais global da Medicina (CARRARA, 1994).

Devemos ressaltar que hoje já não é possível pensarmos em cultura apenas como algo particular a um povo, uma comunidade e/ou uma civilização circunscrita num determinado território, quase inacessível a outros povos/civilizações, ainda que uma das características da cultura seja a de constituir-se em algo partilhado por uma comunidade. Referimo-nos a uma tendência cada vez maior de troca entre culturas diversas, a uma crescente globalização ou mundialização, senão da cultura como um todo, pelo menos de alguns aspectos ou “produtos” da cultura. Se esta reflexão sugere um afastamento das

particularidades, ponderamos com ORTIZ (1996), que a mundialização da cultura se revela através do cotidiano, através de exemplos familiares como alimentação, vestuário, filmes, aparelhos eletrônicos, supermercados e outros.

Para este autor, no processo de globalização, a cultura de consumo ocupa uma posição de destaque, portanto seu objeto de estudo está recortado no sentido de privilegiar os aspectos relacionados com a sociedade de consumo.

Ainda que esta faceta seja importante do ponto de vista das organizações de saúde, onde os serviços prestados inserem-se na dimensão do consumo - inclusive quando modelos médicos ou de cura, como por exemplo a acupuntura, importados de países de cultura oriental muito diversas da nossa são incorporados através do filtro da sociedade de consumo - para nossa discussão, privilegiaremos o aspecto do partilhar, do comum vivenciado, das tradições, hábitos e saberes usados como referência para a ação das pessoas, dos atores. Cabe ressaltar, porém, que embora reconheçamos a dimensão do consumo, não é possível reduzir o universo do usuário de serviços de saúde a este aspecto. Aliás, a esfera do consumo aqui não pode ter a mesma interpretação que a troca de mercadorias-coisas e não se restringe a uma mera relação cliente-fornecedor. A relação entre os serviços de saúde e seus usuários pressupõe trocas intersubjetivas complexas que envolvem tensão, em função de possíveis perdas de autonomia em razão de doenças, esperanças de recuperação, enfim, uma gama particular de emoções, expectativas recíprocas que não deixam de estar envolvidas por uma dimensão também cultural. OFFE (1984), afirma que no setor serviços em geral, conseqüentemente aplicável ao setor saúde, realiza-se uma unidade entre produção e consumo, entre profissional e clientela, na medida em que esta relação pressupõe necessariamente uma interação e uma aceitação por parte do cliente - para a própria efetividade do serviço prestado - dessa interação produtiva e dos compromissos de ação envolvidos nas ofertas lingüísticas do terapeuta.

Para demarcar melhor nossa discussão, buscaremos nos restringir à cultura organizacional, ainda que não se possa abstrair das manifestações da cultura no sentido mais amplo no interior das organizações e nem seja possível ignorar a relação da organização com o contexto cultural em que esta se encontra inserida.

WALLERSTEIN (1976)*, lança as bases para uma história sistêmica do capitalismo no livro “O moderno sistema mundial”. Dentro do paradigma do ‘world system’, a história do sistema mundial se confunde com a história do capitalismo, privilegiando a esfera econômica como base de análise, levando a um reducionismo onde a dimensão cultural surge como seu reflexo imediato.

Luhmann é outro autor importante na concepção da sociedade como sistema. HABERMAS (1987), o toma como referência importante, entre outros, na análise dos processos de integração sistêmica à qual correspondem o sistema econômico e o aparato estatal-burocrático (representados pelos *mediuns* dinheiro e poder). Contudo, ainda que traga respostas importantes sobre o funcionamento da sociedade, como o desempenho das forças econômicas e políticas, não poderia ser tomada como uma teoria explicativa completa, devido às contradições já apontadas neste trabalho da teoria de sistemas, e que dizem respeito à ausência dos atores individuais e à impossibilidade de dar conta de questões como cultura, principalmente.

Para Wallerstein, “cultura é o sistema-idéia desta economia capitalista mundial, a conseqüência de nossas tentativas, coletivas e históricas, em nos relacionarmos com as contradições, ambigüidades e a complexidade da realidade sóciopolítica deste sistema particular”. Se aqui há uma tentativa de ultrapassar o reducionismo econômico, conferindo à dimensão cultural uma abrangência maior, ainda se identifica a mesma rigidez anterior, pois a cultura, nessa definição constitui-se apenas na esfera ideológica do ‘world system’.

A esfera cultural não pode ser tratada da mesma forma que a econômica no processo de globalização, onde se pressupõe uma certa unicidade. No processo de mundialização não se observa uma destruição das manifestações culturais originais, mas uma convivência e retroalimentação. O exemplo da língua é significativo. Apesar da “universalização” do inglês, por exemplo, ela não destrona a língua original, passando a ser vista como segunda língua ou restringindo-se seu uso a espaços específicos. Além disso, estudos mostram que adquire “sotaques” diferentes em cada região onde é assimilada, que se distanciam dos padrões britânicos ou americanos. Ela adquire um movimento próprio. (KACHRU, B., 1985; TRUCHOT, C., 1990)

*WALLERSTEIN, I apud ORTIZ, R. - Mundialização e Cultura. 2 ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1996.

Exemplo interessante que demonstra uma certa autonomia da esfera cultura é o que se refere à invenção da bússola pelos chineses e sua não incorporação devido a uma cultura de não exploração no sentido de ultrapassar as fronteiras territoriais com intenções colonizadoras. E outro (ORTIZ, 1991), diz respeito ao tempo. Em épocas remotas, embora já existissem as clepsidras e os relógios, os homens não referiam suas vidas, seus afazeres cotidianos por essas máquinas, que eram poucos e tinham mais uma função de adorno, obras de arte. O ritmo de vida era marcado pela natureza. Somente muito mais tarde, na passagem do século XVIII para o XIX, e somente em algumas capitais européias é que o dia transforma-se em conceito abstrato, sem consonância com manhã, tarde e noites, mas considerando o movimento do sol em relação à terra, o tempo científico dos astrônomos. O impacto, contudo, é mínimo, e por muito tempo ainda não vigorou um tempo padrão. Este tempo-padrão, vai responder às exigências de uma sociedade urbano-industrializada.

Neste sentido é interessante uma discussão trazida por ORTIZ (1996), no que se refere à uma crescente predominância de uma cultura capitalista que estaria invadindo o mundo. Tal fato pode ser considerado como uma verdade relativa, principalmente no que diz respeito à sociedade de consumo, mas nos interessa ressaltar nichos de resistência, “espaços impermeáveis” a este avanço. São justamente estes “espaços”, esta resistência que caracterizam a autonomia da cultura em relação à esfera econômica, por exemplo.

Por fim, na acepção de Habermas, a cultura é um dos componentes do mundo da vida, juntamente com a sociedade e a personalidade. A cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores, a sociedade nos fornece o contexto normativo sob o qual agimos e é na personalidade onde se encontram as competências individuais para a comunicação. Estas três dimensões articuladas pela linguagem que é constitutiva do mundo da vida, nos fornecem o “pano de fundo” das pré-interpretações e saberes implícitos que orientam nossas ações (HERRERO, 1987)*. Este conceito, embora apoiado na fenomenologia de Husserl e Schutz, se diferencia porque Habermas o alarga para além do horizonte da consciência dos sujeitos e concebe-o a partir da relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e agem, visando coordenar cooperativamente seus planos de ação (ARTMANN, et al.1997).

* HERRERO, apud ARTMANN, E ; AZEVEDO, C.S. ; SÁ, M.C. Racionalidade Comunicativa e Modernidade. Revista Síntese, 37,1.

Para uma melhor compreensão do conceito de mundo da vida é importante destacar que Habermas, baseado em Popper, trabalha com um conceito tríplice de mundo, a saber, o objetivo que se refere ao mundo físico ou aos estados de coisas existentes; mundo social ou normativo, relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos e o mundo subjetivo que se refere ao mundo interno dos indivíduos, como já referido em capítulo anterior.

Para Habermas existe uma dialética entre o mundo da vida (mediado pela linguagem) representado pela cultura e pela razão comunicativa e o sistema (mediado pelo poder e pelo dinheiro), representado pela razão técnica, instrumental. Seu diagnóstico da sociedade contemporânea é que existe um avanço da racionalidade técnica ou do sistema sobre o mundo da vida. Através de uma crítica hermenêutica seria possível, segundo o autor, desvendar formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema.

Todo processo de entendimento tem lugar sob o pano de fundo de uma pré-compreensão imbuída culturalmente. O saber de fundo permanece aproblemático em seu conjunto. Só a parte deste acervo de saber que os participantes na interação utilizam e tematizam em cada caso para suas interpretações, fica posta à prova. Na medida em que as definições da situação são negociadas pelos próprios implicados, com o tratamento de cada nova definição de uma situação, fica também à disposição o correspondente fragmento temático do mundo da vida (HABERMAS, 1987:145) tradução de Elizabeth Artmann.

Acreditamos que o conceito habermasiano de cultura imbutido no conceito de mundo da vida, compreendido como correlato dos processos de ação voltados para o entendimento, possa trazer uma maior clareza sobre o mundo organizacional e contribuir para a construção de propostas de mudança.

Uma primeira consideração a ser feita é a mudança de foco, de paradigma, do sujeito para a intersubjetividade, realizada a partir de processos linguísticos, questão fundamental que marca esta proposta e faz com que a abordagem cultural também seja diferenciada. Como veremos, as tradições culturais, embora influenciem, enquanto pressupostos e pré-interpretações, o mundo organizacional, podem ser questionadas e

criticadas a partir de um processo discursivo e esta é uma segunda e importante característica deste enfoque.

4-CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL: ESBOÇO DE UMA PROPOSTA

Alguns aportes nos ajudam a pensar a cultura a partir das organizações. Para Fischer*, a cultura é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos que, ao ordenar, atribuir significações e construir identidade organizacional, age, tanto como elemento de comunicação e consenso como de ocultamento e instrumentalização das relações de poder.

Para THÉVENET (1993), a cultura corresponderia ao patrimônio de uma coletividade, o qual resulta de suas experiências e representa o conjunto de referências dos indivíduos ou grupos para tratar das situações. Conhecer a cultura representaria revelar a “lógica subjacente ao funcionamento de um grupo humano” (THÉVENET, 1993:13). Segundo este autor, para aplicar este conceito às organizações, é necessário utilizar os recursos da etnologia para compreender a organização como uma sociedade humana, real e à parte. A cultura seria fonte de comportamento, porque gera representações e é associada à visão da atividade da empresa, sua missão, trabalho e eficácia. Tais representações guiariam, em parte, o comportamento, já que as pessoas agem baseadas em seus esquemas mentais que orientam sua percepção da realidade.

Para Schein** este conjunto de referências partilhadas e construídas ao longo história da organização em resposta a problemas enfrentados, analisadas a partir de categorias antropológicas, pode ser buscada também nas formas de reação às situações. Estas referências dizem respeito às relações da organização com o seu ambiente, à natureza da atividade humana, da realidade, do tempo, à natureza das relações humanas e de homogeneidade e heterogeneidade do grupo.

* FISCHER, apud FLEURY & FISCHER, L.T.M. Cultura e Poder nas Organizações. São Paulo: ATLAS, 1996.

** SCHEIN, apud THÉVENET, M. - La culture d' enterprise. Paris, Presses Universitaires de France, 1993. Col. Ques sais-je?

Como é necessário remeter-se ao ambiente, as referências partilhadas também se relacionam com a cultura externa que fundamenta a gestão intercultural, ou seja, que se refere às diferenças de culturas nacionais, importância de determinado setor de atividades sobre a cultura da organização, exigências e valores dos consumidores, concorrência no mercado, entre outras.

É importante destacar que a cultura, para Thévenet, não operaria somente através das pessoas mas também dos sistemas de gestão e de outros produtos organizacionais, não sendo acessível de imediato, encontrando-se subjacente às ações dos atores, aos processos e decisões vivenciados pela organização. Em outras palavras, a cultura estaria relacionada com o que é mais estável e permanente relativamente e tem uma evolução lenta; com representações, visões e formas de percepção da realidade (na gestão e na busca de soluções que revertam em resultados concretos). Relaciona-se, ainda, ao funcionamento coletivo da organização, como resultado da interação entre seus membros e entre a organização e o meio.

Para este autor, na relação entre cultura e gestão, duas questões são fundamentais: a coesão interna da organização e a relação com o meio (o que não significa apenas reagir a estímulos, mas modificá-lo criativamente). A competência na gestão não estaria relacionada apenas com a capacidade de resolver problemas, mas também à inter-relação com outras organizações na busca pela realização da missão institucional (referência estratégica), e à referência ética, no tratamento e avaliação de situações.

A metáfora do jogo social é utilizada por alguns autores para caracterizar as organizações (CROIZIER & FRIEDBERG, 1977) ou para explicar a luta dos diferentes atores sociais para alcançar seus objetivos, sejam de manutenção ou de mudanças na ordem social, tanto no nível intra-organizacional, como no nível macro (MATUS, 1987). Nesta perspectiva, as organizações (ou macro-organizações), estariam reguladas sistematicamente por regras legais e/ou “de fato” que são observadas como normas gerais por todos os atores organizacionais. Estes produzem suas jogadas ou desenvolvem suas estratégias particulares, em função de interesses parciais sem, no entanto, conseguir alterar ou sobrepujar a moldura das regras gerais, pelo menos, a curto prazo.

Para CROIZIER & FRIEDBERG, as organizações conformam sistemas de ação concreta onde convivem, num mesmo processo, duas formas de racionalidade: a sistêmica e a estratégica. A lógica sistêmica teria sua racionalidade assentada em efeitos e causas interdependentes, no interior do sistema, onde as formas de regulação ou de governo e os tipos de jogos predominantes permitem compreender a organização e prever resultados. Ou seja, seria definida pelas regras do jogo, constituindo-se numa lógica dedutiva, apoiada no princípio e fins e de coerência. A lógica estratégica corresponde ao comportamento dos atores, sendo indutiva, fundamentada na negociação e no cálculo. Ainda que contraditórias, seriam complementares e convergentes:

Le raisonnement stratégique part de l'acteur pour découvrir le système qui peut expliquer pour ses contraintes les apparentes irrationalités du comportement de l'acteur. Le raisonnement systémique part du système pour retrouver avec l'acteur la dimension contingente arbitraire et naturelle de son ordre construit. (CROIZIER & FRIEDBERG, 1977:230)

A organização, como um fenômeno sociológico, seria uma construção cultural devido àquilo que os homens conseguem alcançar para orientar os seus comportamentos, de forma a obter um mínimo de cooperação, mantendo sua autonomia.

MATUS (1994), ao aplicar sua Teoria da Produção Social ao campo organizacional, estabelece que as organizações têm regras, acumulações e fluxos de produção social. A Teoria da Produção Social refere-se a um método de leitura da realidade que busca aprofundar a compreensão da mesma para além dos fatos mais aparentes, sejam estes sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, etc. A realidade é apreendida através de três níveis: o primeiro, o nível dos fatos propriamente ditos; o segundo, das acumulações ou fenoe estruturas, que se refere às capacidades de produção/acumulação dos atores; e o terceiro nível, das leis básicas que regulam uma formação social. Os diferentes processos e fenômenos da realidade articulam-se dinamicamente, tanto internamente a cada nível (relações de microcausalidade) como numa relação de macrocausalidade entre os níveis onde o último - as regras - exerce uma determinação maior (SÁ & ARTMANN, 1995). Assim, também nas organizações, as regras determinam em última instância o poder dos atores, isto é, suas acumulações de recursos organizacionais e de produção técnica, as

quais condicionam a variedade possível de produtos ou ações. As regras poderiam, porém, ser transformadas, a longo prazo, pelos atores, dependendo para tal do seu grau de acumulação de recursos de poder. No campo organizacional três regras inter-relacionadas se destacam: (MATUS, 1994)

- a direcionalidade ou a missão
- a governabilidade ou o grau de centralização/descentralização
- a responsabilidade ou o nível da prestação de contas

Estas regras, especialmente as de responsabilidade, determinam, para este autor, a qualidade da gestão ou das acumulações organizacionais. Quando predomina uma baixa responsabilidade, o dirigente não é cobrado, ele não sente necessidade de um planejamento estratégico de seus problemas e compromissos fundamentais. Sua agenda é improvisada, irracional e acumula todos os tipos de problemas, desde aqueles de alto valor - estratégicos - como os de baixo valor relativo. O dirigente tende a concentrar problemas e decisões, não delega para os níveis inferiores e o tipo de gestão pertinente é uma gestão tradicional, onde não há uma preocupação com os produtos e resultados finais da organização, ou seja, com a sua missão. O inverso aconteceria em organizações de alta responsabilidade. A gestão, por objetivos finais e o planejamento estratégico surgiriam como resultado da petição e prestação de contas e do controle social.

Para MATUS (1994), um dos principais desafios da administração pública latino-americana seria mudar a qualidade das acumulações organizacionais e, portanto, alterar tendencialmente as regras do jogo organizacional, no que se refere especialmente às regras de responsabilidade. Matus utiliza-se também dos termos cultura de baixa ou de alta responsabilidade quando se refere às organizações.

THÉVENET (1994), acredita, por sua vez, que o sistema de regras organizacionais está condicionado pela cultura. A cultura determina as regras e estas determinam os sistemas de gestão e a lógica dos atores. No modelo deste autor, a relação é unilinear, desconsiderando-se a atuação dos atores sobre as regras. Esta ênfase na cultura como fundamento das regras do jogo organizacional é compartilhada por Matus, quando

destaca uma sobredeterminação da responsabilidade sobre o conjunto das regras e assume que a base da responsabilidade é a cultura como um conjunto de estruturas mentais.

Para THÉVENET (1993), a cultura é considerada como o conjunto de referências compartilhadas organizacionalmente e produzidas historicamente nos processos de aprendizagem imanentes ao enfrentamento contínuo de problemas. As configurações simbólicas, típicas da cultura, são fonte de comportamentos e se desenvolvem em processos interativos de intervenção sobre a dupla problemática das organizações: a relação com o ambiente e a coesão interna, como já referido.

THÉVENET (1993), visualiza a cultura como as regras fáticas do jogo organizacional. Como Matus, este autor destaca a importância da responsabilidade no conjunto das configurações culturais. A consciência do dever e a concepção da pessoa humana que predominam na organização (esta última refletida nos sistemas de remuneração e de avaliação), expressariam o nível de responsabilidade.

Vários elementos compõem a cultura organizacional. A partir de uma leitura crítica de THÉVENET e de MATUS e de uma moldura teórica habermasiana, RIVERA (1996) assinala a possibilidade de uma correlação entre o conceito de mundo da vida de Habermas, os componentes culturais apontados pelo autor francês e as regras do jogo organizacional da teoria das macro-organizações do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

A adoção do conceito de mundo da vida organizacional, por RIVERA (1996), está baseada em grande parte na leitura de FLORES (1989). Este autor formula uma concepção linguística das organizações, como referido anteriormente, que incorpora o conceito de mundo organizacional ou “de mundo da escuta e da relevância” o qual fundamenta-se em uma leitura heideggeriana e corresponde à tradição organizacional, à estrutura simbólica que pré-determina o conjunto de compromissos institucionais.

RIVERA (1996), sustenta que o conceito de mundo da vida organizacional, assumido por ele, supõe o conjunto de configurações simbólicas que são acordadas historicamente e que se constituem no pano de fundo que regula sistemicamente uma instituição, para além dos mundos da vida dos atores em separado. Para nós, o conceito de mundo da vida habermasiano pressupõe sempre referências compartilhadas pelos atores em

situação (ARTMANN, 1993; ARTMANN, 1997) e portanto, o mundo da vida dos atores manifesta-se também no mundo organizacional. Rivera tem razão ao referir-se a diferentes racionalidades que obedecem a formas diversas de integração e que perpassam uma organização, entre elas, a sistêmica, também contemplada por Habermas.

Para este autor, o mundo da vida é constituído pela cultura, pela sociedade, pela personalidade e pela linguagem, como já assinalado anteriormente, e funciona como um pano de fundo (pré-interpretações) para a ação dos atores. É sustentado pelo *medium* solidariedade. Como contraponto, construído de forma dialética a partir do próprio conceito de mundo da vida, temos o conceito de sistema, sustentado pelos *mediuns* dinheiro e poder. A racionalidade do mundo da vida organizacional convive necessariamente com a racionalidade sistêmica, de maneira complementar e contraditória. Ou seja, podemos distinguir na sociedade ou numa organização duas formas de integração: a integração social, produzida através das orientações que os atores colhem no mundo da vida, orientada pela solidariedade, pelo entendimento e a integração sistêmica que deriva das formas estratégicas da ação, orientada pelo sucesso, pelo dinheiro e pelo poder.

O que importa destacar para a presente discussão são duas idéias centrais implícitas nesta visão da cultura organizacional, como mundo da vida compartilhado:

- A idéia de que a cultura se constitui a partir do agir comunicativo dos agentes organizacionais, em processos de aprendizagem, em que se destaca a busca do consenso como fundamento do agir.
- A idéia de que a cultura não é imutável, de que suas configurações simbólicas podem ser questionadas em um nível discursivo, quando se tornam disfuncionais, seja do ponto de vista do agir teleológico ou do ponto de vista do agir normativo.

Assim, o tratamento dado ao conceito de mundo organizacional de Flores por Rivera é dialético, habermasiano: se a fala e a ação se constituem a partir do mundo da vida, da tradição cultural, esta tradição também pode ser reciclada a partir de uma postura crítica, discursiva. É importante observar aqui que, na construção do conceito de mundo da vida habermasiano, a cultura tem especial destaque e uma dupla característica: é um elemento quase transcendental e, ao mesmo tempo, empírico. Ainda que esteja no mesmo

nível que a sociedade e a personalidade individual, constitui-se num elemento de sentido e de validade geral, distinguindo-se portanto daquelas.

SIEBENEICHLER (1989), exemplifica esta diferença da seguinte maneira:

quem descreve pessoas ou instituições, motivos subjetivos ou normas sociais, não gera automaticamente, através desta descrição um novo processo de socialização ou de integração social... quem descreve um saber cultural, qualquer que seja, produz um novo saber cultural... o intérprete da cultura tem de referir-se a si mesmo em particular.

A cultura possui uma dupla característica: é o pano de fundo da ação social e é a explicitação ou o texto explícito deste fundo, diante do qual os atores podem assumir uma postura crítica. Isto significa que a cultura é simultaneamente transcendental e empírica, assim como o mundo da vida.

Para Habermas, é possível utilizar, metodicamente, o conteúdo cognitivo inerente ao mundo da vida. Do ponto de vista do enfoque histórico e na perspectiva dos participantes, os atores atualizam-se e modificam o contexto cultural de sua vida enquanto narram histórias, as quais nunca são absolutas e podem ser confirmadas ou contestadas. O contexto tradicional implícito transforma-se em textos explícitos diante dos quais os atores podem assumir uma posição crítica. Assim, podemos pensar numa forma, num “método” de ausculta da cultura organizacional, por exemplo, visando conhecê-la e construir um projeto de mudança.

Acreditamos que a proposta de Thévenet é importante, do ponto de vista da gerência organizacional, principalmente por dois motivos. Em primeiro lugar, o autor proporciona um enfoque de análise cultural, de auditoria de cultura. Em segundo lugar, sugere uma concepção de trabalho cultural. Deste modo, Thevenet através de uma proposta operacionalizável, ajuda a ultrapassar a discussão polarizada do tipo “é muito difícil trabalhar com cultura” ou “a cultura não é instrumentalizável”, *versus* as propostas simplistas de intervenções na cultura organizacional dos enfoques funcionalistas muito comuns no campo da administração.

Em relação ao primeiro ponto, Thévenet estabelece uma distinção marcante entre análise de cultura e análise de clima social. A análise de cultura pressupõe uma metodologia de captação de indícios e sinais, que muitas vezes são percebidos na análise concreta de sistemas de gestão e situações de fato. A cultura não é transparente, não se evidencia de modo claro. Dela se obtém apenas indícios, sinais. A transformação destes indícios em afirmações um pouco mais categóricas sobre cultura requer uma sorte de validação permanente destes indícios. Este método que permitiria captar alguns traços da cultura deve ser complementado com a elaboração de hipóteses sobre a cultura organizacional, as quais também devem ser submetidas a uma verificação permanente.

Para o autor, os eixos centrais de uma auditoria de cultura seriam:

- Uma análise longitudinal dos fundadores e das lideranças marcantes da organização, que procure captar as especificidades, diferenças e negações (em relação ao contexto da época) do seu projeto e personalidade;
- uma análise histórica das tecnologias ou dos projetos tecnológicos da instituição, procurando captar discontinuidades e inovações, envolvendo aqui a crucial questão da visão do ambiente externo;
- uma análise da importância relativa das diferentes estruturas produtivas da organização, feita longitudinalmente, de modo a captar, por exemplo, a relação entre administração-meio e estrutura de produção final, entre produção e vendas.
- uma análise dos sistemas de gestão, visando captar os valores que deles transparecem, considerando o tipo de tomada de decisão, o nível de participação, o nível de responsabilização característicos;
- uma análise histórica das estruturas de poder, dos organogramas, das convenções, das formas de ingresso, dos símbolos de *status*, das formas de comunicação, etc., capaz de revelar os sinais e símbolos do poder.

Uma análise deste tipo não parece distante de um tipo convencional de análise organizacional. O que lhe seria específico é a tentativa de descortinar as representações sociais compartilhadas organizacionalmente, que se “evidenciam” com mais nitidez no

momento da formulação das hipóteses sobre a cultura. É importante frisar que análise de cultura não corresponde a um levantamento de clima social ou das opiniões sobre a organização que prevalecem nos agentes. A cultura, mais do que refletir opiniões, está inscrita nas estruturas de fato.

Thevenet recomenda que a auditoria de cultura, seja participativa. Uma das contribuições mais importantes e imediatas que uma auditoria pode ensejar - e que já implica em uma mudança - é a possibilidade de que os agentes reforcem sua capacidade de compreensão da organização e seu nível de compartilhamento de visões e representações.

Em relação à questão do trabalho cultural, Thévenet formula a seguinte proposição: muito mais estratégico do que afrontar uma dada cultura ou do que procurar mudá-la ou enfraquecê-la, é utilizá-la como recurso para o projeto de mudança. A idéia de cultura como recurso comporta a necessidade de discernir no interior da cultura aqueles traços positivos que podem ser funcionais para a mudança. A recomendação estratégica é procurar apoiar-se na cultura para mudar. Esta recomendação está contida na expressão do autor : “quanto mais igual, mais muda”. Isto não significa que a cultura seja imutável. Segundo o autor, a cultura muda e não muda. Isto quer dizer que a cultura é de difícil manipulação no sentido de uma mudança direta. Já é difícil diagnosticar um determinado estágio “A” da cultura, na medida em que ela não se evidencia claramente. Através de uma metodologia indiciária e hipotética apenas captamos sinais. Porém, muito mais difícil é estabelecer que com o projeto X poderemos levar a cultura do estágio A para o B. A cultura, segundo Thévenet, transforma-se a longo prazo e sempre em função do projeto de empresa, mas esta mudança é indeterminada, não previsível, no sentido que tanto pode ir para B, quanto para C ou D. Não se pode prever exatamente sua direção.

Considerando esta dificuldade de lidar diretamente com a cultura, visando sua mudança, o autor destaca a necessidade de procurar captar os aspectos positivos de um traço cultural que podem ajudar num projeto de mudança, ou que podem ser mobilizados, positivamente, no enfrentamento de um dado problema. Deste modo, torna-se importante definir onde é mais simples agir. Contudo, a questão é mais complexa do que pode parecer, pois um mesmo traço cultural pode conter aspectos positivos e negativos, desde a perspectiva da abordagem de uma situação problemática. Neste caso, o mais estratégico é

fortalecer os aspectos positivos, de modo que potencializem a perspectiva de mudança, enfraquecendo, simultaneamente, os aspectos negativos.

No caso das organizações de saúde, poderíamos citar, como exemplo, a autonomia dos profissionais médicos como traço cultural, que contém aspectos positivos do ponto de vista da melhor adaptação de seus produtos e de uma maior dinamicidade e, aspectos negativos do ponto de vista da difícil avaliação do trabalho médico. Um projeto que vise maior eficiência e também aumento da qualidade dos serviços médicos, por exemplo, teria que apoiar-se no princípio da autonomia dos processos de produção e da centralidade médica, suscitando a participação privilegiada do profissional médico como requisito e negociar a responsabilização de modo a debilitar paulatinamente a característica do difícil controle do trabalho médico, além de buscar fortalecer um trabalho interdisciplinar e de equipes.

O enfoque *démarche stratégique* é bastante ilustrativo, pois respeita a cultura médico-hegemônica, não afrontando, mas aproveitando-a como recurso. O método é desenhado para pensar um projeto médico (utiliza inclusive termos/critérios médicos junto a outros epidemiológicos, de demanda/necessidades, gerenciais, etc.), porém não estritamente médico, incluindo outras categorias ao pensar a rede como um todo, nos vários níveis de complexidade, contribuindo para a construção de um projeto amplo, sem prescindir deste ator (o médico), cuja adesão é fundamental para pensar qualquer projeto de mudança em saúde.

A idéia de cultura como recurso chama a atenção muito mais para o discernimento dos valores-chave relacionados com um dado problema, os quais seria importante fortalecer para favorecer uma ingerência positiva sobre o mesmo. A auditoria de cultura ajudaria nesta tarefa de discernimento. Desta maneira, a questão da cultura passa a ser parte do mundo operacional do enfrentamento de problemas. A relação cultura-problemas passa a um primeiro plano e é enfatizada.

Em contraponto com as concepções que compreendem a cultura de forma mais cristalizada, como obstáculo e fator limitante e adaptam seus projetos organizacionais em função desta, na abordagem que defendemos, o emprego de valores-chave da cultura pode potencializar um projeto de mudança, o que implica em 'escutar', em trazer à tona e

explorar, propositivamente, a mensagem profunda dos valores culturais da tradição complexa de uma organização.

A questão da mudança da cultura deve ser retomada por ser uma questão extremamente importante. A difícil ingerência sobre a cultura não pode significar o abandono da reflexão sobre estratégias de mudança cultural. Do nosso ponto de vista, que coincide em boa medida com Thévenet, uma atuação sobre a cultura é possível, mas limitada. Pode dar frutos a longo prazo através da teoria e do treinamento. Este fator, largamente defendido por Matus como capaz de mudar estruturas mentais é, sem dúvida, de singular importância. Além de Matus, vale a pena lembrar aqui o enfoque da Análise Institucional, especialmente na linha da esquizoanálise que busca criar dispositivos disparadores de novas subjetivações (BREMBLITT, 1998), inspiradas em parte na psicanálise e no marxismo, retrabalhadas por Deleuze e Guattari e que podem constituir-se em um campo rico de pesquisa.

Apoiados em MATUS (1993), e na proposta da "Démarche Stratégique", diremos que a mudança cultural pode advir como resultado de uma abordagem indireta, correspondente à implantação progressiva e negociada de um projeto gerencial que se apóia na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna e no desenvolvimento de formas de avaliação e de prestação de contas. Isto quer dizer que a constituição de sistemas gerenciais, enquanto acumulações, pode retroagir sobre as regras do jogo organizacional e suas bases culturais contribuindo para mudá-las ainda que não se possa definir os prazos. O alcance de novos resultados positivos no enfrentamento de problemas, resultantes de uma melhoria da gestão, pode cristalizar novas representações culturais sobre as regras organizacionais.

Dada a impossibilidade de uma fórmula de mudança cultural, o que se propõe é algo coerente com o princípio habermasiano da correlação entre mundo da vida e agir comunicativo. A abertura de canais de comunicação ampliada, propiciados por reformulações gerenciais, cria as condições e a oportunidade para o questionamento cultural e sua reciclagem, se necessário. Neste sentido, as formas de tomada de decisão e de representação devem ser repensadas de modo a favorecer a comunicação, entendendo-se aqui o sentido amplo do termo em Habermas, ou seja, da busca do entendimento através

de interações lingüísticas. As próprias formas de controle devem ser acertadas, coletivamente, sob o pressuposto de que o que se visa é a maior transparência e a participação. Mais comunicação é a estratégia genérica de mudança cultural, pois a comunicação e a cultura se interpenetram de maneira imanente, uma depende da outra.

Outro aspecto fundamental na criação de bases para a mudança cultural é o tipo de liderança. Pensar uma liderança comunicativa implica em ver a liderança não mais ligada à supervisão, mas à viabilização dos processos interacionais necessários ao desenvolvimento da organização. Esta liderança, definida em grandes linhas por CROZIER (1994) & COVEY (1994), deveria ser uma liderança preocupada com a motivação dos agentes, com capacidade de negociação na linha do “ganhar-ganhar”, uma liderança capaz de incentivar a participação, capaz de promover intercâmbios entre os agentes, uma liderança com visão estratégica dos grandes objetivos, proativa, com qualidades humanas destacadas no campo da socialização e da comunicação, etc. A capacidade de mobilização e de integração social são peças-chave de uma proposta de liderança construtiva. A preocupação com a liderança conforma uma outra área não explorada aqui que tem a ver fortemente com a constituição da cultura como é a opinião de Thévenet.

A abordagem da mudança cultural traz à tona a questão da indeterminação. Se a cultura muda, não se sabe ao certo para onde. Esta idéia é um questionamento importante do racionalismo do planejamento estratégico. Acrescentar a indeterminação da abordagem cultural aos enfoques racionalistas pode significar a possibilidade de um grande enriquecimento no campo gerencial, no nível explicativo e no nível da criação de possibilidades de intervenção prática. Em si, a abordagem de cultura pode ajudar a explicar fracassos virtuais dos métodos que pressupõem uma previsibilidade elevada. Ela pode ajudar também a modular os projetos elaborados com base nos grandes enfoques gerenciais. E, não deixa de ser coerente com os planos de final aberto de Matus, autor que considera a realidade não como previsível, mas cheia de incertezas.

FLEURY & FISCHER (1996), apresentam a questão da relação entre poder e cultura. Para eles, o poder molda a cultura, sanciona a cultura permitida e pode transformar a cultura em ocultação e dominação, em ideologia. Esta posição poderia questionar a visão da cultura como um conjunto compartilhado de representações sociais. Os autores,

entretanto, admitem a dupla possibilidade: a da cultura como conjunto legítimo de valores e a da cultura como dominação.

Esta análise, feita desde a perspectiva do poder como meio estratégico, obriga-nos a uma precisão conceitual que tem a ver com o significado de compartilhamento. Cultura no sentido do compartilhamento equivale a um acordo circunstanciado, a um acerto processual, que não pode desconsiderar as restrições objetivas à tematização, representadas pelos meios de regulação formal: o dinheiro e o poder.

A cultura como compartilhamento de valores e configurações simbólicas é, por outro lado, uma realidade. Para Thévenet, uma cultura pode ser forte ou fraca. Do ponto de vista da gerência uma cultura forte pode constituir-se em mais um desafio instrumental. Uma cultura forte é uma cultura constituída em termos ideais, como um conjunto legítimo de valores, capaz de regular positivamente uma organização, especialmente quando falham os mecanismos de regulação burocrática. Mas uma cultura forte é uma possibilidade, com variações, o que não significa, necessariamente, que seja sempre positiva. Do ponto de vista de um novo projeto organizacional, podemos considerá-la como obstáculo, em virtude de uma possível resistência à mudança.

Do ponto de vista da esquizoanálise, seria possível advogar que nas instituições existem produções micropolíticas e disputas de culturas e o desafio seria explorá-las para permitir novos processos instituintes que levem a instituição para outro patamar.

O que gostaríamos de assinalar é que o que é típico à cultura enquanto cultura forte é, porém, o ato do compartilhamento. Uma cultura fraca, ao contrário, é um tipo de cultura com baixa capacidade de legitimação. Corresponderia a uma situação de fragmentação e de enfraquecimento dos sistemas de idéias, como fatores de regulação/legitimação. Neste caso, a integração da ação se daria por uma via plenamente estratégica. Se devemos levar em conta o fenômeno do poder, o mais pragmático é debilitar nossas posições e considerar a cultura como uma metáfora organizacional ao lado de outras, que se integram ou não entre si. Considerar a cultura como ideologia, no sentido de uma cultura fraca, não parece o caminho mais correto.

HABERMAS (1995), em uma entrevista concedida à Folha de São Paulo, faz uma interessante distinção entre sistema normativo factual e sistema normativo válido, entre facticidade e validade. Um sistema normativo para ele, pode ser legal e legítimo, ou

seja, factual, sem ser válido (está se referindo aos dispositivos normativos da ordem nazista). O caráter de validade estaria dado pela participação do maior número de agentes sociais na gênese da ordem normativa. Dispositivos relativos aos judeus não contaram, sem dúvida, com o apoio da população respectiva, o que lhes retira validade.

Nesta linha de pensamento, podemos precisar melhor o conceito de acordo circunstanciado ou possível, inerente ao compartilhar mesmo de referências sociais como base da cultura, como sendo um sistema de legitimação factual, não necessariamente válido, ou ainda a caminho da validação. É possível falar em cultura factual e cultura válida? Algum tipo de cultura é completamente válida? A validade é apenas uma questão de orientação ideal, só possível em uma situação de fala ideal? É importante ainda observar que Habermas discute a questão da validade *versus* justiça, observando que nem sempre uma norma válida é uma norma justa ou vice-versa e o conceito de justiça muda historicamente.

Falamos em cultura como cultura factual, com uma maior ou menor validade. Dada a nossa ordem social, não existe uma cultura completamente válida. A cultura é uma forma de compreensão organizacional, ao lado de outras, capaz de explicar, ou não, situações concretas na dependência da especificidade e, definitivamente, do nível de legitimação do conjunto cultural. Se ela é uma metáfora organizacional possível, a cultura forte é também uma proposição, que se fundamenta no nível de um programa deliberado correspondente a um tipo de organização, cuja dinâmica teleológica ou finalística obedece aos desígnios normativos que se cristalizam no cruzamento entre o mundo da vida dos atores organizacionais.

Falar em cultura, portanto, implica em considerar os processos de cristalização de configurações simbólicas, veiculadas comunicativamente (HABERMAS, 1989). A lógica da cultura não é a lógica da integração típica dos sistemas de ação racional. A cultura se relaciona, entretanto, com esses sistemas. O tipo de cultura que corresponde à ideologia faz parte do processo que Habermas denomina de colonização do mundo da vida pelo sistema. Aqui não há a assimilação por parte do mundo da vida dos atores de uma lógica sistêmica. Há uma invasão de lógicas. Pretende-se que os aparelhos de ação racional passem a obedecer os imperativos do mundo da vida. Isto supõe uma inversão na ordem de

importância dos três meios que regem a ordem social: o poder, o dinheiro e a solidariedade, em favor da última.

5-CULTURA E GESTÃO ESTRATÉGICA: A *DÉMARCHE STRATÉGIQUE*

O enfoque da *démarche stratégique* pressupõe o reconhecimento de que a cultura tanto pode operar como obstáculo quanto como recurso para o processo de mudança organizacional. É, sob qualquer hipótese, condição de possibilidade do mesmo.

Nos fundamentos teóricos do enfoque, apresentados no capítulo I e no capítulo II, sobre interdisciplinaridade, está contida em grandes linhas a abordagem cultural do enfoque.

Em primeiro lugar, é importante frisar que a configuração simbólica da autonomia profissional dos centros operadores é adotada, como recurso, na formulação do tipo de planejamento ascendente da *démarche*. O enfoque assume que a função de definição da estratégia não pertence ao nível exclusivo da direção estratégica, mas deveria se difundir pelos centros operacionais, sob pena de haver um comprometimento negativo do fator responsabilização no que diz respeito aos compromissos inerentes à estratégia. Isto tem sido denominado como uma tentativa de romper com a dissociação entre níveis estratégico e operacional.

Mais amplamente, poderíamos dizer que o enfoque se apóia numa tendência natural dessas organizações para a descentralização vertical e horizontal do poder, (ver abaixo, características da identidade organizacional). Embora se trate de apoiar este traço, o enfoque questiona um tipo de descentralização divorciada do componente estratégico, de caráter fundamentalmente assistencial, muito informal e fortemente centrada na repartição de meios. Por divórcio do componente estratégico, entende-se uma certa dificuldade para formular objetivos que levem em conta as necessidades da organização como um todo. Como se vem salientando, o enfoque procura organizar a descentralização, formalizar, planejar de maneira mais sistemática as interações em rede que se fazem necessárias, segundo uma estratégia coletiva .

No que diz respeito à análise da cultura das organizações hospitalares, o enfoque se baseia no diagnóstico organizacional de MINTZBERG (1989), assumindo que os traços distintivos, reconhecidos pelo autor, continuam vigorando nas mesmas, embora não de maneira absoluta, destacando-se a forte autonomia, a atomização das estruturas, o frágil sistema de questionamento da competência do outro, a débil percepção do ambiente externo, entre outros.

CREMADEZ (1997), procura definir ou especificar com mais clareza esses traços distintivos, ao caracterizar a identidade organizacional, que poderíamos aqui correlacionar ao conceito de cultura. Vários destes traços são identificados também por autores brasileiros como CECÍLIO (1999), AZEVEDO (1995), ARTMANN *et al.* (1997), entre outros, o que reforça algumas semelhanças de contexto e o potencial de aplicação deste método no Brasil. As características mais determinantes da identidade organizacional hospitalar são definidas por Cremadez, como sendo as seguintes:

Fatores políticos:

- O poder ou autoridade nas instituições de saúde se caracteriza por uma multiplicidade de intervenientes, é um poder fragmentado entre diversas instâncias técnicas e políticas, de racionalidades às vezes conflitantes, o que gera uma dificuldade para estabelecer diretrizes claras e duradouras.
- A liderança hospitalar apresenta uma mobilidade importante, uma baixa governabilidade e um poder de orientação frágil.
- O projeto organizacional é um projeto não explicitado, não formalizado, condicionado pelos interesses corporativos e centrado sobre a obtenção de recursos. É um conjunto ou adição de projetos não explícitos de profissionais influentes.

Fatores estruturais:

Distribuição do poder:

- Há três grupos de pertença, fundamentais, em constante luta de influências ao interior e exterior do hospital: médicos, enfermeiros, dirigentes administrativos e que reivindicam uma ética própria.

- O pessoal de apoio logístico e os demais, chamados “não assistencial” se referem a eles pontualmente.
- Os médicos representam o grupo dominante (o que gera uma predominância dos critérios técnicos sobre os econômicos).
- Há uma descentralização vertical e horizontal do poder muito acentuada.
- Há uma coexistência de hierarquias profissionais no seio de uma organização muito achatada.

Procedimentos e sistemas de gestão:

- Gestão operacional pouco formalizada no universo técnico e muito processual no plano administrativo.
- Sistema de gestão pouco produtivo e marginalizado.
- Fraca avaliação de desempenho; falta de sistemas de motivação.
- Fraca integração entre as dimensões funcionais.

Estilo de vida e símbolos:

- Muita atomização, pouco intercâmbio, este último centrado nas unidades operacionais de base.
- Poucos lugares de encontro, salvo no restaurante.
- Cada profissional é facilmente identificado pela sua vestimenta.
- O poder está ligado ao tamanho da unidade operacional de base e ao *status* (universitário ou de outro tipo).

Fatores ligados ao funcionamento:

Relações internas e externas (com o ambiente):

- Fraca densidade das relações transversais entre os elementos de base da estrutura
- Fraca densidade das relações interpessoais, mesmo quando existem instâncias específicas de representação

- Pouca colaboração, desconhecimento da realidade do outro, concorrência
- O boato é o veículo principal de informação
- As relações profissionais são marcadas pelas redes relacionais estabelecidas durante os processos de formação- socialização; elas são espontâneas e não são o objeto de ações planejadas
- As relações com os clientes são essencialmente funcionais (resolução de problemas) e pontuais

Valores - Código de Conduta:

- Recusa à ingerência nos assuntos do vizinho, frente comum contra o exterior, relações de fraternidade entre pares, aceitação de redes de influência
- Individualismo, potência, sofisticação técnica, eficácia, competência, fidelidade a um padrão, reconhecimento dos pares

Mitos, tabus e ritos:

- O tabu principal é o da incompetência de um par
- Os rituais são pobres e raros no conjunto da instituição; somente as modalidades de gestão são rapidamente ritualizadas

Imaginário organizacional (representação da organização, ideal profissional e imagem de si):

- Os atores têm uma percepção parcelada da organização; seus eixos de percepção se cruzam sem consolidações importantes. Isto enfraquece a possibilidade de uma representação comum da organização.
- A instituição produz pouca literatura sobre si mesma.
- Suas atividades são pouco transparentes.
- A dimensão predominante é a burocrática.

- Os diretores tentam conciliar dentro da especificidade hospitalar duas filiações, uma assistencial e outra gerencial ou administrativa.
- Os enfermeiros se esforçam para construir sua especificidade, em termos de ideal profissional, na confluência entre a gestão e a assistência.
- A origem liberal da profissão médica é ainda predominante, em termos de ideal profissional.
- A imagem de si do profissional médico repousa sobre três componentes: o desinteresse monetário (o dinheiro não é apontado como fator básico da motivação); o interesse pelo trabalho, reputado como mais técnico e menos rotineiro; a responsabilidade profissional como garantia da autonomia.

Este reconhecimento de uma dada identidade organizacional, definida pelas características acima indicadas, não significa, porém, que este padrão seja estático e plenamente dominante nos dias de hoje. O autor assinala que este padrão se encontra em processo de evolução ou deslocamento, representando um conjunto contraditório ou paradoxal. Entre os motivos que apontam para um enfraquecimento do contrato psicológico que ligava os profissionais ao hospital, ou do nível de aderência simbólico ao mesmo, o autor assinala, entre outros elementos:

- A concentração de grandes massas de recursos tecnológicos e humanos em estruturas burocráticas, o que debilita o princípio do caráter liberal da profissão (e da autonomia absoluta).
- A crescente importância adquirida pelos critérios econômicos da gerência organizacional, nos próprios centros operadores, em virtude da relevância cada vez maior que as estruturas tecnológicas de diagnóstico e terapêutica vão assumindo, na prestação direta de serviços aos usuários.
- A ruptura das rígidas fronteiras organizacionais entre especialidades e tipos de atendimento trazida pela própria evolução das tecnologias, algumas das quais passam a ter uma aplicação inter ou transdisciplinar, obrigando a um encontro entre especialistas variados.

- A diversificação de lugares de exercício da Medicina e do mesmo profissional, decorrente da impossibilidade econômica de franquear esses recursos tecnológicos a todos os serviços por igual e do crescente nível de interdependência da prestação de um serviço por essência complexo.
- A necessidade de colocar a eficiência no centro da qualidade das prestações, em função do aumento exponencial do custo da assistência, que induz a políticas racionalizadoras. Neste contexto, o tabu da eventual nãocompetência do outro e da falta de prestação de contas experimenta um enfraquecimento.

Cremadez reconhece uma crise paradigmática da Medicina, do profissional médico e do serviço público, que contribui para essa evolução cultural, já apontada no segundo capítulo. Essa crise se caracteriza, em resumo, pela fortalecimento de um paradigma mais holístico da Medicina, que supera a visão meramente organicista; pela colocação da necessidade cada vez maior de um trabalho em equipe, reunindo especialistas e aproximando os mesmos dos generalistas; pela interpenetração do econômico com o operativo assistencial decorrente da supremacia adquirida pela tecnologia; pela relativização da experiência como fator decisivo da aprendizagem, a qual passa a supor um processo de atualização permanente e de troca de posições; assim como pela necessidade do serviço público passar a assumir o desafio de uma competitividade saudável, abrindo seus produtos à avaliação responsável, o que implica na formulação de estratégias de desenvolvimento claras e globalizadoras.

Neste sentido, a análise cultural da *démarche* parte do reconhecimento de que a cultura forte das organizações hospitalares se encontra em crise parcial e em processo de movimento, para assumir novos contornos paradigmáticos. Subjacente a este reconhecimento, há um diagnóstico da disfuncionalidade dessa antiga cultura forte, tendo em vista os novos desafios colocados pela adaptação ao ambiente externo e pela necessidade de coesão interna da organização.

O papel que a "démarche stratégique" teria que cumprir nesse contexto de movimento cultural, posto em marcha em parte pela própria evolução tecnológica, seria o de reforçar traços culturais positivos que já se insinuam como necessários para dar respostas aos desafios do novo contexto.

Como já destacamos anteriormente, os traços a ser reforçados seriam:

- A necessidade de um olhar para fora, que viabilize elos de ligação e estruturas organizativas transversais, entre especialidades diversas e estruturas de prestação variadas.
- A necessidade de um olhar mais totalizador, que supere a tomada de decisão de caráter incremental, que possibilite definir prioridades de desenvolvimento claras e assumidas, de acordo com o raciocínio estratégico do custo oportunidade
- A necessidade de aumentar os níveis de responsabilização, contribuindo para gerar uma cultura da avaliação participativa
- O diálogo entre o gerencial econômico-estratégico e o assistencial-operativo.

Consideramos intrínseco ao método de trabalho da "*démarche*" a capacidade de, através um processo de comunicação intensiva, promover o olhar para fora, como traço fundamental de mudança cultural. O uso do raciocínio do custo oportunidade, obrigando a levar em conta as necessidades e capacidades dos outros, assim como a validade de uma alocação tendo em vista possibilidades alternativas e o objetivo do desempenho global da organização, ajudaria a consolidar uma perspectiva da totalidade e da diversidade que, através da exploração das sinergias e parcerias reconhecidas, operaria no sentido da solidariedade. Esse é grande desafio cultural almejado pelo enfoque.

Em parte, exploraremos o alcance do projeto cultural do enfoque na sua aplicação aos hospitais da AP-4/RJ, com perguntas pertinentes nas entrevistas aos atores participantes. Contudo, é importante destacar que o tempo da experiência ainda é bastante limitado no que diz respeito à possibilidade de uma análise mais profunda com relação a mudanças. Considerando o marco geral de análise cultural, esboçado neste capítulo a partir de Thévenet, o que se pretende explorar é a questão da relação com o ambiente externo, a evolução da missão dos hospitais, a política de descentralização, a interdisciplinaridade e a questão da responsabilização.

Em resumo, o enfoque de análise cultural da *démarche*, destaca a idéia de utilizar configurações culturais caras ao hospital, como o da autonomia profissional, enquanto recurso da gestão estratégica, assim como a idéia de que a cultura é um processo em movimento, que muda e não muda, no sentido de que ela conforma uma totalidade

complexa e contraditória, onde ao lado de elementos de uma cultura tradicional convivem elementos novos, que a gestão estratégica pode potencializar para ajudar a conformar uma nova cultura forte. A possibilidade de um enfoque interdisciplinar e em rede, assim como a perspectiva de uma superação do corporativismo, dependendo este último de uma aplicação que envolva todos os tipos de profissionais, marcaria novos traços que o exercício da comunicação, esta como traço inerente ao método, poderia contribuir para uma maior consolidação.

Assim, o enfoque da *démarche* seria coerente com a visão de gestão cultural que Thévenet sustenta e que pode ser sintetizada na pergunta-desafio seguinte: como ajudar a promover a mudança cultural a partir da própria cultura concebida como recurso? A resposta a esta questão, pode estar, em parte, relacionada com a idéia de que a cultura sempre muda em função da necessidade de enfrentar novos problemas organizacionais, para os quais as antigas configurações não dariam respostas e que esta mudança está induzida por fatores pragmáticos como a evolução das técnicas. Mas não se resume a isso: é bem mais complexa e não é completamente homogênea, como já discutido.

De todo modo, é importante aqui resgatar o postulando de que entre as técnicas e os valores haveria uma relação de mútua influência, do tipo assinalado pela análise pragmática do agir comunicativo habermasiano, mencionada anteriormente. Esta relação corresponde à lógica da interseção entre o sistema de idéias do mundo da vida social e a racionalidade dos sistemas de ação.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos, ao longo deste trabalho argumentar a favor da importância da dimensão cultural nas propostas de mudança, não somente no sentido intra-organizacional mas também no nível macro. A ênfase colocada nas organizações se dá pelo fato de acreditarmos que estas são o palco privilegiado da intervenção dos atores e da concretização ou operacionalização de mudanças, mesmo daquelas propostas no nível político mais macro. O Sistema Único de Saúde, por exemplo, como ideário, como diretriz, passou por instâncias como o Congresso Nacional, a Constituição, mas, para que efetivamente se concretize, são necessários mecanismos concretos de operacionalização

que passam pelas organizações que lhe dão suporte e que só se viabilizam quando acompanhados de uma mudança que inclua várias outras dimensões, inclusive a esfera cultural por nós explorada. Muitos são os autores que têm se debruçado sobre o tema SUS, seus limites e avanços¹ e a Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva-Abrasco dedicou, em 1999, um volume de sua revista *Ciência & Saúde Coletiva*, especialmente ao tema onde encontram-se ricas contribuições.

Embora nosso foco aqui seja a dimensão cultural, não podemos deixar de nos referir à inter-relação entre esta e outras como a política e a econômica, por exemplo. MERHY (2000), em sua tese de livre docência aborda como o processo de transição tecnológica em saúde interfere na reestruturação produtiva do setor, centrando sua análise nos microprocessos institucionais e principalmente no lugar ocupado pelas tecnologias leves.

Como já assinalado, nosso objetivo foi um recorte na literatura. Além disso, buscamos mostrar sinteticamente como cada enfoque ou método lida com a questão cultural e nos detivemos na discussão daqueles enfoques os quais acreditamos que possam oferecer uma maior contribuição para a compreensão dos processos de mudança organizacional, a partir de nosso fio condutor, a intersubjetividade na abordagem habermasiana.

Não tivemos a intenção de apresentar ou construir/desenhar um método acabado de abordagem da cultura mas, a partir da teoria da ação comunicativa de Habermas e das trilhas apontadas por alguns dos autores aqui considerados, indicar alguns caminhos para a construção de uma alternativa, na abordagem da esfera da cultura que, revalorizada, possa ser vista não como obstáculo, mas como recurso a ser considerado nos projetos participativos de mudança organizacional.

Uma última observação se faz necessária. Ainda que se possam tirar algumas conclusões interessantes das correlações propostas, assinalamos que é necessário um certo cuidado com as categorias utilizadas, pois referem-se a diferentes dimensões e/ou recortes teóricos. O conceito de mundo da vida de Habermas, por exemplo, não deve ser transposto de forma mecânica para o interior das organizações mas sim, servir como referência na

¹ Ver a produção de Merhy.E., Campos, G.W.S; Cecílio, L.C. (1997); Mendes, E.V. (1995, 1996), entre outros.

compreensão dos processos culturais, das ações dos atores, seja dentro das organizações ou seja em sua relação com o ambiente ou o mundo de forma mais ampla. De todo modo, consideramos o conceito de mundo da vida organizacional como um conceito em construção que nos parece bastante promissor. O mesmo vale para o termo comunicação que tem um sentido muito próprio nas teorias organizacionais, mas aqui foi utilizado no sentido habermasiano, como razão comunicativa, bem mais amplo, portanto.

Assinalamos ainda que o método da gestão estratégica com o qual trabalhamos tem o alcance de um enfoque cultural que subordina o raciocínio estratégico e econômico à busca de uma comunicação que, pela exploração da transversalidade e uma visão do ambiente como recurso, seria capaz de reforçar traços culturais da organização hospitalar que já se insinuam como necessários, dentro da perspectiva de estruturas em rede e colaborativas.

No capítulo IV, a análise da experiência de aplicação da *démarche*, ainda que parcial, pois foi recortada a uma única especialidade - a Cirurgia Geral - serve como pano de fundo para a retomada, de forma exploratória, do tema.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABREU, A.B. **Novas Reflexões sobre a Evolução da Teoria Administrativa: os quatro momentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional.** Rio de Janeiro, RAP, 16(4), 1982.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma abordagem comunicativa). Rio de Janeiro, 1993. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública].

ARTMANN, E. **Habermas: diálogo com Marcuse.** Escola Nacional de Saúde Pública, 1990.[mimeo].

ARTMANN, E; AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. **Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.** Cadernos de Saúde Pública 13(4), 723-740, 1997.

- ARTMANN, E. **Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS.** Rio de Janeiro, Revista Ciência & Saúde Coletiva/ ABRASCO 6 (1).2001.
- ALVES, P.C. & RABELO M.C. **Significação e Metáforas: aspectos situacionais no discurso da Enfermidade.** In A. M. R. PITTA (org). **Saúde & Comunicação: visibilidade e silêncios.** São Paulo, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.
- AZEVEDO, C.S. **Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro.** Revista de Administração Pública, 29:3-58, 1995.
- BENSON, J. K. "**Organizations: a dialectical view**" *Administrative Science Quaterly.* New York, Corneel University, 22(1): 121, março, 1977.
- BREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional.** Belo Horizonte, Rosa dos Campos, 1996.
- CAMPOS, A.M. **Em busca de novos caminhos para a teoria da organização.** RAP, 15(1): 1981.
- CREMADEZ, M. **Le Management Stratégique Hospitalier.** 2^a ed. Paris, Intereditions/Masson, 1997.
- CARRARA, S. **Entre cientistas e bruxos - Ensaio sobre Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença.** In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (org). **Saúde e Doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994.
- CUNHA, A J. **Ensaio de Administração Dialética: Enfoque Humanizante. União de negócios e Administração,** Belo Horizonte, 1978.
- DELEUZE, G. & GUATARI, F. **Mil Platões. Capitalismo e Esquizofrenia..** Rio de Janeiro, 34 (1) e (2), 1995.
- BOAS, F. **Cuestiones fundamentales de antropologia cultural.** Buenos Aires, Lautaro, 1947.
- FLORES, F. **Inventando la Empresa del Siglo XXI.** Santiago, Hataché, 1989.
- GERTZ, C.A **Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro, Zahar Ed. 1979.

GUERREIRO, R. A. **Models of Man and Administrative Theory**. Public Administration Review, Washington, American Society for Public Administration, 32(3), may-june, 1972, apud Rivera, F.J.U., **Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao enfoque estratégico)**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

HABERMAS. **Teoria da la Acción Comunicativa**. Madri, Taurus, 1987.

HABERMAS, J. **Para a Reconstrução do Materialismo Histórico**. São Paulo, Brasiliense, 1983.

KACHRU, B. (org.). **The Other Tongue: English Across Cultures**, Pergamon. Institute of Language, 1983.

MALINOWSKI, B. **Uma Teoria Científica da Cultura**. São Paulo, ZAHAR Ed, 1975.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washington, Borrador, 1987.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília, IPEA, 1993.

MATUS, C. **Sobre la Teoria da las Macroorganizaciones**. Santafé de Bogotá, Revista do PES, Nº 3, 1994.

MOTTA, F.C.P. **Teoria da Administração: Alcance, Limites, Perspectivas**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, 1990. (mimeo)

MOTTA, P.R. **Planejamento Organizacional. Dimensões Sistêmico Gerenciais. Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos**. Porto Alegre apud Rivera, F.J.U. op.cit, 1995.

ORTIZ, R. **Mundialização e Cultura**. 2ª edição, São Paulo. Editora Brasiliense, 1996.

PEREIRA, L.C.M. **A Interpretação Funcionalista. In: A Explicação Sociológica na Medicina Social**. Ribeirão Preto, 1983, [Dissertação de Livre Docência].

POPPER, K. **El Desarrollo del Conocimiento Científico: conjeturas y refutaciones**. Buenos Aires:PAIDOS, 1967.

RIVERA, F.J.U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao enfoque estratégico)**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

RIVERA, F.J.U. **A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante.** Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, Ed. FIOCRUZ, 12(3):357-372, 1996.

SÁ, M.C. & ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico em Saúde: desafios e perspectivas para o nível local.** In Mendes, E.V. (org). **Planejamento e Programação Local da Vigilância em Saúde no Distrito Sanitário.** Brasília, OPAS, 1994.

SIEBENEICHLER, F.B. **Jürgen Habermas. Razão Comunicativa e Emancipação.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

SILVERMAN, D. **The Theory of Organizations.** New York, Basic Books, 1989.

TYLOR, N.E. **Antropology on introduction to the study of man and civilization.** New York, D. Appleton, 1934.

TRUCHOT, C. **L' Anglais dans le monde contemporain.** Paris, Le Robert, 1990.

ROUANET, S. P. **Conversa com Habermas.** Entrevista concedida à Folha de São Paulo. Caderno Mais, 30 de abril de 1995.

WHITE, G.M. **The ethnographic study of cultural knowledge of mentak disorder in A. J. Marsella and G.M. White (eds). Cultural conceptions of mental health and therapy.** Dordrecht: D.Reidel Publishing Company, pp.69-95, 1989.

ALVES & RABELO. *Significação e Metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade in A.M.R. Pitta (org). Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios. 1989*



CAPÍTULO IV
A EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DA
DÉMARCHE STRATÉGIQUE NA
AP/4/ RIO DE JANEIRO: a Ítaca possível

*“Ítaca não te iludiu, se a encontras pobre
Tu te tornaste sábio, um homem de experiência
E agora sabes o que significam Ítacas.”*

Konstantinos Kaváfis

Um galo sozinho não tece uma manhã.

João Cabral de Mello Neto

1-INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresentamos o relato, os resultados e a análise da experiência de aplicação do enfoque *démarche stratègique* na Área de Planejamento 4, do município do Rio, abordando-a em duas partes. Na primeira, fazemos um relato mais tradicional de como foi a negociação do projeto, as motivações que o ensejaram e do processo em si, apresentando os resultados e a análise dos mesmos nos três hospitais da Área, tendo como referência as planilhas preenchidas, as reuniões e discussões envolvendo os diferentes atores e o Planos de Ação desenhados pelos hospitais.

A segunda parte, ao contrário, tem uma narrativa tecida diretamente do coletivo, ou seja, das vozes dos diferentes atores cujos discursos individuais, colhidos através de entrevistas, compuseram vários Discursos do Sujeito Coletivo. A partir destes, construímos uma análise que complementa a primeira e inclui alguns desdobramentos resgatados destes relatos. É importante marcar, contudo, que este segundo método escolhido, a Análise de Discursos, não faz desaparecer a figura do investigador.

Vale lembrar aqui os pressupostos teóricos, derivados das categorias habermasianas anteriormente discutidas, que fornecem uma leitura comunicativa do enfoque e que nortearam a projeto de aplicação do mesmo. Ou seja, o pressuposto de que é possível a construção de propostas mais coletivas e comunicativas, por meio da relação intersubjetiva que se estabelece entre os sujeitos/atores que interagem através da linguagem; o pressuposto da possibilidade da construção de planos de ação consensuados,

e o da possibilidade dos participantes buscarem um entendimento em torno do porquê e como agir sobre a realidade. Pressupostos que consideramos em consonância com os objetivos do enfoque, destacando-se a contribuição para ampliar a visão de rede, apoiar um processo de mudança cultural em direção à busca da solidariedade, através de parcerias entre as instituições; aprofundar as relações interdisciplinares entre as diferentes especialidades médicas e entre estas e outras dimensões do cuidado em saúde e promover e estreitar a comunicação entre os serviços operacionais (a ponta) e a direção estratégica dos hospitais. No caso desta experiência, este último objetivo estendeu-se a um nível mais amplo, trazendo a Coordenação da Área para a discussão, a qual, na realidade está mais próxima de uma direção estratégica. Representantes da Secretaria Municipal de Saúde-SMS também estiveram presentes em vários momentos.

Cabe ressaltar que o método foi desenhado originalmente para ser aplicado em hospitais com certo controle de seu orçamento e autonomia de ação. No caso dos hospitais municipais que não têm esta autonomia, a forma de buscar validar as propostas de ação é trazer os níveis decisórios para dentro da discussão e do processo de formulação das propostas.

2-CONTEXTO E INÍCIO DO PROCESSO

O município do Rio de Janeiro é dividido em oito áreas de planejamento, cada uma abrangendo várias regiões administrativas e envolvendo diversos bairros e localidades. Estas áreas possuem uma coordenação - CAP (Coordenação de Área Programática) - e atendem a uma necessidade de gerenciamento do Setor pela Secretaria Municipal de Saúde. A Área de Planejamento 4 (AP- 4) faz parte da XXIV Região Administrativa, abrangendo as regiões de Jacarepaguá, onde se situa o Hospital Cardoso Fontes, fundado na década de 40/50, a área do Recreio dos Bandeirantes e Curicica com o Hospital Raphael de Paula Souza, inaugurado em 1952 e a Barra da Tijuca onde se localiza o Hospital Lourenço Jorge, o mais novo deles, criado em 1996. A Área tem cerca de 635.000 habitantes, segundo dados da SMS, de 1999.

O Hospital Cardoso Fontes, fundado na década de 40/50, como hospital de tuberculosos do antigo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários foi, naquela época, referência para tratamento de doenças pulmonares, localizado no coração verde da

Mata Atlântica do Maciço da Tijuca. Permaneceu fechado entre 1968 a 1973, quando foi reaberto, inicialmente, com o Serviço de Pediatria, sendo incorporados outros serviços posteriormente. Parte do antigo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social-INAMPS, foi denominado Hospital Geral de Jacarepaguá e passou para a esfera do Ministério da Saúde, em 1993, caracterizado como Hospital Terciário de Emergência. Em junho de 1999 foi municipalizado e passou então à denominação atual, Hospital Municipal Cardoso Fontes, em homenagem ao médico bacteriologista Antônio Cardoso Fontes. Passou a fazer parte da rede de unidades de saúde do município, com perfil de hospital terciário e com a missão de prestar assistência médica à população da AP-4 e adjacências, com qualidade e baixo custo; ser referência na prestação de serviços da alta complexidade em oncologia, nefrologia e imunodeficiência; procedimentos especializados nas áreas de gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, hemoterapia e de imagem; cirurgias eletivas nas áreas de cirurgia geral, pediátrica, ginecológica, urológica, proctológica, oftalmológica e hoje torácica; atendimento odontológico em pacientes especiais; participar da formação acadêmica de profissionais, através da residência médica, nas diversas especialidades de um hospital terciário.

O Hospital Lourenço Jorge foi inaugurado no início de 1996 e localiza-se num ponto estratégico da Barra da Tijuca, na intersecção da Avenida das Américas com a Ayrton Senna. É um hospital geral com setor de emergência nível 2 e com unidade de atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, cirurgia geral, cirurgia bucomaxilofacial, traumato-ortopedia, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, nutrição, odontologia, serviço social, enfermagem e atividades de imunização. Sua missão é definida como: 1- Prestar assistência de saúde diferenciada e qualificada com atendimento de emergência à população da AP-4, com o fim de reduzir os índices de morbi-mortalidade; 2- Apresentar novo modelo de instituição de saúde, resgatando o compromisso do profissional de saúde com a instituição, harmonizando a relação instituição/paciente, de forma a reconquistar a confiança da população em relação ao serviço público; 3- Servir de pólo de treinamento, capacitando os profissionais envolvidos na assistência, visando à integração e cooperação multidisciplinar. A maior parte dos recursos humanos é cooperativado, o que contribui para uma

caracterização diferenciada deste hospital. Tem também o serviço de faturamento, entre outros, terceirizado.

O Hospital Raphael de Paula Souza foi inaugurado em 1952, com o nome de Conjunto Sanatorial de Curicica e tornou-se referência nacional no campo da tisiologia e cirurgia de tórax, tanto na assistência como na formação de recursos humanos, com 1162 leitos.

Na década de 70, sofreu grande redução nos leitos, em razão dos avanços nos métodos diagnósticos e mudança no perfil epidemiológico da população e se transformou incluindo atendimento a outras patologias pulmonares.

Tornou-se Hospital de Pneumologia e, na década de 80, passou a incorporar atividades de outras clínicas (médica, pediatria, ginecologia e cirurgia geral), mantendo sua referência em tísio-pneumologia e cirurgia de tórax, mas transformando-se em Hospital de Clínicas Básicas. Incorporou uma maternidade, em função da demanda, desativada em 92 e reaberta em 94, em regime de co-gestão entre o Ministério da Saúde-MS e a Secretaria Municipal de Saúde-SMS. Com a municipalização, em 1999, vem sendo discutida, desde janeiro de 2000, a reintegração da Maternidade Leila Diniz à estrutura do HRPS. Em função de ser referência em doenças pulmonares (tuberculose) é hoje referência em AIDS.

O hospital teve grande dificuldade de definir sua missão durante três a quatro anos. Por ser federal, a comparação com outros hospitais era inevitável, levando à necessidade de incorporação de tecnologia. Com a municipalização viveu a dificuldade de adequação de uma 'cultura federal' para uma 'cultura municipal'.

A aplicação do método "*démarche stratégique*" na área deveu-se à iniciativa do diretor do Hospital Raphael de Paula Souza através de negociação de um projeto de consultoria com a Coordenação da Área, que convidou a equipe de consultoria composta por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC/UFRJ. Deveu-se também ao interesse na experiência por parte desta equipe, da qual fizemos parte e do interesse pelo tema que fazia parte do projeto de tese ora apresentado. Uma tentativa de negociação com a ENSP de um projeto nestes moldes já havia sido feita pelo diretor anterior deste hospital, na época ainda ligado ao Ministério da Saúde, em função de uma experiência em Planejamento Estratégico

Situacional desenvolvida através da Cooperação Técnica entre as duas instituições e que apontou como um dos principais problemas deste hospital a indefinição da Missão Institucional, sendo um dos objetivos da *démarche stratégique* justamente a busca de uma melhor definição da missão hospitalar, em função de vários critérios já apresentados no capítulo I. A experiência acima referida fez parte do projeto de investigação Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde que envolveu também o Centro de Saúde Escola da ENSP e permitiu uma análise comparada, cujos resultados preliminares encontram-se relatados e analisados em artigo publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Artmann et al. 1997). Esta questão é importante para situar o processo e para observar que qualquer processo de planejamento nunca começa do 'zero' e deve levar em consideração as acumulações históricas e experiências anteriores, bem como o contexto e cenário pertinentes.

A experiência de aplicação da *démarche stratégique* desenvolveu-se durante o ano de 2000, com as primeiras reuniões na AP-4 em março quando se iniciou o desenho do projeto com a participação da Coordenação de Área e o envolvimento de diferentes atores, incluindo os epidemiologistas e o pessoal responsável pela informação de todos os hospitais da área. É importante destacar esta característica que diferencia este processo de outros de aplicação do método como, por exemplo, a experiência desenvolvida no Hospital da Lagoa, situado na AP 2.1. (zona sul do Rio) que, embora tenha partido de um diagnóstico amplo da Área, considerando dados das demais instituições hospitalares, acabou restrita àquele hospital, já que a tentativa de envolvimento de outro hospital da área (o de Ipanema) não obteve sucesso. Esta é, portanto, uma importante característica desta experiência que queremos destacar: pela primeira vez, o método foi aplicado de maneira a envolver uma área como um todo, reforçando a perspectiva de rede.

Outra ressalva importante refere-se ao contexto de ser este o último ano da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, questão que tornou-se cada vez mais presente ao longo do segundo semestre, período de pleno desenvolvimento do projeto e plena campanha eleitoral. Igualmente importante é destacar que, embora se configurasse este cenário de 'fim de gestão' as perspectivas dos atores envolvidos eram de continuidade do processo, seja num cenário em que vencesse o candidato do governo Luís Paulo Conde, do PFL, ou o candidato da oposição, César Maia, na época PMDB. Algumas pessoas

envolvidas no projeto, inclusive, articularam-se com o candidato da situação, enquanto outras, com o da oposição. O que queremos ressaltar, em resumo, é que esta perspectiva de continuidade trazia um componente de motivação e receptividade ao projeto, por parte da maioria dos atores, componente este fundamental para qualquer experiência de planejamento e mudança.

A título de informação e contextualização apenas e não com o caráter de análise, por não ser nosso objeto de estudo, registramos que venceu o candidato da oposição e com o novo Secretário de Saúde indicado, o processo de consultoria interrompeu-se, apesar da equipe ter sido chamada para uma reunião, no início do ano, por solicitação dos diretores dos hospitais, com o novo coordenador de Área e os diretores terem manifestado o desejo de continuidade da experiência. A mudança de Coordenação de Área apresentou-se como uma surpresa em virtude de apoio dado por esta ao prefeito César Maia, durante a campanha. Não houve negociações, nem por iniciativa do grupo de consultoria, nem por parte da secretaria, embora o secretário fosse ligado à FIOCRUZ, uma das instituições representadas na equipe de consultoria. O início do ano de 2001 foi um período caracterizado por um compasso de espera e pela necessidade de retomada do ritmo das atividades pelo novo gestor, além de ter sido um tanto conturbado pelas relações entre o novo prefeito e a SMS. Houve nova troca de secretário, no mês de agosto. Sendo assim, optamos por abordar a experiência até dezembro de 2000, embora sem deixar de considerar alguns desdobramentos a partir da reunião acima referida e da análise das entrevistas com os principais atores que participaram do projeto, os quais referiram-se, explicitamente, a desdobramentos acontecidos neste ano de 2001.

Apresentamos abaixo o relato da experiência, os resultados, comentados a partir de um quadro comparativo dos três hospitais envolvidos e, em seguida, a análise das entrevistas com os principais atores participantes.

3-RELATO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA/APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente foram realizadas reuniões com pessoas ligadas aos sistemas de informação dos hospitais da área, para levantamento das informações, principalmente dados de produção, e dados epidemiológicos sobre a área, portanto, informações relacionadas à

oferta e à demanda, que viriam apoiar o trabalho seja de seleção das especialidades alvo da *démarche stratégique*, como de construção das futuras propostas. Estas informações foram trazidas em diversas reuniões posteriormente e serviram como pano de fundo para as discussões que envolveram um olhar mais amplo sobre a área. Este aspecto é extremamente importante, porque dá uma outra qualidade às interpretações dos dados coletados.

Aqui vale uma ressalva sobre os sistemas de informação utilizados, baseados no faturamento, ou seja no sistema AIH. Este sistema pode ser considerado ágil, porque permite acesso rápido e fácil a uma grande quantidade de informações. Por ser baseado no faturamento, imagina-se que pode apresentar alguma desvantagem porque valoriza determinados procedimentos em detrimento de outros. A crença disseminada de que os procedimentos mais caros são os mais considerados ou a idéia de super-registro, em prol destes, tem sido desmentida através de alguns trabalhos que acabam por confirmar como mais comum o sub-registro. Ou seja, os hospitais deixam de faturar por não registrarem corretamente e, em tempo hábil, os procedimentos realizados (ESCOTEGUY 2000). Uma desvantagem na utilização destes dados é a grande diferença de registro entre os hospitais, onde os dados acessados, através do sistema, não permitem uma análise/comparação fidedigna entre as diferentes instituições. A saída, no caso da AP-4 foi comparar os dados da AIH com os dados dos sistemas interno de registro dos hospitais, o que demonstrou que o Lourenço Jorge é quem melhor registra seus dados, havendo uma diferença mínima entre a AIH e o sistema de registro interno, muito em função de sua própria história e cultura. Este é um hospital municipal que foi planejado em função de demandas da área e desde sua inauguração sempre teve um bom sistema de informações acoplado a uma estratégia de planejamento e gerência de sua produção, bem como ao sistema de faturamento.

A especialidade Cirurgia Geral foi uma das especialidades, junto com Peditaria e Ginecologia, selecionada para a fase inicial do projeto de aplicação da *Démarche Stratégique* na Área Programática 4, a partir de reuniões preliminares com a coordenação da AP, direções dos hospitais e equipe de consultoria em que foi destacada a importância da especialidade para a área e a necessidade de uma discussão mais sistemática. Definiu-se a necessidade de discuti-la, problematizando-a nos três hospitais (Lourenço Jorge, Raphael de Paula Souza e Cardoso Fontes) com o objetivo de identificar superposições,

necessidades e especificidades em cada um deles e sua relação com as necessidades e demandas da área.

O processo de aplicação do método realizou-se por meio de reuniões semanais ou quinzenais em cada hospital, com os profissionais da Cirurgia Geral, envolvendo as respectivas chefias, a assessoria de planejamento da direção do hospital, os próprios diretores e a equipe de consultoria. Cabe ressaltar que a participação dos profissionais restringiu-se aos profissionais designados para acompanhar o processo e às chefias dos setores, em momento algum interrompendo-se o funcionamento do Centro Cirúrgico. Foram realizadas algumas reuniões conjuntas entre os três hospitais, com a participação, em alguns momentos, da Coordenação da AP e de representantes da SMS.

No HCF, a Emergência, ainda que fazendo parte da Cirurgia Geral, está sob a administração de outra chefia, acontecendo o início do processo de discussão em separado com as diferentes chefias, só posteriormente unificando as análises, considerando-se a emergência como um segmento da Cirurgia Geral, como nos outros hospitais. Além disso, optou-se, desde o início, por envolver na análise também a Pediatria, a Urologia e a Proctologia, ainda que cada uma destas especialidades tenha seu próprio documento de análise e sua proposta de ação, que não apresentamos aqui, já que nossa opção foi recortar a análise na Cirurgia Geral.

No HLJ, a inclusão de cirurgias ginecológicas na Cirurgia Geral deveu-se ao fato de dos cirurgiões da equipe da Cirurgia Geral ser também ginecologista e fazer algumas cirurgias desta especialidade em função da demanda. Depois de uma discussão conjunta o segmento ginecológico acabou sendo retirado.

É importante assinalar a participação das direções dos hospitais no processo de discussão, motivando a intensificação da comunicação e o diálogo entre os profissionais da ponta e a Direção Estratégica, um dos objetivos fundamentais desta proposta. Sem este diálogo, os resultados, com certeza, seriam fruto de visões parciais, pois, muitas vezes, os profissionais não possuem a visão do todo institucional e a visão estratégica que confere coerência à missão institucional. Por outro lado, a Direção não tem a visão mais aprofundada das necessidades, dos problemas e das motivações dos profissionais da ponta. O envolvimento das direções se deu de forma diferenciada e específica em cada um dos

hospitais. No hospital Raphael de Paula Souza, o diretor acompanhou pessoalmente o processo, participando de várias reuniões. Destaca-se também a participação do setor de Epidemiologia. A Direção do Hospital Lourenço Jorge, embora tenha participado diretamente de algumas reuniões, designou um assessor de planejamento que acompanhou todo o processo. Já no Hospital Cardoso Fontes, o documento final (o Plano), foi objeto de uma discussão e revisão sistemáticas junto à Direção com a participação da Assessoria do Hospital, além da chefia do setor de Cirurgia Geral e dos setores de Imagem e do Laboratório de Anatomia Patológica, setores fortemente envolvidos nas propostas de ação, o que ensejou um consenso sobre o conteúdo propositivo do Plano. O documento final, portanto, foi assumido pela direção e decidiu-se que seria viável e operativo encaminhá-lo a partir de uma visão de conjunto da instituição.

Inicialmente, foi feito um levantamento de todos os procedimentos realizados e patologias atendidas pela Cirurgia Geral dos Hospitais, seguindo o modelo do método e utilizando os diversos formatos como guias da discussão (Anexo 1). Foram definidos, então, os segmentos ou conjuntos mais ou menos homogêneos de atividades, agrupados a partir de discussão dos critérios sugeridos pelo método: patologia, tecnologia; modo de atenção e população. Em seguida, foram atribuídos valores a cada segmento a partir de uma análise multicritérios que inclui tanto critérios técnico/epidemiológicos como demanda, potencial de crescimento e necessidade de investimento, quanto os critérios menos 'objetivos' como motivação dos profissionais e contribuição do segmento para o projeto político do Hospital. A posição competitiva dos segmentos foi levantada através dos Fatores Chave de Sucesso/Êxito definidos para cada um deles, identificando-se pontos fortes e pontos fracos. O valor e a posição competitiva se refletem no Porta-fólio onde cada bolha representa um segmento, cujo tamanho é dado pelo volume de produção, informação esta, obtida no Sistema de Informações do próprio hospital, para afinar as informações que se apresentavam através da AIH, como acima comentado.

A partir desta análise foram definidas as estratégias e o Plano de Ação, considerando cada Fator-Chave de Êxito identificado.

O documento/plano representa o resultado deste processamento e as propostas para tornar cada hospital mais produtivo e diferenciado naquilo que ele pode melhor oferecer na especialidade discutida. Deve ser considerado como um documento de

negociação, com propostas ainda preliminares que devem embasar o projeto mais geral da Coordenação de Área Programática-CAP para a AP-4.

3.1-A segmentação estratégica nos 3 hospitais

Na fase da segmentação proposta pelos hospitais, não foi exigido o preenchimento e análise formalizados de todos os formatos, embora estes tenham guiado a discussão desta primeira fase do enfoque, referente à Análise do Existente, pela necessidade de agilizar o tempo e também como resultado de uma análise da equipe de consultoria em função de outras experiências. Contudo, um dos hospitais optou por preencher todos os formatos. O processo de segmentação supôs um levantamento de patologias e de tecnologias e de suas relações e a aplicação dos critérios de análise ou de classificação das patologias atendidas no serviço (eletividade do ato, tipo de atendimento necessário, duração da internação, disponibilidade de tecnologias respectivas dentro ou fora do serviço, etc.). Podemos considerar a realização desta etapa como menos formal, em comparação com outras experiências, como a do Hospital da Lagoa, por exemplo, e mais orientada pela experiência e pelo raciocínio estratégico, pela busca da diferenciação.

Relembramos aqui, rapidamente, o conceito de segmento discutido no primeiro capítulo, como o conjunto de atividades mais ou menos homogêneas, agrupadas em função dos critérios acima.

Apresentamos a seguir a proposta de segmentação de cada hospital:

Quadro 4-Segmentação da especialidade de cirurgia

SEGMENTAÇÃO DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL DOS HOSPITAIS DA AP-4		
Hosp.Cardoso Fontes	Hosp.Raphael de Paula Souza	Hosp.Lourenço Jorge
<ul style="list-style-type: none"> • Tumores do aparelho digestivo e glândulas endócrinas • Litíases • Hérnias de parede • Emergência Traumática • Emergência não traumática • Cirurgia Ambulatorial/ Hospital-dia e Tumores de partes moles • Doenças da Motilidade: divérticulo/megaesófago • Pancreatite • Doença Ácido-péptica • Hipertensão Porta 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital-dia (Hérnias de parede e Cirurgias de pequeno porte) • Patologias do tubo digestivo (tumores, úlcera péptica, hérnias do hiato esofágico, colites, diverticulites) • Hérnias de parede abdominal (internação) • Vesícula e vias biliares • Videocirurgia • Procedimentos endoscópicos • Cirurgias de pescoço 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma • Cirurgia de fígado e Vias Biliares • Emergência • Hérnia • Cirurgia endoscópica (videolaparoscopia) • Cirurgia ginecológica • Hospital-dia/cirurgias ambulatoriais • Neoplasias

Esta segmentação diferenciada, considerando o caráter situacional da mesma, caracteriza-se por apoiar-se na utilização de três critérios básicos: patologia, tipo de atendimento e tecnologia. Poder-se-ia afirmar que predominam os dois primeiros critérios. Porém, os três hospitais apontaram para a existência de um segmento tecnológico comum: a cirurgia apoiada na videolaparoscopia, fator evidentemente diferenciador da especialidade como um todo.

O critério tipo de atendimento orientou a definição de um segmento comum aos três hospitais,- Cirurgia Ambulatorial/Hospital-Dia e de outro, Emergência no Lourenço Jorge, subdividida em Emergência traumática e não traumática no Cardoso Fontes e inexistente no Hospital Raphael de Paula Souza.

Observa-se um leque maior de segmentos definidos por patologias específicas no Hospital Cardoso Fontes-HCF, por corresponderem a competências distintas daquele hospital como por exemplo, pancreatite, hipertensão porta e tumores do aparelho digestivo e glândulas endócrinas.

O segmento cirurgia de pescoço só aparece destacado no HRPS.

O segmento de neoplasias aparece mais destacado no HCF e no HLJ, sendo que o HCF passou a ser referência na área em câncer. No caso do HRPS, o Ca gástrico e o Ca de colo fazem parte do segmento de doenças do tubo digestivo, ou seja, estão diluídos em um elenco bem mais abrangente de atividades.

Podemos observar alguma superposição entre o único segmento tecnológico e outros segmentos definidos por patologia e/ou tipo de atendimento, tendo em vista que a videolaparoscopia é uma tecnologia estratégica na especialidade em questão, com um campo cada vez mais extenso de aplicações.

Dadas algumas semelhanças ou superposições entre segmentos, poderia justificar-se a fusão de alguns, ou seja, uma ressegmentação. O caso mais notório de superposição se dá no HRPS, entre a videocirurgia e o segmento de vesícula e vias biliares. No HLJ, também aparece uma certa superposição entre os limites e o conteúdo da cirurgia endoscópica e do segmento de cirurgia de fígado e vias biliares, considerando que a videolaparoscopia é uma técnica amplamente recomendada e utilizada em patologias de vesícula e vias biliares.

A definição dos segmentos no HCF, o mais complexo dos três, recomendou tratar a videolaparoscopia como um Fator Chave de Sucesso, pois esta tecnologia perpassa vários segmentos que se diferenciam por outras questões e, especialmente por outros Fatores Chave de Sucesso, cuja análise pode ser considerada o teste definitivo da validade de uma proposta de segmentação. Quando estes FCS são praticamente os mesmos justifica-se agregar os segmentos, pois o recorte não os diferencia.

No caso do HRPS, consideramos *a posteriori* que a homogeneidade do elenco de FCS dos segmentos superpostos acima apontados - videolaparoscopia e vesícula e vias biliares - poderia recomendar uma agregação. Porém, em função da discussão, principalmente com a chefia do serviço e da necessidade estratégica de fortalecer aquele

segmento tecnológico e em função de que nem todas as cirurgias são realizadas por este método, optou-se por manter o recorte.

Um comentário aqui se faz necessário. A primeira segmentação pode ser considerada como um recorte realizado na situação inicial. À medida que o perfil do hospital, ou o perfil da demanda, vá se modificando, é importante que as análises sejam atualizadas, assim como as propostas estratégicas de ação. O Plano deve ser reexplicado, atualizado através de monitorização permanente, como já dizia MATUS (1993).

No HLJ, justifica-se plenamente manter o segmento de fígado e vias biliares por representar, este, um conjunto de atividades diferenciadas, principalmente pela alta qualificação e especialização profissional em fígado. Este é um segmento que pretende diferenciar-se e tem potencial para talvez, num futuro próximo, passar a desenvolver cirurgias de transplante de fígado.

O transplante de fígado possui alta demanda no município (imensa fila de espera) e com o atual desenvolvimento da tecnologia de transplantes tem o potencial de tornar-se um segmento atrativo e diferenciador, porque encontra alta motivação nos profissionais que se especializam na área que se combina com uma necessidade real de saúde e que, com certeza, é um ponto importante a ser considerado na agenda da Secretaria Municipal de Saúde.

O HCF também mostra interesse em desenvolver este segmento e, sendo um hospital de alta complexidade, deve entrar na disputa por recursos para se tornar referência. Transplante de fígado pode ser considerado um segmento virtual (no sentido de novo, e não baseado em atividades já desenvolvidas) cuja discussão terá que ser aprofundada num futuro próximo. O assunto entrou na pauta em várias reuniões, inclusive em algumas reuniões conjuntas entre os hospitais, a CAP e representantes da SMS, contudo, em razão de demandas mais prementes, acabou por não fazer parte dos Planos de Ação dos hospitais que se concentraram no desenho de estratégias de mais curto prazo.

Do ponto de vista da análise proposta pela *démarche stratégique*, as estratégias de mais longo prazo, incluindo análises prospectivas de cenários tecnológicos e epidemiológicos, consideramos que este é um assunto que já deveria estar na pauta dos Planos de Ação. Entendemos, contudo, que esta é uma experiência 'piloto' e ainda pontual e

a Secretaria de Saúde Municipal nem sequer assimilou a complexidade inerente aos últimos hospitais federais municipalizados.

Para fechar a questão com respeito à pertinência da definição de um segmento amplo e com elementos importantes de heterogeneidade interna como é o caso da cirurgias videolaparoscópicas, diremos que uma estratégia política, visando fortalecer esta tecnologia diferenciadora no tocante à relação custo/qualidade da prestação cirúrgica em geral, pode apoiar o argumento de tratá-la como um segmento destacado, baseando-se nos aspectos comuns ao procedimento como um todo. Este recorte está perfeitamente previsto na lógica da *démarche stratégique*, de acordo com os critérios de segmentação que prevêm segmentos recortados pela lógica de procedimentos tecnológicos, podendo combinar-se com outros critérios, como no exemplo em pauta, patologias.

Consideramos importante trazer esta discussão, porque ela aconteceu de fato durante a aplicação do método entre os grupos de profissionais, os cirurgiões, principalmente, devido à diferença de tratamento dado à questão pelo Serviço de Cirurgia do HCF que considerou a videolaparoscopia como fator chave de sucesso importante na análise da posição competitiva de vários segmentos e os outros hospitais que a consideraram um segmento à parte. Isto nos permite aqui reforçar a idéia de segmentação situacional (termo emprestado de Matus) e afirmar que não há regras fixas e definitivas nem na segmentação, nem nas outras fases de análise propostas pelo enfoque e que não se pode homogeneizar a segmentação de todos os hospitais. É claro que a homogeneização facilitaria, por exemplo, uma análise comparativa, mas seria artificial ao não levar em conta as especificidades de cada instituição. Esta importante discussão emergiu justamente porque trabalhamos com três hospitais ao mesmo tempo e que se encontravam em reuniões conjuntas para discutir, característica especial desta experiência que englobou toda uma Área de Planejamento (geográfica e administrativa) do município, como já referido acima, e traz uma importante discussão metodológica. Podemos seguir o mesmo roteiro de análise, mas cada grupo fará os recortes e as escolhas situacionalmente. O importante é que os critérios sejam claros, as motivações explicitadas. Para diminuir o peso de análises muito subjetivas, ainda que critérios subjetivos façam parte intrínseca do enfoque, em muitos casos, como na própria análise da posição competitiva dos segmentos, por exemplo, é

importante que sejam agregados dados e informações de caráter mais objetivo, bem como a discussão aprofundada dos resultados.

3.2-Análise do valor dos segmentos da cirurgia geral (Anexos 2.1, 2.2 e 2.3)

O cálculo do *score* final do valor de cada segmento implica numa análise multicritérios. A cada critério atribui-se um peso percentual específico, considerando a especialidade como um todo, portanto o mesmo peso para todos os segmentos. O peso é definido em função do grau de aplicabilidade, à importância ou à pertinência de cada critério considerando as características concretas da especialidade, como a natureza político-administrativa do hospital onde se insere, o nível de complexidade, o nível de concorrência na área, a visão da direção estratégica, etc. Este peso varia em função de sua aplicabilidade local e situacional. Por exemplo, um estabelecimento que não se propõe a ter um potencial regional, tende a atribuir a este um peso relativamente baixo. Em seguida atribui-se uma nota de 0 a 20 de forma diferenciada a cada segmento. Do *score* final temos o valor. Aqui apresentamos o peso dos critérios de análise², segundo a perspectiva de cada hospital.

O HRPS atribuiu um peso relativamente maior aos critérios: intensidade da concorrência (14%), investimento (11%), sinergias (12%) e motivação interna, este último considerado mais importante (16%).

O HLJ valorizou mais relativamente os critérios: contribuição para o projeto político geral do hospital, contribuição para a imagem externa (com 12%). O critério concorrência foi muito pouco valorizado (2%), considerado como de baixa aplicabilidade na área. Os outros critérios apresentam variações pouco significativas em torno da média.

O HCF valorizou mais em termos relativos o crescimento da área/especialidade (12%), expressão da complexidade inerente ao perfil do hospital. O potencial regional (4%) e a concorrência (6%) foram critérios considerados de pouca aplicabilidade.

² Ver critérios para análise do Valor dos Segmentos no roteiro anexo.

A partir dos formatos da análise do valor dos segmentos da especialidade nos três hospitais, foram confeccionados quadros, um por hospital, que resumem essa informação (Anexo). Apresentamos os resultados e análise da informação, tendo em vista cada critério. Assinalamos, a seguir, a escala de prioridades de cada hospital, implícita na relação dos escores finais do valor dos segmentos da especialidade.

3.2.1-Possibilidade de crescimento:

- **HRPS:**

Os segmentos de maior possibilidade de crescimento apontados, com suas notas pertinentes, foram: procedimentos endoscópicos (18), cirurgia eletiva-no hospital-dia (15) e cirurgia eletiva de hérnias de parede abdominal (15). Os outros segmentos atingiram uma nota semelhante, relativamente inferior (12).

- **HLJ:**

Há uma previsão de forte crescimento para a maior parte dos segmentos, com exceção da emergência não traumática que recomenda manutenção da demanda pela nota média, e da cirurgia ginecológica com declínio importante, nota 3. Destaca-se o segmento da cirurgia endoscópica com o maior crescimento (nota 18), seguido de trauma, neoplasias do tubo digestivo e glândulas endócrinas, cirurgia de fígado e vias biliares e cirurgia do hospital-dia e ambulatório (nota 15 para todos).

- **HCF**

Há uma previsão de forte crescimento para os segmentos de litíase (nota 18), HD e cirurgia ambulatorial (18), pancreatite (17), tumores de aparelho digestivo e glândulas endócrinas (15), emergência não traumática (15), hérnias de parede (15) e hipertensão porta (14). Os de menor perspectiva de crescimento são a emergência traumática (5) e a doença ácido-péptica (8).

3.2.2-Intensidade da concorrência

- HRPS

Prevê-se uma concorrência de intensidade média para a maior parte dos segmentos, correspondente a notas oscilando em torno de 10 , com a exceção do segmento de procedimentos endoscópicos, com uma nota 18, correspondente a um bom domínio da concorrência, por conta da disponibilidade da tecnologia correspondente.

- HLJ

Os segmentos que apresentariam um maior domínio da concorrência seriam hérnias de parede e trauma (com nota 18), emergências (17) e cirurgia de fígado e vias biliares (15). Os outros segmentos teriam valores intermediários, salvo o segmento de cirurgia ginecológica, onde a intensidade da concorrência, considerada muito alta, comprometeria as possibilidades do serviço.

- HCF

Os segmentos de maior domínio da concorrência são o de tumores (18),pancreatite (15), hipertensão porta (16) e emergência traumática (15).

3.2.3-O investimento como barreira à entrada no segmento:

- HRPS

Destacam-se os segmentos de videolaparoscopia e de procedimentos endoscópicos (nota 19) como aqueles que apresentam um maior nível de investimento, especialmente em tecnologia, facilitando o desenvolvimento dos mesmos. Os outros segmentos apresentam valores intermediários.

- HLJ

Só um segmento apresenta um investimento relativamente menor, que é o de cirurgia ginecológica (8). Como já observado, encontra-se inserido na Cirurgia Geral devido à uma condição específica de ter um cirurgião geral que também é ginecologista, mas o hospital, a princípio, não demonstra interesse em investir nesta área. Esta é uma discussão prevista, quando do processamento desta especialidade. Os outros segmentos

apresentam um investimento alto ou muito alto, em termos relativos, destacando-se o hospital-dia (19) e a cirurgia endoscópica (17). Os outros segmentos apresentam nota 15, denotando um incorporação de recursos tecnológicos e humanos que enseja vantagens comparativas para a instituição.

- HCF

Registra-se um forte investimento relativo nos seguintes segmentos: Tumores(15), hérnias de parede (15) e hipertensão porta (15).Os outros segmentos registram valores intermediários.

3.2.4-Sinergias:

- HRPS

O nível de sinergia potencial dos segmentos é considerado, em geral, alto (nota 15), exceto para os segmentos de cirurgia eletiva de patologias do tubo digestivo com internação e de cirurgia eletiva de vesícula e vias biliares com internação, que apresentariam valores médios (10).

- HLJ

Destacam-se com uma alta sinergia potencial os segmentos de neoplasias de tubo digestivo e glândulas endócrinas (nota 17), de trauma (15) e de hérnias de parede (15).Os outros segmentos apresentam valores intermediários.

- HCF

Considera-se que tem um baixo a médio potencial de sinergia os segmentos de hérnia de parede (4), HD (8) e as duas emergências (10). Os outros segmentos apresentariam um alto ou muito alto potencial de sinergia.

3.2.5-Motivação interna

- HRPS.

A motivação do corpo de funcionários e gerentes é alta para todos os segmentos, sendo que os mais valorizados são a videocirurgia, os procedimentos endoscópicos e a cirurgia eletiva no hospital-dia (estes últimos com nota 18)

- HLJ

Os segmentos que despertam a maior motivação relativa são a cirurgia endoscópica (18), o trauma (18) e as neoplasias de tubo digestivo e glândulas endócrinas (17). Os outros segmentos tem valores intermediários.

- HCF

Os segmentos que suscitam um maior grau de motivação relativa (com notas em torno de 15) são: tumores, hipertensão porta, litíase, pancreatite e as duas emergências. Observe-se que os segmentos da Emergência não foram analisados pela chefia da Cirurgia Geral que não a assume enquanto responsabilidade administrativa sua.

3.2.6-Parcerias externas

- HRPS

Em relação às possibilidades de parceira externa, os segmentos tendem a apresentar valores médios. O único que apresentaria um alto potencial de parceira externa é o segmento de procedimentos endoscópicos. (Nota 18)

- HLJ

O segmento de maior potencial de parceria externa é o de neoplasias (18), o que é perfeitamente coerente já que este segmento exige uma continuidade no tratamento (principalmente quimio e rádio) que o hospital não controla. Os de mais baixo potencial relativo são hérnias de parede, cirurgia de fígado e vias biliares e o hospital-dia (com notas abaixo de 8). Os outros segmentos apresentam valores intermediários.

- HCF

Os segmentos que mais ensejariam a possibilidade de uma parceria externa são: litíase (17), pancreatite (17), tumores, hérnias, hospital-dia e a emergência traumática (estes últimos com 15). A emergência não traumática não ofereceria nenhuma possibilidade de parceria.

3.2.7-Potencial regional

- HRPS

O segmento de maior potencial regional de captação de clientela é o de procedimentos endoscópicos (15), justificado pelo grande número de unidades de saúde municipais que não possuem esta atividade. Os de mais baixo potencial seriam a cirurgia de pescoço e a videocirurgia. Os outros segmentos oscilariam em torno da média.

- HLJ

O potencial regional dos segmentos de fígado, trauma, hérnias de parede, cirurgia ginecológica e hospital-dia é considerado baixo (nota abaixo de 08). Nenhum segmento apresenta um potencial regional alto ou expressivo, coerente com a missão do hospital, desenhado para atender a demanda da própria área.

- HCF

O potencial regional dos segmentos é relativamente baixo. Os únicos segmentos que tem um potencial intermediário são: tumores (12), litíase (10), e emergência não traumática (9). Observe-se que este hospital foi cadastrado pelo município para ser uma das referências em câncer (projeto CACOON) devido a seu potencial.

3.2.8-Potencial local

- HRPS

O potencial local dos segmentos é médio, em geral (com notas oscilando entre 08 e 12), o que deixa transparecer uma dificuldade para atrair clientela da própria área programática.

- HLJ

Os segmentos de maior potencial local seriam a cirurgia endoscópica (18), o trauma (17), o hospital-dia (15) e as neoplasias (14). Os outros segmentos teriam um potencial médio.

- HCF

Tem um alto potencial local nos seguintes segmentos: doenças da motilidade, tumores, hérnias, hipertensão porta, litíase e pancreatite (com nota 15). O segmento de mais baixo potencial local é a emergência traumática (6).

3.2.9-Potencial de ensino e pesquisa

- HRPS

Os segmentos de alto potencial de ensino e pesquisa seriam o hospital-dia, as cirurgias de parede abdominal, a videocirurgia e os procedimentos endoscópicos ,com destaque para este último, (nota 18). O único segmento de baixo potencial é cirurgia de pescoço (5).

- HLJ

Os segmentos de alto potencial em ensino e pesquisa são o de trauma (17) e a cirurgia endoscópica (15). Os outros apresentam valores intermediários. O segmento trauma, neste hospital apresenta uma importante especificidade, com tecnologia de atendimento especialmente desenhada para esta atividade - a sala de trauma - e que constitui em importante diferenciação, sendo esta proposta parte de um projeto pedagógico também.

- HCF

Com alto potencial destacam-se: tumores, hipertensão porta, litíase, pancreatite (com nota 15)

3.2.10-Contribuição para o projeto político geral

- HRPS

Os segmentos apresentam um valor intermediário, não se destacando particularmente nenhum que apresente um alto nível de adequação à missão geral do hospital. O segmento cirurgia de pescoço é considerado como tendo uma baixa adequação. Considere-se a longa história de mudança e readequação da missão neste hospital.

- HLJ

Os segmentos de trauma (18), HD (16) e de cirurgia endoscópica (15) são os que mais valorizariam a missão geral do hospital.

- HCF

Os segmentos mais coerentes com a missão do hospital, com nota 15, seriam: tumores, hipertensão porta e litíase. O segmento de pancreatite pode ser considerado com tendo uma coerência relativamente mais elevada dentro do conjunto dos intermediários (12).O menos valorizado seria a emergência traumática (6). Ao contrário do HLJ a emergência aqui não é valorizada.

3.2.11-Contribuição para a imagem externa

- HRPS

Os segmentos que mais contribuiriam para melhorar a imagem externa do hospital seriam o hospital-dia, a videocirurgia, os procedimentos endoscópicos e a cirurgia eletiva de vesícula e vias biliares (notas mais elevadas). O de mais baixa contribuição é cirurgia de pescoço.

- HLJ

Os segmentos de maior contribuição respectiva seriam o trauma, a cirurgia endoscópica e as emergências, com notas elevadas. O segmento HD é considerado como tendo uma muito baixa contribuição respectiva.

- HCF

O segmento melhor posicionado é o hospita-dia (15). A seguir vêm os segmentos destacados acima como os que mais contribuem para a missão do hospital.

Considerando o escore final do valor (v) dos segmentos, o quadro de prioridades de cada hospital seria o seguinte, em ordem decrescente:

Quadro 5-Prioridade de cada hospital

HRPS		HLJ		HCF	
Segmentos	V	Segmentos	V	Segmentos	V
1.Proc.endoscópicos	16,5	1.Trauma	15,6	1.Neoplasias	15,3
2.Hospital-dia	13,1	2.Cirurgia endoscópica	15,2	2.Litíase	14,6
3.Videocirurgia	13,5	3.Neoplasias	14,1	3.Pancreatite	14,1
4.Hérnias de parede	12,5	4.Cirurgia fígado e vias biliares	13,8	4.Hipertensão porta	13,9
5.Vesícula e vias bil.	11,9	5.Emergências	11,9	5.Doenças da motilidade	11,3
6.Patologias tubo dig.	11,1	6.Hérnias de parede	11,3	6.Hérnias de parede	11,3
7.Cirurgia de pescoço	9,02	7.Hospital-dia/cirurgia ambulatorial	11,1	7.Hosp.-dia/cirurgias ambulatoriais	10,7
		8.Cirurgia ginecológica	7,23	8.Emergência traumática	10,4
				9.Emerg.não traumática	9,19
				10.Doença ácido-péptica	9,2

Chama a atenção no caso do HRPS, os médios/baixos *escores* relativos, atingidos pelos segmentos, com exceção dos procedimentos endoscópicos e, em uma escala inferior, da cirurgia geral do hospital-dia. Esta situação se explicaria pela dificuldade de captação de clientes decorrente de problemas de acesso geográfico e pela dificuldade na redefinição de sua missão, ao longo de sua história. Entre a problemática estratégica que estes valores deixam transparecer está: o potencial de captação de clientela regional e mesmo local, relativamente baixo, que tem como correlato uma perspectiva pequena de crescimento dos segmentos, reforçada pela dificuldade de estabelecimento de parcerias externas; o baixo investimento relativo de vários segmentos; uma perspectiva de pouco domínio da concorrência eventual e uma contribuição pouco expressiva dos vários segmentos para a missão geral do hospital, talvez reflexo de uma missão pouco definida ou de um projeto onde o grau de adequação da cirurgia geral não é muito claro.

Aos segmentos citados acima como mais valorizados (procedimentos endoscópicos e HD), devemos acrescentar como prioridades relativas: a videocirurgia, que se superpõe às vezes com os segmentos de vesícula e vias biliares (litíases), e o de hérnias de parede. Nestes últimos dois casos, a intensidade da demanda na área que engrossa as filas de espera no HCF e HLJ, justifica serem assumidos como prioridades do HRPS.

Representam prioridades do HLJ os quatro segmentos mais valorizados: trauma, cirurgia endoscópica, neoplasias e cirurgia de fígado e vias biliares.

As principais prioridades do HCF seriam dentro desta lógica: neoplasias, litíase, pancreatite e hipertensão porta.

3.3 Análise da posição competitiva dos segmentos da cirurgia geral dos hospitais (Anexos 3.1, 3.2 e 3.3)

Nos quadros seguintes, que são analisados, apresentamos a distribuição dos fatores chave de sucesso dos segmentos da cirurgia geral dos hospitais, considerando a nota atribuída ao controle dos mesmos. Criamos cinco categorias para distribuir estes FCS, correspondentes a nota muito baixa, baixa, média, alta e muito alta, dentro da escala de 0 a 20.

Fazemos, por outro lado, uma análise dos pontos fortes e fracos da especialidade em cada hospital à luz do controle dos FCS por segmento, comentamos a competitividade de cada instituição e pretendemos avançar na comparação do grau de controle dos FCS dos segmentos correlatos dos hospitais.

Quadro 6-Distribuição dos fatores-chave de sucesso de HCF

Segmentos	Grau de controle dos FCS				
	MB(0-3)	B(4-7)	M(8-12)	A (13-16)	MA(17-20)
Tumores			-CTI -laboratório análises clínicas -anatomopatologia	-endoscopia -anestesistas -videolaparoscopia -cirurgiões -leitos	-setor de imagem
Hérnias			-cirurgiões -laboratório -leitos -videolaparoscopia.	-anestesistas	
Hipertensão porta			-anatomopatologia -CTI -leitos	-anestesistas -endoscopia -cirurgiões	-Imagem
Doença ácido-péptica.			-leitos -videolaparoscopia	-anestesistas -Imagem -anatomia patológica -laboratório -cirurgiões	-endoscopia
Pancreatite			-CTI -anatomia patológica -laboratório -leitos	-cirurgiões -anestesistas	-Imagem

Doenças da motilidade			-anatomia patológica	-cirurgiões -anestesistas -laboratório -leitos	-Imagem -endoscopia
Hospital-Dia e cirurgia ambulatorial					-cirurgiões -anestesistas -laboratório -área física
Emergência não traumática		-articulação com a rede -área física	-anestesistas -Imagem/ tomógrafo -Videolaparoscopia -sistema de transporte/ comunicação	-médicos -leitos -banco sangue -CTI -laboratório	
Emergência traumática		-área física -parceria HLJ e Miguel Couto	-imagem /tomógrafo -anestesistas -videolaparoscopia -banco de sangue	-cirurgiões -clínicos -CTI -leitos -laboratório	
Litíases			-anatomia patológica -CTI -videolaparoscopia	-endoscopia -anestesistas -laboratório -cirurgiões	-imagem

Considerando um controle dos FCS abaixo de 12 como um ponto fraco, os vários segmentos seriam deficitários nos seguintes recursos ou FCS: articulação com a rede (parceria com HLJ e M. Couto) e área física, correspondendo a um baixo controle que compromete particularmente ao segmento de emergência em geral, anatomia patológica, CTI, leitos, laboratório de análises clínicas, videolaparoscópio, banco de sangue, sistema de transporte de pacientes e de comunicação, comprometendo particularmente a emergência.

Os pontos fortes correspondem ao alto ou muito alto nível de controle da endoscopia e do setor de imagem. Considera-se, todavia, a disponibilidade e capacitação dos cirurgiões e anestesistas um ponto forte, embora ainda faltem cirurgiões para cobrir as necessidades de vários segmentos - necessidade mais evidente no segmento de hérnias - e anestesistas no segmento de emergências em geral. Observe-se que este foi o segmento menos valorizado para o qual defende-se que não se constitua emergência aberta para a rua, mas para o sistema. Contudo, em função do FCS área física que é deficiente, a obra já foi aprovada e está sendo realizada.

A videolaparoscopia é um FCS bem controlado no caso das neoplasias, porém não suficiente para dar conta das necessidades dos outros segmentos que dela se utilizariam em potencial. Considera-se, todavia, que haveria uma carência no que tange à tomografia e imagem no segmento de emergência em geral.

Com relação ao segmento tumores, embora apareça bem posicionado no portfólio, em termos competitivos, com *score* quase chegando a 14 (13,8), é necessária uma correção, levada em conta apenas no Plano de Ação. A primeira análise não considerou como fator-chave de sucesso a quimioterapia e a radioterapia, importantes no fator continuidade do tratamento. Compare-se com o segmento neoplasias do Lourenço Jorge com o *score* de 12,9. Este é um fator-chave de sucesso não controlado pelo hospital diretamente e hoje resolvido através de parceria com o próprio Cardoso Fontes que possui quimioterapia e é referência na área e com o INCA (Instituto Nacional do Câncer) no caso da radioterapia.

Esta questão foi retomada e 'corrigida' na fase de discussão e validação do Plano de Ação do HCF (ver Quadro 9 - Síntese Geral das Estratégias de Ação) quando se considerou a quimioterapia e se discutiu a possibilidade de voltar a investir na radioterapia, atividade que o hospital já desenvolveu em outra época. Embora tenhamos priorizado justamente uma discussão com os atores reais que controlam os recursos e a viabilização real das ações em detrimento de uma formalização excessiva (preenchimento extensivo de planilhas e formatos) vale a pena considerar aqui que a posição competitiva do HCF é, na realidade, maior, devido ao controle direto da quimioterapia. Em função disso, consideramos que o documento que fundamenta o plano deve ser 'corrigido', junto aos

profissionais que o elaboraram. Por isso não o corrigimos agora, propositalmente. Na conclusão, voltaremos ao tema para uma consideração metodológica.

A ordem decrescente da posição competitiva dos segmentos é apresentada a seguir:

- a. Cirurgia ambulatorial/hospital-dia e tumores de partes moles (score:20)
- b. Doenças da motilidade (score:15,55)
- c. Tumores de aparelho digestivo e glândulas endócrinas (score: 13,8)
- d. Doença ácido-péptica (score: 13,7)
- e. Hipertensão porta (13,55)
- f. Pancreatite (13,1)
- g. Litíases (13,05)
- h. Hérnias de parede (12,4)
- i. Emergência traumática (11,1)
- j. Emergência não traumática (10,4)

O nível de competitividade do HCF, avaliado pelo controle dos FCS dos vários segmentos, é alto, pois pelo menos 07 segmentos apresentam um escore superior a 13. O grau de controle dos FCS do HD é o máximo possível, embora como se depreende da análise do valor, este segmento não constitui uma prioridade de desenvolvimento, o que sugere um tratamento estratégico de simples manutenção. Os segmentos prioritários do hospital (neoplasias, litíases hipertensão porta e pancreatite) revelam uma posição competitiva boa, porém distante ainda do ideal, o que sugere um esforço de investimento ou de apropriação dos FCS significativo, variável segundo a demanda específica de cada segmento, de modo a melhorar o nível de qualidade geral do hospital.

Quadro 7-Distribuição dos fatores-chave de sucesso do HRPS

Segmentos	Controle dos FCS				
	MB (0-3)	B (4-7)	M (8-12)	A (13-16)	MA (17-20)
HD		-pessoal de apoio	-enferma-gem -insumos -captação de pacientes	-enfermarias	-equipe cirúrgica -Centro Cirúrgico -próteses
Hérnias		-RHs apoio	-enfermagem -insumos -captação de pacientes	-enfermarias	-equipe cirúrgica -próteses -Centro cirúrgico
Doenças Tubo Digestivo	-CTI	-pessoal de apoio	-enfermagem Centro Cirúrgico -enfermagem das enfermarias -insumos -suturas mecânicas -captação de pacientes		-equipe cirúrgica -Centro Cirúrgico -enfermarias
Fígado e Vias Biliares	-CTI	-pessoal de apoio	-enfermagem Centro Cirúrgico /enfermarias- -insumos -radiologia/ ultra- sonografia -captação de pacientes		-equipe cirúrgica -Centro Cirúrgico -enfermarias
Video-cirurgia	-CTI	-pessoal de apoio	-enfermagem -insumos -radiologia/ ultra- sonografia -captação de pacientes	-Centro Cirúrgico -enfermarias	-equipe cirúrgica -equipamentos
Procedimen-tos endoscópicos	-CTI -Próteses		-equipe de endoscopia -Enfermagem -RH/Radiologia		-equipamentos -enfermarias -suporte cirúrgico
Cirurgia de pescoço	-dosagens hormonais	-pessoal de apoio	-enferma-gem Centro Cirúrgico -enfermagem das enfermarias -insumos -captação pacientes	-equipe cirúrgica -Centro Cirúrgico -enfermarias -imagem	

Os pontos fracos do controle de FCS se referem à não disponibilidade de CTI, à falta de próteses, à falta de dosagens hormonais (para cirurgia de pescoço), à carência de pessoal de apoio e de radiologia, à insuficiência da equipe de endoscopia, à falta de enfermeiras no CC e nas enfermarias e ao insuficiente fluxo de insumos. Também devemos

registrar aqui carências relativas ao equipamento de radiologia/ ultra-sonografia. Outro ponto fraco de grande importância refere-se à inexistência de uma política clara de captação de pacientes, que compense as dificuldades de acesso da instituição, afetando a maioria dos segmentos.

Os pontos fortes do hospital estão representados pela equipe cirúrgica, as enfermarias, os equipamentos de videocirurgia e de procedimentos endoscópicos e o centro cirúrgico.

A posição competitiva dos segmentos é a seguinte, na ordem decrescente, em função dos escores específicos:

Hérnias da parede abdominal com internação (13,9)

-Hospital-dia incluindo hérnias de parede abdominal e cirurgia de pequeno porte (13,9)

-Videocirurgia (12,94)

-Procedimentos endoscópicos (11,86)

-Cirurgia de pescoço (11,74)

-Patologias de tubo digestivo (11,65)

-Vesícula e vias biliares (11,05)

A competitividade dos vários segmentos do hospital é intermediária. Os únicos segmentos que apresentam uma competitividade relativamente mais alta são os de hérnias de parede, cirurgia de hospital-dia e videocirurgia. A falta de terapia intensiva é um fator que compromete o desempenho de qualidade dos segmentos de maior complexidade relativa e que coloca em questão a adequação da cirurgia geral no hospital. Um fator-chave de sucesso a ser explorado de maneira premente é, por outro lado, o desenvolvimento de parcerias externas e formas de captação de clientela, que contribuam para melhorar a competitividade do hospital.

Quadro 8-Distribuição dos fatores-chave de sucesso do HJL

Segmentos	Controle FCS				
	MB (0-3)	B (4-7)	M (8-12)	A (13-16)	MA (17-20)
Neoplasias	tratamento quimio/ radioterapia (parcerias)		banco de sangue exames laboratoriais (parcerias)	tomografia computadorizada endoscopia digestiva suporte enfermaria/ UI/CTI	equipe médica anatomia patológica
Emergências			Métodos de imagem	área física exames laboratório suporte de internação suporte de Centro Cirúrgico	equipe médica plantão 24 horas
Hérnias	Próteses (fornecimento irregular de telas)			suporte de Centro Cirúrgico suporte de enfermarias	equipe médica fluxo
Fígado e VB	exames laboratoriais específicos		banco de sangue endoscopia terapêutica material cirúrgico	imagem endoscopia diagnóstica suporte terapia intensiva /UI	equipe médica
Hospital- Dia/Cirurgia ambulatorial			pessoal de apoio -equipamentos/ instrumentos insumos área física	RH especializados	fluxo
Cirurgia endoscópica			suporte de enfermaria / leitos próteses, suturas mecânicas exames imagem	-Centro Cirúrgico	equipe médica equipamento de endoscopia equipamento de video- laparoscopia.

Cirurgia ginecológica	parcerias para exames especializados complementares		suporte de enfermaria	equipe médica métodos imagem	endoscopia ginecológica
Trauma			métodos de imagem/ tomografia CTI/UI banco de sangue parcerias c/ Neurologia e Cirurgia Vascular	suporte de Centro Cirúrgico equipamentos leitos de enfermaria	cirurgias habilitados sala de trauma

Entre os pontos fortes da especialidade, no que diz respeito ao controle dos FCS, devem registrar-se: a equipe médico-cirúrgica, a sala de trauma, a emergência aberta 24 horas, os equipamentos para videocirurgia e procedimentos endoscópicos, incluindo os do segmento cirurgia ginecológica, o suporte de enfermaria, do Centro Cirúrgico, do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e da Unidade Intermediária (UI) para vários segmentos, e o apoio da tomografia computadorizada e do setor de imagem para neoplasias e fígado.

Há problemas no que diz respeito ao suporte da imagem e da tomografia computadorizada nos segmentos de emergência e de trauma; da mesma maneira, o suporte do CTI ao segmento de trauma parece insuficiente.

Os pontos fracos seriam principalmente: a falta de parcerias para tratamento de quimioterapia e radioterapia, a falta de exames laboratoriais específicos para os segmentos de fígado, neoplasias e cirurgia ginecológica, deficiências relativas ao banco de sangue, falta de material cirúrgico específico e de insumos para alguns segmentos (como fígado), deficiências da endoscopia terapêutica no segmento de fígado, o fornecimento irregular de próteses, a falta de pessoal e limitação da área física do Hospital-dia e a falta de parcerias com especialidades ligadas ao trauma, não disponíveis no hospital.

O escore da posição competitiva dos segmentos é o seguinte, na ordem decrescente:

Cirurgia endoscópica (15,36)

Emergências (15,3)

Hérnias (15,25)

Trauma (14,5)

Neoplasias (12,9)

Cirurgia ginecológica (12,9)

Hospital-dia e cirurgia ambulatorial (12,75)

O nível de controle dos FCS dos segmentos é alto, destacando-se, na ordem decrescente, a cirurgia endoscópica, as emergências, as hérnias de parede e o trauma. Devemos lembrar que o segmento de cirurgia endoscópica e o de trauma aparecem entre os quatro mais priorizados, segundo a análise do valor. O segmento de neoplasias, um dos mais valorizados, apresenta uma competitividade razoável, porém inferior à competitividade do HCF, o qual apresenta condições para um melhor desenvolvimento deste segmento, na perspectiva de centro de referência, como já considerado.

O fato da segmentação dos hospitais ser situacional, o que significa estar orientada pelas capacidades distintivas e as necessidades estratégicas de desenvolvimento de cada um, assim como pela sua particular organização do trabalho (e o olhar particular dos profissionais), representa uma dificuldade para comparação direta do grau de apropriação relativa dos FCS pelos hospitais.

Embora os segmentos não sejam exatamente os mesmos, uma comparação pode ser tentada a partir do estabelecimento de correlações entre os segmentos. Isto significa tentar comparar os segmentos que mais se aproximam em termos de conteúdo da atividade e de utilização de FCS conexos ou similares. É o que tentamos fazer inicialmente na AP-4, identificando esses segmentos correlatos e agrupando os FCS em termos das seguintes categorias: Recursos Humanos, Recursos Físicos, Equipamentos, Laboratório, Insumos e Outros (Anexo). Como os vários hospitais não referem necessariamente os mesmos FCS,

só poderiam ser comparados aqueles semelhantes. A comparação direta fica, mesmo assim, prejudicada, na medida em que os hospitais podem atribuir um peso diferente a um mesmo FCS, o que tem conseqüências sobre os *escores* específicos (por FCS) e o *score* final da posição competitiva. O que poderia ser comparado de maneira mais fidedigna é a nota correspondente ao grau de controle atual dos FCS. Esta nota pode estar, porém, enviesada por algum nível de subjetividade na apreciação e por receio de aparecer em posição inferior à de um hospital que disputa recursos na mesma área. Desta maneira, torna-se necessário realizar uma pesquisa complementar, muito objetiva, de testagem dessas notas, mediante um levantamento de informação sobre os recursos reais de cada serviço.

Por outro lado, como o objetivo, particularmente nesta experiência foi a tentativa de construir um plano comum para a área, a partir dos planos de cada hospital, a proposta foi sempre confrontar e discutir mais amplamente, sem deixar de incluir os critérios mais subjetivos como motivação dos profissionais. Portanto homogeneizar os segmentos jamais seria a solução, mas sim, considerar as diferenças e trazê-las para discussão.

Na experiência de aplicação do método na AP-4, não houve a simulação ou análise da posição competitiva dos outros hospitais, fora da área na Cirurgia Geral (houve alguma simulação em outras especialidades, como a Pediatria). Os hospitais de outras áreas considerados entraram como parceiros ou possíveis colaboradores e não como competidores (Hospital do Câncer, Miguel Couto). A demanda na área e no município por cirurgia geral é bastante expressiva. O único hospital com problemas de competitividade é o HRPS, pela dificuldade de captação de pacientes já apontada. Apostou-se também na possibilidade real de realizar reuniões conjuntas, para debater os indicadores de competitividade específicos. Na realidade, muitas reuniões foram feitas em conjunto, mas não o número suficiente que permitisse checar todos os dados que cada hospital tinha colocado a respeito de sua própria competitividade. Consideramos, levando em conta as afinações já feitas, principalmente na discussão dos Planos de Ação, que a análise está bem realizada, em termos gerais. O único segmento que necessitaria de uma discussão bem mais ampla, envolvendo vários outros hospitais do município, fora da AP-4, seria, com certeza, o de transplante de fígado, esboçado como possível segmento virtual, mas não considerado no plano das propostas concretas. Fica, portanto adiada a discussão.

A idéia de organização de informação, de modo a permitir uma comparação como a proposta (de grau de apropriação de FCS de segmentos correlatos, segundo o olhar particular de cada hospital), contudo, é uma possibilidade de discussão rica que pode levar a retificações, validações, acréscimos de informação e consensos que ajudem a gerar uma visão mais clara da competitividade relativa de cada hospital.

Muito mais importante, porém, que a comparação em si, sobre bases pretensamente objetivas, esta discussão insere-se como elemento comunicativo da negociação do plano.

Em relação à experiência em pauta, as seguintes correlações de segmento podem ser feitas, a título de uma tentativa de comparação:

- Entre as Emergências (não traumáticas) do HCF e do HLJ
- Entre a Emergência Traumática do HCF e do HLJ
- Entre as hérnias de parede dos três hospitais.
- Entre os segmentos de litiase (HCF), de cirurgia endoscópica do HLJ e a cirurgia videolaparoscópica do HRPS. No caso do HRPS, observamos que o elenco dos FCS dos segmentos de vesícula e vias biliares e de videolaparoscopia é semelhante, com a única diferença do registro do equipamento como FCS da videocirurgia, de modo que não haveria maiores problemas. Em relação ao HLJ, o segmento de fígado e vias biliares inclui um enfoque de suporte clínico referido ao fígado e atividades relacionadas ao câncer de fígado, de modo que fica mais difícil estabelecer qualquer equivalência.
- Entre o segmento de neoplasias do HCF e do HLJ.
- Entre o Hospital-Dia dos três hospitais (não realizado, por não ser objeto de concorrência)

Terminaremos esta parte, com a apresentação de resultados exploratórios sobre uma comparação dos segmentos correlacionados:

- a) Emergências: O HLJ (15,3) apresentaria uma melhor competitividade do que o HCF (10,4), com quase 05 pontos de diferença. O HCF apresentaria vários pontos fracos, correspondendo a uma nota de 10 para baixo: Falta de anestesistas, área física insuficiente, deficiências no setor de

imagem/tomografia, insuficiente equipamento de videolaparoscopia, inadequado sistema de transporte de pacientes e de comunicação, e falta de parcerias com hospitais de emergência (HLJ e Miguel Couto). O HLJ deve sua posição favorável em boa medida à disponibilidade e capacitação da equipe médica e ao sistema de plantão 24 horas. O único ponto fraco relatado, corresponde ao setor de imagem/tomografia (nota 10)

- b) Emergência traumática: o controle dos FCS do HLJ é bastante mais favorável (14,5), relativamente ao HCF (11,1). O HCF relata os mesmos pontos fracos do segmento de emergência não traumática, acrescidos de deficiências no banco de sangue. O HLJ apresentaria alguns pontos fracos: Imagem/tomografia, banco de sangue, CTI/UI, e parcerias com outros hospitais. Os FCS mais controlados, que ajudam a sua diferenciação como segmento, são a qualidade da equipe médica e a sala de trauma. Esta situação é uma alternativa para o HCF, que não prioriza o Trauma, representando o HLJ uma oportunidade clara de colaboração.
- c) Neoplasias: a diferença de um ponto a favor do HCF (13,8) não reflete bem a diferença existente entre os dois hospitais. O HCF tem uma tradição maior no campo das neoplasias, embora tenha perdido alguns acúmulos como o laboratório de marcadores tumorais, fator-chave de sucesso que o hospital tem amplas condições de revitalizar. Sua produção também é relativamente mais expressiva. Os pontos fracos do HCF se referem à falta de cirurgiões e de anestesistas para dar conta da demanda real e potencial do segmento, e as carências do setor de anatomia patológica, como a falta de imuno-histoquímica, e do laboratório de análises clínicas. O HCF apresenta um maior controle relativo dos equipamentos envolvidos no segmento (imagem, videolaparoscopia e endoscopia) e de parte do tratamento complementar, correspondente à quimioterapia, que erradamente não aparece como FCS no quadro respectivo, o que explica relativamente pequena diferença em favor do HCF.

- d) Litíases HCF/Cirurgia endoscópica HLJ/Videocirurgia do HRPS: O HLJ (15,36) e o HCF (13,05) apresentam um alto controle dos FCS do segmento envolvido, não assim o HRPS, com um desempenho intermediário. Este último vê sua posição enfraquecida pela falta de CTI, pela falta de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio, pela insuficiência do setor de imagem/radiologia e de ultra-sonografia, pelo fornecimento irregular de insumos e pela baixa captação de pacientes. O HLJ apresentaria como pontos fracos: a carência relativa de leitos para o segmento, a insuficiência do setor de imagem/radiologia e ultra-sonografia e o fornecimento irregular de próteses, e como ponto mais forte, sua equipe médica. O HCF refere como pontos fracos: a falta relativa de cirurgiões, a insuficiência do setor de anatomia patológica, o suporte insuficiente do CTI e a disponibilidade de videolaparoscópio para o segmento. Este é um setor com fila de espera no HCF e no HLJ.
- e) Hérnias de parede: o HLJ aparece primeiro em termos de posição relativa (15), seguido pelo HRPS (13,9) e pelo HCF (12,4). Se nenhum destes desempenhos pode ser catalogado, de maneira significativa, como desfavorável, chama a atenção o *score* favorável do HRPS, na medida que este segmento constitui uma das prioridades mais marcantes do mesmo, e que os outros hospitais têm filas de espera para o segmento. Os pontos fracos do HCF são: falta relativa de cirurgiões, de leitos e de instrumental de videolaparoscopia. No caso do HLJ, que tem um controle elevado dos FCS pertinentes, com destaque para sua equipe médica e o fluxo de pacientes, seu único ponto fraco é o fornecimento irregular de próteses, pelo município e, às vezes, a suspensão do mesmo. Este foi um problema ocorrido naquele ano e pelo que sabemos, o fornecimento já foi regularizado. No HRPS, os pontos fracos são: a falta de pessoal paramédico, o fornecimento irregular de insumos e a baixa captação de pacientes. Seus pontos fortes mais destacados são a equipe médica, as salas de centro cirúrgico e a disponibilidade de próteses.

3.4-A leitura do porta-fólio de atividades como base para a estratégia (Anexos 4.1, 4.2 e 4.3)

O porta-fólio é um gráfico de bolhas que implica no cruzamento de três variáveis: *score* final do valor dos segmentos (de 0 a 20), posição competitiva ou grau de controle dos FCS por segmento (de 0 a 20) e dados de produção das atividades. Neste último caso, consideramos uma média mensal.

A seguir fazemos uma interpretação dos porta-fólios anexos dos hospitais.

HLJ: é um porta-fólio bem adaptado e de pouco risco estratégico, pois os segmentos apresentam um valor acima da média, mostrando uma boa adequação à missão do hospital, e uma missão competitiva com escores elevados. Nenhum segmento está fora do quadrante superior direito. Os segmentos menos valorizados são: HD e cirurgia ambulatorial, hérnias de parede e emergências. Destes, as hérnias de parede e as emergências apresentam uma boa posição competitiva (alta), e o hospital-dia, uma posição mais intermediária. O volume de produção destes segmentos é relativamente alto, principalmente, o volume das cirurgias de emergência. Esta situação recomenda um tratamento estratégico de manutenção dos segmentos (nos níveis de produção atual), que implique em transferir parte da tecnologia e dos pacientes para hospitais de menor demanda, como o HRPS, para equacionar o problema eventual das filas em alguns segmentos, como hérnias. Os segmentos mais valorizados são trauma e cirurgia endoscópica, que também apresentam uma alta posição competitiva, o que recomenda um tratamento estratégico de expansão, para absorver parte da clientela do HCF, que não valoriza trauma. Neoplasias tem uma alta valoração, uma posição competitiva mais intermediária, e um volume de produção pequeno, bem abaixo dos outros segmentos. Dada a posição competitiva potencial mais favorável do HCF, justifica-se um trabalho de parceria com o mesmo que não implique em investimentos caros em procedimentos especializados, que seriam concentrados no HCF (estratégia de manutenção). O investimento nesta parceria e também com outros hospitais do município poderia revalorizar o segmento a aumentar sua competitividade. Em relação ao segmento Fígado supõe-se a necessidade de uma expansão, pelo conhecimento tecnológico acumulado pelos profissionais e a perspectiva de cobrir áreas de atendimento mais especializado em nível

regional. Do porta-fólio foi retirado o segmento de cirurgia ginecológica, por haver questionamentos sobre sua inserção na cirurgia geral e por haver desinteresse e falta de recursos que justifiquem sua expansão (desestímulo). Em geral, este é um hospital que tende para uma complexidade maior, sem perder sua natureza fortemente voltada para a emergência.

HCF: o porta-fólio apresenta uma maior diversificação relativa de atividades, de maior nível de especialização ou complexidade. Em termos de competitividade, este porta-fólio apresenta também um baixo risco estratégico, pois a maior parte dos segmentos tende a se distanciar da média, com a exceção da emergência traumática, e, em escala um pouco menor, da emergência não traumática, segmentos que o hospital também não valoriza. O grau de adequação dos segmentos não é tão claro, na medida em que além das emergências, o segmento de úlcera ácido-péptica e o próprio hospital-dia são medianamente valorizados. No caso da úlcera péptica, justifica-se o baixo valor pelos novos procedimentos desenvolvidos, que diminuem o potencial de crescimento em termos de intervenção cirúrgica. No caso do hospital-dia, chama a atenção a extremamente alta posição competitiva do segmento. Isto sugere uma situação de desadaptação ao perfil desejado para o hospital, e de insuficiente difusão tecnológica. Pelo seu volume de produção, a estratégia de manutenção é a mais adequada, transferindo se possível e de maneira paulatina parte da clientela para outras estruturas. Em relação aos outros segmentos, potencialmente desadaptados, justifica-se uma estratégia de manutenção ou recorte (neste caso, do trauma, que seria em parte absorvido pelo HLJ). Os quatro segmentos mais valorizados (tumores, litíase, pancreatite e hipertensão porta) podem ser objeto de uma estratégia de expansão, de maneira mais clara os de maior produção: litíases e tumores. Sobre este último, há uma base forte de consenso na área e na SMS de que o HCF deveria investir na perspectiva de um centro de referência intermediário em neoplasias. Finalmente, em relação às hérnias de parede, não se poderia pensar pelo volume da demanda em um recorte ou diminuição em nenhuma estrutura da área. Ao contrário, pensar na expansão do segmento nos três hospitais, explorando as parcerias entre eles, é uma estratégia mais indicada.

HRPS: Os segmentos de maior risco estratégico são: vesícula e vias biliares, cirurgia de pescoço, patologias de tubo digestivo e procedimentos endoscópicos, com uma posição competitiva um pouco acima da média, mas em uma situação pouco discriminante, no que diz respeito ao controle de fatores-chave de sucesso e pouca produção. Nesta situação, convém estimular ou expandir os segmentos mais adaptados ou de maior valor relativo e de maior produção: hérnias, hospital-dia e cirurgia videolaparoscópica. Já fizemos referência anteriormente ao valor relativamente mais baixo dos segmentos deste hospital em função de toda uma problemática estratégica, que diz respeito à captação de clientela, à adaptação de sua missão e ao desestímulo ao desenvolvimento de segmentos representado pela falta de um Centro de Terapia Intensiva. Sem equacionar estes problemas, é difícil pensar na expansão de vários segmentos. De qualquer modo, justifica-se uma estratégia de apoiar o hospital nas áreas indicadas, para descongestionar as filas de espera dos outros hospitais.

Da leitura dos porta-fólios e da sugestão de linhas estratégicas, depreendemos algumas linhas de complementaridade, que já vem se perfilando à luz da análise prévia:

- Parceria dos hospitais em torno do eixo das neoplasias, centralizado no HCF como referência da área
- Parceria em torno do pólo de trauma, representado pelo HLJ
- Expansão de segmentos do HRPS para escoar parte da clientela dos outros dois hospitais em filas de espera (hérnias, cirurgias de pequeno porte, litíases, etc.)
- Melhora significativa do sistema de comunicação e de transporte de pacientes e dos mecanismos formais de articulação da rede, etc.

Estes e outros pontos serão desdobrados a seguir, na apresentação de uma síntese geral da estratégia de do plano de ação dos hospitais, que representa a base de consenso a que se chegou, em reuniões conjuntas, em função da negociação apoiada na aplicação do enfoque de análise em pauta.

3.5-Síntese propositiva das estratégias e planos de ação dos três hospitais da AP-4

a) HOSPITAL CARDOSO FONTES

Segmentos: Tumores , hérnias de parede, litíases, emergências traumática e não traumática, hospital-dia/ambulatório, doenças da motilidade, pancreatite, doença ácido-péptica, hipertensão Porta.

Estratégia:

- Expansão: 1) Tumores Ap. Digestivo e Glân. Endócrinas; 2) Litíases; 3) Hérnias
- Diminuição ou recorte: Emergência traumática
- Manutenção: restante dos segmentos

Principais ações:

Segmento Tumores:

- Contratação ou captação na rede de 02 cirurgiões (nota 13, controle FCS) e 03 anestesistas
- Compra de equipamentos ou realização de parcerias que disponibilizem os mesmos: endoscopia com ultra-som acoplado, tomógrafo helicoidal, ressonância magnética, radioterapia .
- Equipar a Anatomia Patológica com Histoquímica e aumentar o pessoal do laboratório respectivo: 02 anatomopatologistas e 03 técnicos (nota 10, controle FCS)
- Reativar setor de necrópsias
- Equipar o laboratório de Patologia Clínica com marcadores tumorais (nota 10, controle FCS)
- Disponibilização de radiologia intervencionista

- Criação de Comissão de Oncologia, com 01 cirurgião, 01 oncologista clínico, 01 anatomopatologista e 01 radioterapeuta, que discuta uma política de Câncer com protocolos claros de atendimento e de encaminhamento.

Segmentos litíases e hérnias de parede:

- Parcerias com os Hospitais da área para reduzir lista de espera
- Melhorar o fluxo de pacientes, privilegiando pacientes referenciados, implicando no aumento da capacidade resolutive da rede básica e dos níveis de menor complexidade
- Regularizar o fornecimento de telas polipropileno.

Segmentos emergência traumática e não traumática:

- Referenciar traumas ortopédicos para o HLJ
- Disponibilização de Radiologia Intervencionista e ultra-sonografia (24 horas)
- Disponibilizar vagas do CTI, quando necessário
- Disponibilizar videolaparoscopia sempre que necessário
- Reestruturar banco de sangue
- Reestruturação física da Emergência

Comum aos Segmentos:

- Manutenção permanente preventiva e corretiva dos equipamentos

b) RAPHAEL DE PAULA SOUZA

Segmentos: HD, patologias do tubo digestivo, hérnias de parede, vias biliares, videocirurgia, cirurgia de pescoço, procedimentos endoscópicos

Estratégia:

- Manutenção: Cirurgia de pescoço

- Expansão: Hospital-dia; patologias do tubo digestivo; hérnias de parede; vias biliares; videocirurgia; procedimentos endoscópios

Principais ações:

- Construir/instalar o CTI, comum aos vários segmentos que precisam do suporte de CTI e principal demanda..
- Parcerias com o HCF e o HLJ (e com a rede básica) para captação de pacientes externos que diminuam a lista de espera desses hospitais nos segmentos : litíases, hérnias de parede, HD, patologias de tubo digestivo (principalmente câncer gástrico) e nas hérnias inguinais e de hiato.
- Aumentar, através de contratação ou de captação na rede, a equipe de auxiliares de enfermagem com mais 12 profissionais (nota 10, controle FCS) e de instrumentadores cirúrgicos (06 estagiários). Treinar e reciclar o pessoal de apoio (nota 07, controle FCS). Esta área de atuação comum aos vários segmentos representa enfrentar um dos pontos mais fracos do Hospital que compromete sua competitividade e contribuir para realização de parcerias para a captação de pacientes externos.
- Adquirir ou disponibilizar, através de convênios ou parceria, tomografia computadorizada nos hospitais da área
- Disponibilizar a realização de marcadores tumorais (demanda para a reativação dos mesmos no HCF)
- Disponibilizar exames de ressonância magnética, quando necessário
- Comprar equipamentos de radiologia/Ultra-sonografia para os segmentos de vias biliares e videocirurgia: equipamento de radiologia portátil, com intensificador de imagem, tipo arco cirúrgico, para o Centro Cirúrgico; videocoledoscópio; mesa cirúrgica com espaço para entrada de aparelho radiológico tipo arco. Esta ação envolve a necessidade de contratar 07 técnicos de radiologia.

- Aumentar a sinergia com o ambulatório, o PSF e a Clínica Médica para captação interna de pacientes
- Melhorar o fluxo de insumos em geral e a manutenção e conserto de equipamentos (questão que depende de uma maior autonomia financeira)
- Incorporar mais um cirurgião para potencializar o HD
- Treinar profissionais principalmente para as técnicas de endoscopia digestiva e de videocirurgia
- Parceria com Hospital dos Servidores e outras Clínicas, para realizar exames de cintilografia e com o HCF ou outros para realizar dosagens hormonais (Cirurgia de pescoço)

c) HOSPITAL LOURENÇO JORGE

Segmentos: Trauma, cirurgia de fígado e vias biliares, emergência, videolaparoscopia, hérnias, hospita-dia/ambulatório, neoplasias.

Estratégia:

- Manutenção: Neoplasias, emergência, hérnias, HD
- Expansão: Trauma, Fígado e Vias biliares, Videolaparoscopia

Principais ações:

- Convênios para quimioterapia (HCF), radioterapia (INCA), marcadores tumorais (HCF) e anatomia Patológica (Imuno-histoquímica; HCF ou INCA) referentes ao segmento neoplasias
- Ampliação da sala de trauma através de obra já em andamento
- Treinamento dos cirurgiões para utilização do aparelho de Ultra-sonografia, dentro da sala de trauma

- Demandar uma política descentralizada de sangue, tendo como centro o HCF: eleger esse hospital como responsável pelo fornecimento de sangue das área. (Notas 8 do HLJ e 10 do HCF pelo controle do FCS)
- Melhorar o setor de imagem (comum a vários segmentos): conserto do tomógrafo atual e aquisição para a área de tomógrafo helicoidal³ para agilizar e melhorar a imagem; aquisição de ultra-som portátil para uso no centro cirúrgico, importante para fígado e vias biliares, trauma e CTI; fornecimento de filmes adequados para o RX; disponibilizar o funcionamento do equipamento 24 horas (necessidade de contratação de mais técnicos)
- Obra para mais uma sala de Cirurgia (já aprovada) no HLJ de utilidade para vários segmentos. Conseqüentemente, disponibilização de mais 4 leitos de enfermaria. Parceria com o HRPS para absorver parte as lista de espera, enquanto dura a obra⁴
- Criação de uma U.I. Cirúrgica (para o pós-operatório de cirurgia geral e ortopedia de grande porte, negociando com outras especialidades (Pediatria Clínica) a disponibilização de 8 leitos.
- Parcerias com o Hospital Miguel Couto para encaminhar tratamento em neurocirurgia, cirurgia vascular, otorrino, oftalmologia e cirurgia plástica e com o HCF para urologia e tórax. Melhorar o apoio logístico de transporte e comunicação.
- Demandar estudo para avaliar a importância/viabilidade de um Serviço de Neurocirurgia na área ou aumentar este serviço na rede municipal.

³ A aquisição do tomógrafo helicoidal gerou grande discussão, porque havia sido efetuado recentemente um *up grade* num tomógrafo do HCF que permitiria mais de 400 exames por dia. Manteve-se a demanda para que, no futuro, possa se pensar na disponibilização de um para a Área, como um todo. De todo o modo, O HCF ficou como referência para os exames para a Área toda, desde já.

⁴ Esta parceria continua atualmente, embora a obra já tenha sido finalizada, desafogando a fila do LJ.

- Conserto urgente do endoscópio e aquisição de novo instrumental para cirurgia laparoscópica
- Treinamento de profissionais em procedimentos endoscópicos (diagnósticos e terapêuticos) e laparoscópicos
- Atualização permanente da equipe médica em fígado e vias biliares e no segmento de Trauma.
- Disponibilizar exames radiológicos dinâmicos (destaque para a coleangiografia dinâmica)
- Manutenção descentralizada preventiva e corretiva dos equipamentos e regularização do fluxo de insumos em geral (telas por exemplo)
- Ampliação dos kits de laboratório (lipase, PCR, etc.)
- Disponibilizar recursos de terapia intensiva (monitorização invasiva, etc.)

Quadro 9-Síntese geral das estratégias de ação

Estratégia e PlanoS de Ações	HCF	HLJ	HRPS
Expandir o segmento de trauma na área	Referenciar o paciente traumático para o HLJ Reestruturação física da emergência	Aumentar a Capacidade de oferta do segmento com mais uma sala de cirurgia; uma U.I. Cirúrgica; mais leitos e melhora do suporte de Imagem Parcerias com o HMMC e o HCF para encaminhar pacientes de áreas não cobertas (neurocirurgia, vascular, torácica, urológica...)	Não pertinente
Consolidar um pólo de referência em tumores	Expandir o segmento com mais profis-sionais e mais complexidade tecnológica: marcadores tumorais; endoscopia com ultra-Som acoplado; reestruturação da Anatomia Patológica (incorporando imuno-histoquímica); melhora do suporte de Imagem; melhora do tratamento complementar (radioterapia) através de aquisição do equipamento ou convênios (INCA) Criação de uma Comissão de Oncologia do Hospital	Convênios para tratamento complementar (c/ o HCF em Quimioterapia), Anatomia Patológica (Histoquímica) e Marcadores Tumorais (HCF) Radioterapia (convênio com o INCA)	Parceria com o HCF para captar pacientes de modo a diminuir lista de espera, do último, em Câncer Gástrico (e em Tubo Digestivo em geral) Reivindicação de convênio para marcadores tumorais

Melhoria do Suporte de Imagem	Aquisição de Tomógrafo Helicoidal Maior acesso à Ressonância Magnética através de parcerias/convênios ou compra do equipamento para a AP 4 Disponibilizar Radiologia Intervencionista e Ultrasonografia (24 horas)	Aquisição de Tomógrafo Helicoidal Conserto do tomógrafo (já providenciado) Conserto e manutenção do endoscópio Novo instrumental para videolaparoscópio Disponibilizar exames radiológicos dinâmicos	Disponibilização através de convênio de tomografia (apoio ao aumento de capacidade para a AP 4) Compra de Equipamentos de Radiologia e Ultrasonografia para os segmentos de Vias Biliares e Videocirurgia Acesso à ressonância
Política descentralizada de Sangue para a AP- 4	Reestruturação do Banco de Sangue visando ser referência para a área	Definir uma política de captação e distribuição adequada de sangue para a área	
Aumentar a capacidade de oferta de terapia intensiva	Disponibilizar leitos do CTI para CG quando necessário	Disponibilizar recursos de terapia intensiva (monitorização invasiva) Otimização dos leitos de CTI através da criação da U.I	Criar/Instalar CTI no hospital para viabilizar a expansão dos vários segmentos da C.G. e para apoiar as outras especialidades do hospital
Aumentar a equipe médica	02 cirurgiões; 03 anestesistas; 02 anatomopatologistas		01 cirurgião para o HD
Aumentar equipe de enfermagem; de técnicos de laboratório, de radiologia e imagem; e de pessoal de apoio	03 técnicos de laboratório (Anatomia Patológica)	07 técnicos para tomógrafo (já resolvido através da Cooperativa)	12 auxiliares de enfermagem 06 instrumentadores 07 técnicos radiologia

<p>Resolver a lista de espera do HCF e HLJ em hérnias e litíases e outros segmentos</p> <p>Aumentar a resolutividade da rede Rásica e desenvolver um trabalho em rede hospitalar</p>	<p>Melhorar o fluxo de pacientes, recebendo pacientes referenciados</p> <p>Parcerias com Hospitais da área, para diminuir lista de espera</p> <p>Implementar uma política real de hierarquização que passe pelo aumento da capacidade resolutiva da rede básica e pelo estabelecimento de uma rede de referência e contra – referência na área.</p>	<p>Parcerias (com o HRPS) para encaminhar pacientes e melhora do fluxo de pacientes (embora a nota do controle do FCS respectivo é 19)</p>	<p>Parcerias para captação externa de pacientes da Área para diminuir lista de espera dos outros hospitais</p> <p>Desenvolver um sistema hierarquizado e integrado na área.</p>
<p>Política de manutenção descentralizada que permita a manutenção permanente corretiva e preventiva de equipamentos</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p> <p>Conserto do endoscópio</p> <p>Reposição do material em geral</p>	<p>Sim</p> <p>Conserto das óticas de videocirurgia</p>
<p>Regularização do fluxo de insumos gerais e específicos (com destaque para as telas de polipropileno e as próteses)</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p> <p>Regularizar fornecimento de “kits” para procedimentos invasivos guiados pela tomografia e de “kits” cirúrgicos para procedimentos endoscópicos</p>	<p>Sim</p> <p>Regularizar fornecimento dos cliques e fios cirúrgicos, telas de polipropileno e borrachas de vedação para videocirurgia</p>

Ações de capacitação e treinamento	Capacitação e treinamento em videolaparoscopia e em imagem; potencialização do ensino da residência através de fortalecimento do setor de laboratório e de necropsias ligado ao segmento de tumores e outros	Prioridade para capacitação em procedimentos endoscópicos e video laparoscópicos e para o uso de equipamentos de imagem em geral; ênfase na atualização permanente da equipe médica dos segmentos de fígado e vias biliares e de trauma	Capacitação em procedimentos endos-cópicos e videola-paroscópicos; em imagem em geral; do suporte de enfermagem (incluir instrumentadores cirúrgicos) e do pessoal de apoio
------------------------------------	--	---	---

Esta síntese propositiva do plano de ação dos hospitais da AP-4 foi discutida e referendada em reunião conjunta promovida pela CAP-4, em dezembro de 2000, em que se fizeram alguns registros de cumprimento das propostas delineadas, que correspondem a desdobramentos dos planos de ação e se estabeleceram novas proposições complementares:

- Em relação ao Banco de Sangue, surge a proposta de negociação com a Hemorede -Barraleta para aquisição de material, visando equipar o Banco de Sangue do Hospital Cardoso Fontes
- Registra-se a realização de reunião da Comissão de Oncologia da AP 4 para discussão de temas pertinentes : levantamento de necessidades e problemas respectivos; estabelecimento de protocolos de atendimento e de encaminhamento para orientar a rede; decisão de apresentar um documento com os resultados preliminares da discussão. Desta maneira, o que era inicialmente uma proposta do HCF se transformou em um projeto conjunto. O documento elaborado, inicialmente chama a atenção para a necessidade de resolver a questão dos marcadores tumorais e da imuno-histoquímica, disponibilizando, neste último caso, o kit respectivo e treinando técnico para processar o mesmo; manter regularizado o fluxo de insumos; habilitar enfermeiros para quimioterapia; controlar os medicamentos que os pacientes estão tomando; realizar cadastro de pacientes para garantir o suprimento de

todos os medicamentos; regionalização do atendimento da oncologia; disponibilizar leitos de apoio para pacientes terminais; constituir equipes interdisciplinares para o atendimento hospitalar do paciente.

- Proposta de priorizar a articulação com a Rede Básica: necessidade de discutir propostas concretas, como por exemplo, a possibilidade dos cirurgiões da ponta irem ao hospital participarem de atividades e, os cirurgiões dos hospitais irem até o PAM para realizarem atividades de atendimento e orientação. Proposta de Câmaras Técnicas Regionais, integrando cirurgiões dos hospitais e PAMs.
- Registra-se que a obra do Centro Cirúrgico do HLJ se encontra finalizada e a parceria com o RPS funcionou bem e deve continuar.
- Observa-se que a parceria entre o CF e o RPS deve ser ainda afinada em vários aspectos.
- Propõe-se priorizar a reestruturação física da emergência do HCF.
- Propõe-se a criação de Centrais Regionais de Engenharia Clínica, como parte de uma política de descentralização e aprimoramento da política de manutenção.
- Proposta de reuniões periódicas entre gerentes administrativos e médicos.
- Proposta de uma política de material que implique em rever a grade de material de consumo dos hospitais anteriormente federais, em realizar um inventário exaustivo do material cirúrgico, em disponibilizar a informação sobre material com rapidez e na proposta de não manter os armários de material de consumo cirúrgico fechados.
- Proposta de que a Oncologia do HCF seja alvo de um processamento sistemático também através da *démarche*.

Antes de apresentar, a seguir, o plano detalhado de atividades por segmento de cada hospital, considerando os vários fatores-chave de sucesso respectivos, que operam como balizas da listagem de ações, é importante comentar que as grandes diretrizes

contidas no quadro anterior de Síntese Geral das Estratégias de Ação representam eixos de forte complementaridade. Além das linhas já apontadas, a partir da leitura dos porta-fólios, há o reconhecimento comum de uma política descentralizada de sangue na área, que implique num reaparelhamento substantivo do Banco de Sangue do HCF; de uma política descentralizada de manutenção de equipamentos; de uma revisão da política de recursos humanos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, que permita a incorporação dos recursos necessários; de uma melhora substantiva do setor de imagem através, por exemplo, do compartilhamento de um tomógrafo helicoidal e de parcerias em torno da ressonância magnética; do pleito básico do HRPS sobre o Centro de Terapia Intensiva, etc. O reconhecimento, através da discussão, dos pontos fortes e fracos e das ameaças e oportunidades do ambiente hospitalar da especialidade em pauta, gerou uma surpreendente unanimidade em torno de uma política comum e de um trabalho em rede hospitalar. O enfoque ajudou a sistematizar esse reconhecimento e a ensejar um detalhamento das prioridades e necessidades de cada serviço. Acreditamos, em função desta constatação, que o enfoque se torna um instrumento de planejamento estratégico regional (de coordenação de serviços) viável e operativo, em que pese a complexidade.

3.5.1-Plano de Ação do Hospital Lourenço Jorge por Segmentos

Segmento: Trauma

Estratégia Geral: Expansão do segmento, com atendimento geral, exceto neurocirúrgico (traumatismo craniano), encaminhando-se os pacientes com necessidade de tratamento especializados a outras instituições.

Justificativa: a grande demanda na área, a localização do hospital em uma via de fácil acesso e a motivação dos profissionais, assim como a diferenciação com tecnologias específicas, no atendimento do trauma, justificam a expansão deste segmento.

Ações a partir dos fatores-chave definidos

a) Cirurgiões habilitados (nota:19)

- Treinamento continuado para manter a qualidade/atualização do atendimento

b) Sala de Trauma (nota: 18)

- Treinamento dos cirurgiões para utilização do aparelho de ultra-sonografia dentro da sala (treinamento interno)
- Ampliação da Sala de Trauma através de obra já em andamento.

c) Unidade de sangue (nota 8)

- Adequar o fornecimento de sangue, de acordo com as necessidades do hospital (levantar necessidades não só para cirurgia geral, mas para o hospital como um todo)
- Campanhas de esclarecimento/captação de doadores (responsável: CAP/SMS)
- Demandar uma política descentralizada para sangue, elegendo o Banco de Sangue do Cardoso Fontes como responsável pelo fornecimento de sangue para a área.

d) Imagem (para vários segmentos)

- Conserto do equipamento de tomografia que está quebrado há um ano levando ao encaminhamento dos pacientes para outras instituições e dificultando muitas vezes o diagnóstico e indicação terapêutica. (conserto realizado em outubro)
- Aquisição de tomógrafo helicoidal para melhorar a qualidade da imagem e agilizar exames. O hospital possui equipe que permitirá o funcionamento 24 horas (levantar necessidades mensais de tomografias – estimativa de produção)
- Aquisição de ultra-som portátil
- Regulamentar o fornecimento de kits para procedimentos invasivos guiados pela tomografia
- Manutenção permanente, corretiva e preventiva dos equipamentos (equipe da SMS?)

- Disponibilizar o funcionamento do equipamento 24 horas por dia (tem demanda)
- Contratação de 7 técnicos para operar tomógrafo (já encaminhado/resolvido; houve aumento de ¼ da carga horária)

Raio X

- Fornecimento de filmes adequados para melhorar a qualidade do produto final, nem sempre a imagem é boa, dificultando o diagnóstico. (Responsável: CAP)

e) Suporte do Centro Cirúrgico

- Necessidade de mais uma sala cirúrgica. (obra já aprovada)
- Realização de acordo com o Raphael de Paula Souza, para absorção de parte da fila de espera, durante o período das obras.

f) Equipamentos

- Reposição de material cirúrgico de boa qualidade (tesouras, pinças)
- Durante o tempo em que o Centro Cirúrgico estará em obras, será feito um levantamento completo das condições e das necessidades de reposição.
- Manutenção dos equipamentos e material (proposta de descentralização da equipe de manutenção do município)
- Treinamento dos profissionais para utilização dos equipamentos, modo de manipulação etc.
- Adequação do fornecimento volume de insumos (revisão de cotas de acordo com o aumento do número de cirurgias previsto).

g) Leitos de Enfermaria

- Disponibilizar mais 4 leitos de enfermarias, considerando a expansão do segmento a partir de mais 1 sala de cirurgia.

h) CTI/UI

- Criar uma UI cirúrgica (para cirurgia geral e ortopedia), negociando a disponibilidade de 8 leitos exclusivamente para pacientes cirúrgicos, através da seguinte estratégia: revisão da necessidade de leitos da Pediatria Clínica e negociação sobre a possibilidade de aproveitamento destes para UI cirúrgica. A idéia seria diminuir leitos de longa permanência, manter a emergência na Pediatria Clínica e a curta permanência, o que liberaria a quantidade necessária de leitos.

Justificativa: a necessidade de pós-operatório das cirurgias de grande porte. Hoje, há suspensão de cirurgias. O paciente é mantido no CTI, porque não pode ir direto para a enfermaria. Pacientes graves, muitas vezes vão para o CTI, ocupando uma vaga porque não podem ficar na enfermaria

i) Parcerias

- Formalizar parceria com o hospital Miguel Couto para encaminhar continuidade do tratamento em neurocirurgia, cirurgia vascular, otorrino, oftalmo, cirurgia plástica e com os hospitais Cardoso Fontes para tórax e urologia.
- Demandar um estudo para avaliar a importância/viabilidade de implantar um serviço de neurocirurgia ou viabilizar este serviço em mais hospitais no município.
- Melhorar o transporte/remoção de pacientes e os serviços de comunicação.

Segmento: Cirurgia endoscópica

Estratégia: expansão do segmento, atendendo à demanda da área com potencial de atendimento regional.

Justificativa: Com o domínio da tecnologia e com a disponibilidade de recursos do hospital, as cirurgias, hoje realizadas de forma convencional, serão endoscópicas, com vantagens para o paciente, cuja recuperação é mais rápida e para o

hospital, já que a diminuição do tempo de internação, a maior rotatividade de leitos trará importante melhoria na relação custo/benefício.

a) Equipe médica

- Desenvolvimento de experiência em procedimentos endoscópicos.

b) Equipamento

- Consertar o endoscópio urgente (Direção/SMS) – manutenção adequada
- A aquisição de "kits" para procedimentos cirúrgicos: papilôto, kit de gastrostomia, "básketes", "fogartys" biliares, etc. – Proposta: SUS pagar grampeador de cirurgia endoscópica; ele paga o grampo.
- Justificativa: melhorar a relação custo/benefício.
- Rediscutir, atualizar regras de licitação para manutenção, considerando a especificidade/ complexidade de cada equipamento, inclusive os novos para os quais existem poucas empresas que fazem manutenção, havendo muitas vezes necessidade de enviar para outras cidades ou exterior. Prever no contrato, a possibilidade da empresa deixar um equipamento até chegar o conserto, como em alguns contratos com hospitais privados.

c) Videolaparoscópio

- Adquirir novo instrumental para cirurgia laparoscópica (pinças, etc.) através da CAP.

d) Exames de imagem

- Conserto de aparelho de tomografia (já consertado, mas é preciso agilizar e melhorar a qualidade da imagem)
- Manutenção permanente de equipamentos
- Disponibilizar exames radiológicos dinâmicos– esofagografia, seriografia, coleangeografia, clister opaco, etc. Tais exames atenderiam também à Clínica Médica.

- Disponibilizar realização de coleangeografia dinâmica (hoje só utilizada pela ortopedia)

- Instalação de tomada especial nas salas de cirurgia (chefe do Centro Cirúrgico)

e) Centro Cirúrgico

- Adequar instalação elétrica
- Ampliação através de obras já aprovadas

f) Próteses, suturas mecânicas, etc.

- Aquisição de grampeadores endoscópicos
- Regularizar com urgência o fornecimento das telas (SMS)
- Regularizar o uso de grampeador para cirurgia endoscópica (SMS/através de revisão de normas do SUS)

g) Suporte de enfermaria

- Com a expansão do segmento haverá necessidade de mais 4 leitos (os mesmos do segmento trauma, repensar área física)
- Criação de UI, através da negociação com a pediatria clínica para disponibilização de mais 8 leitos (mesma estratégia Segmento Trauma)

Segmento: Cirurgia de fígado e vias biliares

Estratégia geral: Expansão do segmento, investindo gradativamente em procedimentos mais complexos, propondo-se a absorver parte da demanda do município, não se atendo à demanda local apenas.

Justificativa: a expansão justifica-se pela demanda existente e em razão do grande domínio da tecnologia avançada, por parte dos profissionais do hospital que possuem alto nível de especialização, bem como pela evolução tecnológica verificada nos procedimentos englobados pelo segmento, que permitem um atendimento de maior qualidade ao paciente.

Ações

- a) – Equipe Médica – Treinamento continuado para atualização permanente
- b) – Imagem
 - Tomografia (Necessidade de melhorar a qualidade da imagem, idealmente conseguida com o tomógrafo helicoidal).
- c) – Endoscopia diagnóstica
 - Aquisição de ultra-som portátil para uso no centro cirúrgico. Importante para este segmento, para o de trauma e para atender os doentes internados no CTI que não podem locomover-se.
 - Consertar o endoscópio (cirurgias sendo encaminhadas para outras instituições – 5 por dia). – 1 semana em média de espera para conseguir os exames.
- d) – Endoscopia terapêutica
 - Aquisição de kits (os mesmos acima)
 - Treinamento de 2 endoscopistas (existe um residente que faz hoje os procedimentos)
- e) – Material cirúrgico
 - Reposição e manutenção do material, instrumental cirúrgico (há 5 anos não há reposição.)
 - Aquisição de afastadores e material específicos.
- f) – Exames laboratoriais específicos
 - Convênio com Cardoso Fontes para realização de exames laboratoriais (marcadores tumorais)
- g) – Banco de Sangue
 - Adequar o fornecimento à demanda (será levantada a necessidade do hospital)

- Demandar ao Município uma política para sangue, descentralizada, considerando as necessidade da área, elegendo o Banco do Cardoso Fontes como fornecedor da área.

h) – Suporte de terapia intensiva/UI

- Otimização dos leitos de terapia intensiva a partir da montagem da UI cirúrgica
- Disponibilizar recursos de terapia intensiva (monitorização invasiva, etc)

Segmento: Neoplasias

Estratégia Geral: Manutenção do segmento, encaminhando os pacientes para tratamentos complementares como rádio e quimioterapia para INCA e HCF.

Justificativa: este é um segmento que tem demanda, mas que exige um alto investimento e procedimentos especializados. Como o Hospital Cardoso Fontes está cadastrado no programa Cacoön do município, controlando boa parte dos fatores-chave de sucesso necessários, é a instituição mais adequada para desenvolver e se diferenciar, neste segmento, na AP4.

a) – Exames laboratoriais

- Convênios para realização de exames (marcadores tumorais) com Cardoso Fontes, INCA...

b) – Endoscopia digestiva

- Conserto de equipamento e manutenção

c).Tomografia

- Conserto do equipamento (já foi consertado, mas há necessidade de melhorar a qualidade da imagem, o que poderá ser feito com a aquisição de tomógrafo helicoidal)
- Regulamentar o fornecimento de kits para procedimentos invasivos

d) – Anatomia patológica/congelação

- Parcerias com INCA para realização de exames de imuno-histoquímica (ou com HCF, caso este incorpore esse tipo de exame)

e) - Suporte de Enfermaria/UI/CTI

- Criar a UI cirúrgica

f) - Parcerias

- Com Cardoso Fontes para tratamento complementar em quimioterapia, psicoterapia;
- Com o INCA para radioterapia.

Segmento: Hérnia

Estratégia: manutenção do segmento nos atuais níveis de produção.

Justificativa: já existe um volume de produção alto e, além disso, todos os hospitais da área fazem este tipo de atendimento.

1.Próteses: (era um fator-chave de sucesso, com alto controle pelo hospital, até que o fornecimento foi paralisado)

- Regulamentar o fornecimento das telas (SSH/SMS) Obs. :Já resolvido.

2.Suporte Centro Cirúrgico (área física)

- Disponibilizar nova sala de cirurgia (obra já aprovada)

3.Suporte de enfermaria:

- Liberação de 4 leitos da enfermaria, através da criação da UI cirúrgica, necessários em razão da alta demanda.

Segmento hospital-dia

Estratégia geral: manutenção do segmento, nos atuais níveis de produção

Justificativa: o volume de produção já é alto e o hospital não tem interesse em ampliar este segmento.

Área física:

- A nova sala cirúrgica resolverá parte do problema da limitação da área física.
- Apesar de certa limitação da área física, chegou-se à conclusão de que não vale a pena investir em obras, RH e insumos, já que a estratégia definida para este segmento é de manutenção e não de expansão.

Segmento: Emergência

Estratégia: Manutenção do segmento nos níveis atuais de produção

Justificativa: a opção do hospital é crescer em trauma, onde se diferencia e a demanda é crescente, e manter a produção atual neste segmento.

a) Área física

- Trabalha acima da necessidade, mas não tem como crescer a área física.
- Exames laboratoriais: equipar o laboratório com kits específicos como: lipase, PCR, etc.
- Reunião com o chefe do laboratório para identificar necessidades específicas.

Imagem

- Conserto da tomografia (já resolvido)
- Kits para procedimentos invasivos por imagem

Suporte de internação

- Com a criação da UI cirúrgica, resolve-se a demanda, inclusive dos plantões.

Segmento: Cirurgia ginecológica

Obs: as cirurgias realizadas por este cirurgião foram incorporadas a outros segmentos (neoplasias e cirurgia endoscópica)

3.5.2-Plano de Ação do Hospital Cardoso Fontes por Segmentos

Segmento: Tumores do aparelho digestivo e glândulas endócrinas

Estratégia: Expandir o segmento na perspectiva de se tornar referência para a Área (AP4).

Justificativa: O serviço de Cirurgia Geral pretende se diferenciar, investindo neste segmento a partir das seguintes justificativas apontadas: a) aumento da expectativa de vida da população (crescimento do número de idosos e de doenças crônico- degenerativas); b) os planos de saúde para esta faixa etária são bastante onerosos, levando a uma maior procura das instituições públicas de saúde; c) o Hospital Cardoso Fontes está cadastrado no projeto CACOON, pela SMS, como Centro de Referência em Câncer e especificamente em tumores digestivos; d) na Área (AP4) é pequena a concorrência para atender a demanda;

Ações considerando os fatores-chave de sucesso

a) Equipe médica

- Reforçar a sinergia com o Serviço de Oncologia do Hospital e criar a Comissão de Oncologia, formada por 1 cirurgião, 1 oncologista, um anatomopatologista e 1 radioterapeuta (conveniado ou próprio)
- Contratação ou captação na rede de 2 cirurgiões e 3 anestesistas para o serviço de Cirurgia Geral. Outra opção poderá ser a extensão de carga horária de um ou mais profissionais do próprio hospital. (já existe um que se dispõe a isto)

b) Equipamentos

- Formalização de um convênio para disponibilizar exames de ressonância magnética (Colangiressonância) ou compra da aparelhagem para a AP4 e o município. O diagnóstico preciso e estadiamento das lesões hepato-biliares hoje é melhor atendido pela colangiressonância magnética. Além disso, diminui o custo, pois o diagnóstico realizado pela colangiopancreatografia endoscópica retrógrada exige além de equipamento endoscópico e radiológico, anestesista e radiologista.
- Aquisição de 1 aparelho de videolaparoscopia (compra já efetuada)
- Treinar pessoal (médico e de enfermagem para trabalhar com videolaparoscopia).
- Compra de aparelho de endoscopia com ultra-som acoplado.

Justificativa: Para o serviço de cirurgia geral do HCF, referência em câncer na área, o endoscópio com ultra-som acoplado permite uma visão externa do tubo digestivo. Esclarece o grau de penetração tumoral na parede do órgão. Assim, em tumores aparentemente pequenos na visão do endoscopista, o ultra-som pode mostrar grande penetração parietal e vice-versa, lesões grandes podem estar restritas à luz do órgão. Enfim, permite um melhor estadiamento do tumor.

- Aquisição de um tomógrafo helicoidal (fator importante não só para este segmento)

Propõe-se a troca do equipamento convencional pelo helicoidal, com base na análise das seguintes vantagens deste último:

1. Maior rapidez na execução dos exames, conseqüentemente aumentando o nº de exames/dia. Hoje a média é de 400 atendimentos/mês, podendo-se atingir 900 exames.
2. Melhorar a qualidade diagnóstica, principalmente nas tomografias de tórax e abdômen, viabilizando reconstruções arteriais, podendo substituir arteriografias convencionais. Isto é imprescindível numa unidade de referência para tratamento do câncer

3.A rapidez de reconstrução da imagem, poderá reduzir o tempo de sedação por anestesia e até dispensar a sedação, principalmente em pediatria.

4.Este equipamento seria o único de referência para a região

Observação: O tempo por imagem convencional é de 20 segundos; por imagem helicoidal é de 1,5 segundos.

- Manutenção sistemática preventiva e corretiva de equipamentos (o ideal seria a descentralização, pelo menos no nível da Área (AP-4) para maior agilidade)

c) Laboratório de anatomopatologia

- Contratação de 2 anatomopatologistas e de 3 técnicos para o Laboratório de Anatomia Patológica, visando aumentar a produção e qualidade.
- Equipar a anatomia patológica com histoquímica

Justificativa: Técnica necessária para diagnóstico preciso e indicação terapêutica na área de Oncologia, Sida e patologias de colo uterino (o HCF é pólo de mama). Determinação de fenótipos celulares em sarcoma. Determinação de tumores primários em material de metástases, facilitando o manuseio terapêutico dos pacientes. Indicação de prognóstico e dependência hormonal em tumores de mama e próstata, classificação de linfomas para a orientação terapêutica. Torna diagnósticos mais precisos, evitando erros técnicos de classificação

Ações necessárias para implementar esta medida:

- ✓ Fornecimento regular de kits e insumos em histoquímica (compra de reveladores)
- ✓ Treinamento de 1 técnico de laboratório, através de convênio com o INCA, para realização de exames em Histoquímica (responsável: Dra.Glória)
- ✓ Reforma da sala para a realização desta técnica
- ✓ Instalação de ar refrigerado central
- ✓ Compra de um microondas

✓ Instalação de exaustores nas salas técnicas

d) Laboratório de Patologia Clínica

- Equipar o Laboratório de Patologia Clínica com marcadores tumorais
- Formalização de convênio para dispor de tratamento em radioterapia ou aquisição do material. O hospital, voltado para neoplasias possui os requisitos de cirurgiões e oncologistas clínicos para tratamento cirúrgico e quimioterápico. Há necessidade de tratamento radioterápico, seja por aquisição de aparelhagem, seja por convênio com serviços, dependendo da avaliação custo-benefício.
- Disponibilização de radiologia intervencionista Esta tecnologia permite, além do diagnóstico por imagens, o tratamento e coleta de material para exames. Exemplos: drenagem de abscessos hepáticos, abscessos pancreáticos, de canalículos biliares nas icterícias, punções biópsias dirigidas por ultra-som ou tomografia. O Serviço de Radiologia do HCF já realiza punções biópsias prostáticas e mamárias.
- Reativação do Setor de Necropsia, justificada pela sua importância num hospital de referência em oncologia (patologia tumoral), que conta com residência médica. Para tal, as seguintes ações seriam necessárias:
 - ✓ Reforma da sala, visando inclusive a área de esgoto sanitário e localização adequada.
 - ✓ Instalação de exaustores
 - ✓ Destinação do banheiro para uso de quem estiver na sala de necropsia.
 - ✓ Compra de aparelhagem para a macrofotografia
 - ✓ Compra de material específico de corte em tecidos humanos: facas, tesouras, serra elétrica, pinças, afastadores, aspiradores, linhas especiais e agulhas especiais para a costura de cadáveres
 - ✓ Roupas específicas para uso em sala necropsia.
 - ✓ Contratação de:

- . 4 técnicos de necrópsia (2º. grau, noções de anatomia humana),
- . 2 auxiliares técnicos (1º. grau), para a limpeza de material de uso específico

O investimento no segmento tumores do aparelho digestivo e glândulas endócrinas é um fator de diferenciação do Cardoso Fontes com relação aos outros hospitais da área, pois este hospital encontra-se cadastrado pela SMS no projeto CACOON (nível 1), tornando-se referência para a área e município.

As principais demandas referem-se à contratação e/ou aumento de carga horária para profissionais (médicos-cirurgiões, anatomopatologistas e técnicos), à compra de equipamentos e ao desenvolvimento de tecnologias. O investimento, especialmente no Laboratório de Anatomopatologia, justifica-se plenamente devido ao grande aumento na demanda por exames especializados ligados, principalmente, a patologias decorrentes do câncer e conseqüente aumento da responsabilidade com relação ao diagnóstico e à indicação terapêutica. Ainda com relação à Anatomia Patológica, destaca-se também a reativação do setor de Necropsias, tendo em vista a condição de referência em Câncer do Hospital e o desenvolvimento da Residência Médica. O projeto de telepatologia que não atende somente à cirurgia geral, mas a várias outras especialidades também é um importante fator para aumentar a qualidade dos resultados e a segurança no diagnóstico e indicação terapêutica.

Segmento: Litíases

Estratégia: Expandir o segmento para dar conta da demanda crescente da patologia na Área Programática (AP4).

Justificativa: A demanda desta patologia na área é grande. O diagnóstico feito hoje através da ultra-sonografia é precoce; portanto, o encaminhamento para a cirurgia é mais rápido. A fila de espera deste procedimento no hospital é de aproximadamente de 3 (três) meses.

Ações:

- Aquisição de 1(um) aparelho de videolaparoscopia para o serviço.
- Nestas patologias os procedimentos laparoscópicos são os mais indicados, pois, diminuem o tempo de permanência, a taxa de infecção e, conseqüentemente melhoram a qualidade, proporcionando um retorno mais rápido do paciente ao trabalho. Para o hospital, a relação custo/benefício também é otimizada, diminuindo os custos da internação e aumentando a rotatividade de leitos. (obs: já efetuada a compra)
- Investimento no laboratório anatomopatológico para aumentar a produção através da contratação de anatomopatologistas e técnicos. (idem acima)
- Desenvolver parceria com os hospitais da área para absorver os pacientes da fila de espera, principalmente com o Raphael de Paula Souza que atualmente não tem fila de espera.
- Melhorar o fluxo dos pacientes, privilegiando pacientes referenciados, prontos para operar
- Disponibilização da radiologia intervencionista (idem acima)

Segmento: Hérnias

Estratégia: Expandir o segmento, na perspectiva de absorver a demanda existente.

Justificativa: Estas patologias, que hoje têm uma demanda crescente, deverão ser tratadas com uma certa brevidade, como forma de prevenir as obstruções advindas da demora no tratamento. Nestas patologias, a conduta do serviço é de cirurgia aberta, excepcionalmente através de videolaparoscopia.

Ações:

- Desenvolver parceria com os hospitais da rede para absorver os pacientes da fila de espera.
- Regularizar o fornecimento de telas de polipropileno, pois o serviço realiza este procedimento com o uso freqüente deste insumo. (já resolvido provisoriamente)

Segmento: Emergências não traumáticas

Estratégia: Este segmento deve ser mantido ou desenvolvido, dependendo da necessidade e de articulação com os outros hospitais da área. Contudo, mesmo não expandindo o segmento, há necessidade de investimento para melhorar a qualidade do atendimento. Este segmento se propõe ser referência para a área.

Justificativa: A emergência do hospital tem praticamente um perfil de atendimento das patologias não traumáticas, podendo estar orientada exclusivamente a este fim, pois não dispõe de ortopedistas, neurocirurgiões ou cirurgiões vasculares. A demanda atual justifica a permanência deste segmento, os profissionais estão aptos e motivados para oferecer este atendimento, e é de interesse da direção mantê-lo.

Ações

- Disponibilização de radiologia intervencionista e de ultra-sonografia (24 horas)
- Disponibilizar vagas do CTI, caso haja necessidade
- Compra de um aparelho de videolaparoscopia (o mesmo indicado acima, já adquirido)
- Reestruturar o espaço físico da Emergência (formalizar projeto; a CAP 4 já solicitou a um engenheiro a preparação de um projeto)

- Realizar articulação/parceria com os hospitais da rede e o Corpo de Bombeiros para que os mesmos encaminhem os pacientes não traumáticos para esta emergência.
- Melhorar o sistema de transportes de pacientes e a comunicação entre os hospitais (fazer projeto)
- Articulação com a rede para que atenda os casos que não emergência.

Segmento: Emergências traumáticas

Estratégia – Recortar o segmento, enfatizando o interesse em manter o atendimento dos traumas, em geral, com exceção dos neurocirúrgicos e ortopédicos.

Justificativa – as patologias traumáticas não são demandas freqüentes na Emergência do Hospital Cardoso Fontes, que se caracteriza pelo atendimento eminentemente de patologias abdominais agudas. Atualmente, não se conta com os profissionais especialistas já citados, não sendo detectada motivação por parte dos profissionais em ofertar este tipo de atendimento. O Hospital Lourenço Jorge tem um setor especializado em traumas que absorve esta demanda, pelo menos a traumatológica.

Ações:

- Realizar parceria com o Hospital Lourenço Jorge para referenciar pacientes com traumas ortopédicos.
- Disponibilizar o uso do aparelho de videolaparoscopia sempre que necessário
- Reestruturar o banco de sangue para que possa suprir não apenas as necessidades do Hospital, mas a demanda por sangue da área. Esta ação, de interesse geral, demandaria a necessidade dos seguintes recursos humanos: 2 técnicos de laboratório, 1 para a rotina do serviço (diarista de 2^a a 6^a) e 1 para o plantão de 4^a e 6^a feira; 1 auxiliar de enfermagem para o setor de coleta .

Segmento: Cirurgia ambulatorial, hospital-dia

Estratégia: Manter o segmento para atendimento da demanda atual. Melhorar a qualidade do atendimento.

Justificativa- Atualmente, o serviço já realiza estes procedimentos, atendendo a demanda, não sendo necessário investimento. As hérnias umbilicais e os tumores de partes moles são as patologias mais frequentes.

Segmento: Doenças da Motilidade

Estratégia: Manter o segmento para atender a demanda existente. Não há necessidade de investimento específico.

Justificativa – Este segmento deverá ser mantido no mesmo nível de produção atual. No momento a doença diverticular e o megacólon são as patologias atendidas.

Ações:

- Investimento nos Laboratórios de Anatomia Patológica e Patologia Clínica, como já solicitado para os outros segmentos

Segmento: Pancreatite

Estratégia: Manter o segmento para atender a demanda existente. Não há necessidade de alto investimento. Apenas melhorar a qualidade do atendimento

Justificativa: Este segmento deverá ser mantido no mesmo nível de produção atual.

Ações:

- Investimento nos Laboratórios de Anatomopatologia e Patologia Clínica e na Radiologia Intervencionista, como já solicitado para os outros segmentos.
- Disponibilizar vagas para o CTI, caso haja necessidade.

- Aquisição de um tomógrafo helicoidal (como já foi apontado acima)

Segmento: Doença ácido-péptica

Estratégia: Manter o segmento para atender a demanda existente. Não há necessidade de investimento específico.

Justificativa: As cirurgias de úlcera péptica têm diminuído diante da melhor eficácia do tratamento clínico. Apenas as esofagites de refluxo se mantêm no seu volume de atendimento. A concorrência na área programática é grande, não justificando investimento específico. Justifica-se o investimento em procedimentos videolaparoscópicos, comum a vários segmentos, para utilização nos casos de hérnia hiatal.

Ações

- Investimento nos Laboratórios de Anatomopatologia e Patologia Clínica, como já solicitado para os outros segmentos.
- Parceria com os hospitais da área para organizar o atendimento para estas patologias.
- Treinamento de profissionais em procedimentos de videolaparoscopia (comum a outros segmentos)

Segmento: Hipertensão porta

Estratégia: Manutenção ou expansão discreta do segmento, na perspectiva de absorver a demanda existente.

Justificativa: Embora estas patologias tenham hoje uma demanda reduzida, deverá ser feito algum investimento neste segmento, pelo fato de o HCF ser uma referência na área. Outro fator que mantém o volume destes procedimentos é a existência de um serviço de Gastroenterologia muito bem estruturado, drenando pacientes para a cirurgia

geral. Os procedimentos mais freqüentes são: esclerose de varizes, desconexão vaso-portal e "Shunt" venoso.

Ações:

- Investimento no laboratório anatomopatológico, para aumentar a produção, através da contratação de anatomopatologista e técnicos (idem outros segmentos)
- Disponibilizar vagas do CTI, caso haja necessidade.

3.5.3-Plano de Ação do Hospital Raphael de Paula Souza por segmento

Segmento hospital-dia

Estratégia: Expandir o segmento na perspectiva de aumentar a demanda, podendo absorver parte da fila de espera de hérnia dos hospitais Cardoso Fontes e Lourenço Jorge, patologia de grande volume da cirurgia geral.

Justificativa Atualmente, o segmento dispõe de boas condições para atender a demanda existente e absorver parte fila de espera de hérnia dos hospitais Cardoso Fontes e Lourenço Jorge, não necessitando de alto investimento. Devemos considerar que a patologia hérnia tem um grande volume de demanda na área e que é alvo de campanhas e mutirão do Ministério da Saúde, podendo o hospital receber pacientes encaminhados pelos serviços ambulatoriais e hospitalares.

Ações

- Captação de pacientes externos: estabelecer parceria com os hospitais Lourenço Jorge e Cardoso Fontes para absorver parte de suas filas de espera
- Captação de pacientes internos: estabelecer sinergia com os serviços do hospital em especial com o ambulatório geral e Programa de Saúde da Família.

- Contratação de 1 cirurgião, possibilitando aumentar mais 1/3 do volume do atendimento atual. (negociação com CAP/SMS)
- Contratação de auxiliares de enfermagem.
- Oferecer estágio através do Centro de Estudos, conjuntamente com o setor de RH da SMS para instrumentadores cirúrgicos
- Padronizar e regularizar o fornecimento de insumos cirúrgicos por parte da SMS, especialmente tela de Marlex para cirurgia de hérnia.
- Credenciamento de leitos para Cirurgia Ambulatorial.
- Absorver os pacientes do Hospital Lourenço Jorge, tendo em vista a reforma prevista para o Centro Cirúrgico (daquele hospital) nos próximos meses.
- Implantar um fluxo de pacientes que permita agilidade dos procedimentos pré-operatórios compatíveis com a proposta de implantação do hospital/dia.
- Disponibilizar leitos para as cirurgias ambulatoriais (necessidade de 4 cirurgias/dia)

Segmento: Patologias do Tubo Digestivo (tumores, úlcera péptica, colites, diverticulites)

Estratégia Investir na expansão do segmento, na perspectiva de absorver os pacientes da fila de espera da área, prioritariamente nas patologias câncer gástrico e câncer de cólon.

Justificativa O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da população idosa leva à alta prevalência de doenças crônico-degenerativas.

A difícil adesão do idoso aos planos de saúde, que são mais caros nesta faixa etária, obriga-o a procurar o serviço público, aumentando ainda mais a demanda.

A expansão deste segmento ajudará a dar resolutividade à fila de espera do Cardoso Fontes, que é referência regional para cirurgia oncológica.

Ações

- Formalizar parceria para realização de exames mensais de ressonância magnética.
- Captação de pacientes externos: estabelecer parceria com o hospital Cardoso Fontes para absorção de parte de sua fila de espera.
- Captação de pacientes internos: estabelecer sinergia com os serviços do hospital, em especial com o ambulatório geral, e Programa de Saúde da Família e endoscopia digestiva.
- Contratação de auxiliares de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos através de convênio com órgãos formadores e Centro de Estudos ou setor de Recursos humanos da SMS.
- Padronizar e regularizar o fornecimento de insumos cirúrgicos. (SMS)
- Adquirir/conveniar/disponibilizar tomografia computadorizada.
- Disponibilizar marcadores tumorais. (Cardoso Fontes?)

Segmento: Hérnias da parede

Estratégia: investir na expansão do segmento.

Justificativa: A grande prevalência desta patologia na população justifica a expansão deste segmento.

Ações:

- Contratação de auxiliares de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos através de convênio com órgãos formadores e Centro de Estudos ou setor de recursos humanos da SMS. (idem Segmento Hospital- Dia)
- Recursos humanos/pessoal de apoio: reciclagem/treinamento (2 maqueiros, auxiliares de serviços gerais)

- Insumos: regularizar o fornecimento de fios cirúrgicos junto ao setor de apoio da SMS, evitando a falta de insumos.
- Rs Humanos enfermagem: contratar/buscar na rede 3 auxiliares de enfermagem

Segmento: Vias biliares

Estratégia geral: investir na expansão do segmento

Justificativa: crescimento da demanda, em função da endoscopia diagnóstica e terapêutica de vias biliares.

Ações considerando FCS:

a) CTI: Construir /Instalar CTI

- Negociar com o município a inclusão, no orçamento do próximo ano, a finalização da obra (falta 20%)
- Comprar equipamentos: respiradores (calcular)
- Contratar/remanejar recursos humanos (calcular)
- Treinar/qualificar a equipe médica e de enfermagem para lidar com paciente grave

b) Recursos humanos:

- Contratação de auxiliares de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos através de convênio com órgãos formadores e Centro de Estudos ou setor de recursos humanos da SMS. (esta ação atenderá a outros Seg.: HD, Hérnias de Parede, etc.)
- Recursos humanos/Pessoal de Apoio: Reciclagem/Treinamento (2 maqueiros, auxiliares de serviços gerais)

c) Radiologia /ultra-sonografia

- Comprar equipamento de radiologia portátil para o Centro Cirúrgico (mais ou menos 60 a 70 mil)*
- Comprar coledoscópio (45 mil), importante para videolaparoscopia
- Contratação de 5 técnicos, necessários para atender à demanda diária por exames (5 técnicos atenderiam a todo o hospital)

* Previsão de compra do equipamento para 2002.

Segmento: Videocirurgia

Estratégia geral: expandir o segmento, priorizando as patologias de vesícula e vias biliares e, nos casos indicados, hérnia inguinal e do hiato.

Justificativa: Este é um segmento que tem alto potencial de crescimento, tendo sua demanda gradativamente aumentada devido à incorporação tecnológica que permite uma diminuição do tempo de internação, otimizando a relação custo-benefício e a melhoria da qualidade do atendimento, do ponto de vista do usuário.

A expansão do segmento, dentro do hospital, justifica-se devido ao investimento já realizado: compra de equipamento e equipe cirúrgica já treinada.

Ações considerando FCS:

- a) Ambulatório: abrir um turno no ambulatório especificamente para videolaparoscopia e disponibilizar profissionais.
- b) CTI: Construir /instalar CTI.
- c) Recursos humanos/Enfermagem:
 - Contratação de auxiliares de enfermagem e instrumentadores cirúrgicos através de convênio com órgãos formadores e Centro de Estudos ou setor de Recursos humanos da SMS. (esta ação atenderá a outros Seg.: HD, Hérnias de Parede, etc.)

- Recursos Humanos/Pessoal de Apoio: Reciclagem/Treinamento (02 maqueiros, auxiliares de serviços gerais)

d) Insumos:

- Regularizar o fornecimento dos cliques cirúrgicos, telas de polipropileno e fios cirúrgicos (acordo da SMS com empresas)
- Reposição das borrachas de vedação dos equipamentos (quinzenal)

e) Manutenção:

- Treinamento de pessoal: médicos e enfermeiros para o correto uso do equipamento
- Demandar ao município agilidade no conserto/manutenção de equipamentos através da disponibilização de verbas e autonomia para os hospitais (as empresas que fornecem os equipamentos oferecem suporte técnico).

Segmento: Cirurgia de Pescoço

Estratégia Geral: manutenção do segmento nos níveis de produção atuais, com um leve crescimento em patologia de tireóide.

Justificativa: a demanda para cirurgia de pescoço não é expressiva, justificando a manutenção do segmento nos atuais níveis.

Ações

a) RHS:

- Contratação de 3 auxiliares de enfermagem e de instrumentadores cirúrgicos através de convênio com órgãos formadores e Centro de Estudos ou setor de Recursos humanos da SMS. (idem seg.Hospital- Dia)
- Recursos humanos/pessoal de apoio: reciclagem/treinamento (2 maqueiros, auxiliares de serviços gerais)

b) Insumos:

- regularizar o fornecimento de fios cirúrgicos junto ao setor de apoio da SMS, evitando a falta de insumos.

c) Imagem:

- Parceria com o Hospital dos Servidores/Clínicas conveniadas para exames de Cintilografia

d) Dosagem de Hormônios:

- formalizar parceria com Instituição para realização dos exames de dosagem hormonal (antes eram feitos no Cardoso Fontes; hoje os exames estão levando 4 meses em média para ficarem prontos)

Segmento: Procedimentos endoscópicos

Estratégia: expansão do segmento.

Justificativa: Já existe equipamento no hospital e profissionais motivados para realização dos procedimentos endoscópicos. A demanda é alta e cria mais demanda para outros segmentos.

Ações:

a) Equipe endoscópica:

- treinamento de 2 profissionais nos procedimentos respectivos
- CTI : idem

b) recursos humanos enfermagem:

- contratar/buscar na rede 3 auxiliares de enfermagem

c) Próteses:

- Aquisição de cateteres especiais, próteses intratumorais, etc.

- Credenciamento de fornecedores de próteses e regularizar o fluxo de fornecimentos (SMS)

d) Radiologia:

- Contratação de 3 radiologistas e 7 técnicos (já existe seriógrafo específico para procedimentos endoscópicos no hospital)

Algumas considerações

Para fechar esta primeira parte, gostaríamos de fazer algumas observações.

Primeiro, que o ritmo num hospital, principalmente com emergência não permite que os profissionais se afastem por muito tempo dos serviços para participar de longas reuniões e discussões. Isto vale especialmente para a Cirurgia Geral. Durante vários meses realizamos reuniões quinzenais, por vezes semanais, sem considerar cerca de 6 ou 7 reuniões conjuntas, todas com a participação de todos os diretores e representantes dos serviços de cada hospital. Consideramos, portanto, o nível de participação muito bom e com alto envolvimento. Percebia-se que havia motivação. Esta Área demandou a intervenção da equipe a partir de um acordo entre os principais gestores, o que consideramos um fator importante na motivação. Além disso, com a participação da Coordenação da Área e de representantes da SMS em algumas reuniões, havia a expectativa de se estar construindo um plano viável, já que discutido e negociado em vários níveis. Durante a experiência, foi criada, pela SMS, uma Câmara Técnica dos Hospitais que abriu um espaço para se levar as demandas e discutir questões específicas das unidades hospitalares. Havia portanto uma forte expectativa de continuidade, posteriormente rompida.

É importante lembrar que, passado o período mais conturbado e no momento em que a nova gestão da SMS parece mais estabilizada, os gestores voltaram a se reunir e encaminhar suas demandas. A colaboração entre os hospitais da área, iniciada, em alguns níveis, no período de realização desta experiência, continua em várias questões, talvez não com tanta intensidade, mas continua. Voltaremos ao final do capítulo a esta questão.

Com relação à modificação, complementação da análise a partir de um aprofundamento feito em etapa posterior, gostaríamos de observar que, do ponto de vista metodológico é comum a discussão de uma fase, como a de elaboração do plano, levar à revisão de fases anteriores, porque as questões estão sendo aprofundadas. Fazendo um contraponto com o PES (Planejamento Estratégico Situacional), lembramos que Matus usa a terminologia *momento* para substituir *fase ou etapa* justamente com a intenção de mostrar a interpenetração de um momento em outro, a não linearidade e o domínio apenas provisório, por exemplo, do momento Explicativo sobre o Estratégico na construção da explicação situacional, sendo a seleção dos problemas um recorte estratégico e no momento estratégico, o aprofundamento e retomada da explicação dos problemas em pauta para a construção das estratégias de ação.

Na prática, é exatamente assim que acontece. Outro exemplo interessante de revisão dos resultados, nesta experiência de aplicação da *démarche stratégique* ocorreu com relação à posição competitiva do HRPS que aparecia no resultado da análise bastante alta, quando deveria diferenciar-se relativamente à posição dos outros hospitais que, claramente, controlavam mais fatores-chave de sucesso em alguns segmentos comparativamente. Isto deveu-se às notas relativamente altas dadas aos fatores-chave de sucesso identificados pelos profissionais da especialidade. Voltamos à análise com os profissionais e foi incluído, após discussão, um fator-chave de sucesso relevante para vários segmentos e que explicava a baixa produção e menor competitividade daquele hospital: a captação de pacientes que aparece com baixo controle (notas baixas) e explica-se por vários fatores, principalmente a situação geográfica e conseqüente dificuldade de acesso e o fato de ser ainda conhecido pela população como um hospital voltado para doenças pulmonares, sua missão histórica por muitos anos, questão já comentada na apresentação dos resultados.

Reafirmamos, contudo, que não é uma questão de 'erro' na análise e que ela se constrói mesmo, na prática, desta forma.

Para concluir, destacamos duas questões: 1) a necessidade de flexibilidade metodológica para manter, inclusive, a motivação dos profissionais que nem sempre estão muito interessados em preencher formatos e, 2) ao mesmo tempo, a necessidade de rigor

da análise para manter a qualidade dos resultados e embasar com fundamento e coerência as propostas de ação.

A seguir, apresentamos a segunda parte deste capítulo, a partir das entrevistas com os atores que participaram da experiência.

4-ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E CONSTRUÇÃO DE DISCURSOS COLETIVOS

O universo desta pesquisa abrangeu os atores sociais que participaram da experiência de aplicação da *Démarche Stratégique* na AP-4, especialmente em relação à Cirurgia Geral, e os objetivos que a nortearam foram:

- conhecer a percepção dos gestores e dos profissionais da ponta que participaram do processo, especificamente no que diz respeito ao alcance de alguns objetivos do próprio método como mudança ou melhor definição da missão hospitalar, mudança na visão de rede, interdisciplinaridade, etc.;
- buscar conhecer possíveis desdobramentos, embora tenha havido uma interrupção formal no trabalho com o término da consultoria na época da mudança de gestão na Secretaria Municipal de Saúde;
- buscar subsídios/informações para complementar a análise da experiência relatada neste capítulo.

Foram realizadas entrevistas conduzidas por um roteiro de seis perguntas, escolhidas em função das questões que nos interessam na análise em pauta e uma última, aberta, para que os entrevistados pudessem manifestar questões, opiniões que porventura não estivessem no roteiro. A escolha deste tipo de entrevista semi-estruturada aberta deveu-se à intenção de valorizar a presença do investigador ao mesmo tempo em que o informante/ator/entrevistado tivesse também liberdade de expressão. As entrevistas foram gravadas em fita, transcritas e em seguida analisadas sob a perspectiva qualitativa abaixo descrita e por nós adaptada.

Organizamos os dados discursivos colhidos, seguindo a abordagem metodológica em pesquisa qualitativa fundamentada em LEFÉVRE et al (2000) e MINAYO (1992), considerando o pressuposto de que o significado e a intencionalidade

ocupam posição importante na pesquisa social e aparecem clara e naturalmente nos *discursos* ou falas dos atores.

É importante destacar que a coleta de dados ou opiniões por amostra não tem relevância em termos quantitativos para este caso e a escolha dos atores entrevistados foi estritamente qualitativa, em função de sua posição, representatividade e importância para a experiência em análise. Foram entrevistados os diretores e assessores da direção de cada um dos três hospitais da AP 4, a Coordenadora da Área (CAP-4), na época do desenvolvimento da experiência, e os profissionais de saúde (cirurgiões) que participaram diretamente do trabalho. Optamos por entrevistar as chefias dos serviços ou os profissionais designados pelas chefias. O critério foi o de ter participado diretamente da experiência, conseqüentemente o conhecimento adquirido do método, e a capacidade de avaliar o processo e seus possíveis impactos. Embora as questões buscassem referir-se especificamente à Cirurgia Geral, alguns entrevistados não deixaram de referir-se à experiência como um todo e citaram exemplos relacionados a outras especialidades processadas o que, sob nosso ponto de vista, contribui para enriquecer a análise ao permitir algumas comparações.

4.1-Roteiro das entrevistas

- a) Com relação à missão hospitalar: houve alguma mudança e quais seriam os sinais, marcos ou argumentos que traduzem esta mudança?
- b) Houve alguma evolução na percepção dos hospitais em relação à Rede (considerando as outras unidades hospitalares e as demais unidades básicas)?
- c) Em que medida a relação entre a Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Área com os hospitais afeta a possibilidade de uma gestão descentralizada?
- d) Quais os pontos positivos que visualiza no planejamento ascendente e participativo da *démarche stratégique* e que obstáculos identifica?
- e) Em que medida é possível falar em uma cultura de participação e responsabilidade nos hospitais?

- f) Interdisciplinaridade: percebe alguma evolução nas posturas/attitudes dos profissionais no sentido de um aprofundamento de ações interdisciplinares, maior trabalho em equipe, maior comunicação entre as especialidades, por exemplo?

4.2-Descrição do método de análise de discursos

Como apontamos acima, não trabalhamos com amostras representativas quantitativamente, mas com atores selecionados por sua representatividade, sendo este o primeiro aspecto metodológico importante.

Após a transcrição das entrevistas, organizamos os dados, utilizando e adaptando quatro 'figuras metodológicas', apoiados na abordagem de LEFRÈVRE, LEFRÉVRE, TEIXEIRA, (2000) as quais, acreditamos, ajudaram-nos na interpretação e análise dos depoimentos. São elas:

- a) **Ancoragem:** inspirados na teoria da Representação Social de JODELET (1982) os autores acima afirmam que todo discurso está ancorado ou alicerçado em determinados pressupostos, hipóteses, teorias ou conceitos e ideologias que podem expressar-se através de marcas lingüísticas claras pelo ator ou estar apenas subjacentes às práticas cotidianas dos profissionais, portanto inconscientes. Segundo Lefrèvre, et al uma das principais funções das Representações Sociais seria a de 'ancorar' os eventos da vida cotidiana em discursos, justificativas que tragam sentido para os indivíduos que os vivenciam. Apoiados em Habermas, diremos que os atores ancoram seus discursos em um mundo da vida partilhado com outros atores que lhes fornecem as pré-interpretações e o sentido dos atos que vivenciam. Este mundo da vida pode ser abordado, criticamente ou acriticamente, como já argumentamos no capítulo II, sobre interdisciplinaridade.
- b) **Idéia Central:** trabalha-se procurando traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado, através da identificação da(s) idéia(s) central(is) de cada depoimento.

- c) **Expressões-chave:** são partes dos depoimentos literalmente transcritas que representam a essência do conteúdo discursivo e permitem uma comparação com as afirmativas reconstruídas na forma de idéias centrais ou ancoragens, objetivando o julgamento da pertinência das seleções e reconstruções. Constituem-se em matéria-prima para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo ou Discursos dos Atores Coletivos.
- d) **Discurso do Sujeito Coletivo:** considerada a principal figura metodológica, implica um rompimento com a lógica quantitativo-classificatória, buscando resgatar o discurso como signo do conhecimento dos próprios discursos. É feita a reconstrução, através de pedaços, fragmentos de discursos individuais de quantos discursos-síntese se julguem necessários para expressar uma 'representação social' ou forma de pensar sobre um dado fenômeno. É uma estratégia metodológica que busca tornar mais clara uma representação social ou um conjunto delas que conforma o imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais. Do nosso ponto de vista, permite o resgate de fragmentos do *mundo da vida* partilhados por estes atores e uma maior compreensão e contextualização das falas. Para elaboração dos Discursos do Sujeitos Coletivos, usamos a estratégia categorização, ou seja, as idéias centrais e/ou expressões-chave equivalentes são representadas numa mesma categoria.

5-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Na presente análise, selecionamos as principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada depoimento, relativas a cada questão do Roteiro de Entrevistas, classificando-as nas diferentes categorias encontradas e, em seguida, reconstruímos, de forma sintética, cada discurso a partir dos fragmentos das falas dos diversos sujeitos/atores. Consideramos importante salientar que nem sempre as falas dos entrevistados obedeceram rigorosamente ao roteiro proposto, sendo as diferentes questões abordadas, muitas vezes, de forma entrelaçada, o que nos parece perfeitamente natural já que as questões têm de fato inter-relações e as respostas aparecem nos depoimentos, marcadas exatamente por elas. A

reconstrução dos depoimentos, através dos Discursos do Sujeito Coletivo, considera e apresenta, portanto, esta característica, embora do ponto de vista metodológico esta questão traga maior complexidade para a análise.

5.1-Na primeira questão: “Com relação à missão hospitalar: houve alguma mudança e quais seriam os sinais, marcos ou argumentos que traduzem esta mudança?”, pudemos identificar quatro categorias de discursos, a seguir apresentados.

a) Discurso afirmando alguma mudança, principalmente maior clareza e maior visão de rede.

Idéia Central

Houve mudança sim, a partir da discussão da "démarche", maior clareza na missão, na direção em que se poderia avançar; os hospitais ampliaram a visão de rede.

Discurso do Sujeito Coletivo

O processo da *démarche* foi interessante em termos de um pensar em relação à complexidade do atendimento. Em que direção se poderia avançar em termos de complexidade do atendimento. Neste sentido foi uma luz para pensar a evolução das tecnologias... Ficou mais claro, para a direção, as propostas do Serviço de Cirurgia. O processo ajudou a traduzir um perfil para o serviço, adequado à demanda... Este momento da "démarche" foi muito rico, porque a discussão em torno da missão abria a instituição para o ambiente. Não era mais a discussão da missão em termos só do o que era melhor para si, para o próprio hospital, mas o que seria melhor para a Área (AP.4). Este processo ajudou muito nisso. A experiência da *démarche* trouxe uma definição boa para a especialidade, considerando os avanços tecnológicos da área, quando mostrou as necessidades de investimentos nos hospitais públicos. O que pode parecer dispendioso, na verdade é econômico, na medida em que diminui custo de internação, melhora o diagnóstico: a colangiressonância, por exemplo, diminui o custo já que dispensa endoscopista, material endoscópico, radiologia e até anestesia, limitando o endoscopista apenas a procedimentos intervencionistas.

- b) Discurso de que não trouxe novidades, nem surpresas, mas uma maior sistematização sobre o que já era conhecido e pensado, e embasamento metodológico às discussões.

Idéia Central

A discussão trazida pela Démarche Stratégique foi muito rica, mas não trouxe nenhuma surpresa, ajudou a sistematizar questões já identificadas.

Discurso do Sujeito Coletivo

A construção de uma história de mudança da missão hospitalar vem desde que a necessidade de internação deixou de existir (no Raphael de Paula Souza)... a "*démarche stratégique*" veio ajudar a encontrar uma proposta que pudesse traduzir diferentes desejos e potencialidades e a discussão da Cirurgia Geral foi muito rica, de baixo para cima, trouxe à tona problemas e oportunidades, mas não trouxe nenhuma surpresa; ajudou a sistematizar questões já sentidas, já identificadas, trouxe o apoio da SMS através da Coordenação de Área. As discussões foram embasadas e reconhecidas através da metodologia e isso trouxe maior clareza ao desenho da missão. Desde a inauguração do hospital (Lourenço Jorge), temos discutido a estratégia de viabilização do hospital, incluindo análise de custos... Temos desenvolvido todas as ações propostas e a *démarche* passa a sustentar esta proposta inicial, sinalizando que estávamos no caminho certo.

- c) Discurso de que a mudança não aconteceu, porque não houve continuidade do processo (de aplicação da *démarche*)

Idéia central

Se o projeto tivesse tido continuidade teria havido mudanças.

Discurso do Sujeito Coletivo

Se o projeto tivesse tido continuidade teria havido mudanças. A partir do processo da "demarche" pudemos deixar claras várias questões, discutimos e compartilhamos algumas decisões com outros setores. Chegamos a compor um Plano de Ação, aquele relatório final, e seria muito importante dar continuidade e implementar as ações no todo. Hoje sabemos para onde queremos ir, em que áreas investir... pena que houve a interrupção do processo.

d) Discurso de que as mudanças não acompanharam as expectativas, que eram muito grandes, com o processo iniciado pela *Démarche Stratégique*

Idéia Central

A expectativa que tínhamos com a discussão promovida pela "demarche" era tão grande que as mudanças não acompanharam esta expectativa, principalmente por uma cultura obstaculizadora.

Discurso do Sujeito Coletivo

Tínhamos muita expectativa de fortalecer a idéia de um perfil terciário para o hospital. Não conseguimos grande integração com as outras unidades, a expectativa era de que se avançasse mais, porém a cultura que ainda impera neste hospital é a do 'este hospital é meu, este é o meu pedaço, os pacientes são meus...' As ondulações no fornecimento de insumos, por parte do município, atrapalharam muito. Este hospital não conseguiu aceitar com tranqüilidade a municipalização e ainda hoje tem muitos 'feudos'. As duas mudanças na gestão da SMS também contribuíram para que algumas coisas não evoluíssem e para a não continuidade daquele processo. Embora tenhamos avançado em algumas coisas (acabamos com a fila de câncer de próstata na Urologia, por ex.), as mudanças não acompanharam a expectativa que era muito grande.

5.2-Com relação à segunda questão: "Houve alguma evolução na percepção dos hospitais em relação à Rede (considerando as outras unidades hospitalares e as

demais unidades básicas)?"', pudemos identificar basicamente cinco tipos ou categorias de Discursos do Sujeito Coletivo.

a) Discurso de que a percepção de rede evoluiu.

Idéia Central

Durante o processo, aumentou, por parte das direções dos hospitais e principalmente dos cirurgiões, a percepção da rede.

Discurso do Sujeito Coletivo

Sim. Muitas coisas eram realizadas em cada unidade de forma isolada. Hoje todos os hospitais sabem o que os outros fazem e há uma atuação conjunta em algumas questões. Cito por exemplo, a Oncologia: tínhamos dificuldades para referenciar pacientes. Hoje, apesar de alguma dificuldade ainda no relacionamento do Lourenço Jorge com o Cardoso Fontes, a referência está resolvida. Tivemos uma reunião com a Oncologia para discutir a capacidade de atendimento naquele hospital e organização do encaminhamento dos casos referenciados. Foi inclusive tirado um documento a respeito. Acho que houve avanços. Por exemplo, a relação com as unidades com ambulatórios, principalmente as mais complexas. Inclusive foi a chefia da Cirurgia Geral do Cardoso Fontes que sugeriu estabelecer uma rotina de preparar o paciente, uma rotina de avaliar o risco cirúrgico nos PAMs. Foi um grande ganho a idéia de fazer a normatização em conjunto. A proposta do Cardoso pode se considerada revolucionária, de que os cirurgiões do hospital dessem parte de seu horário semanal nos PAMs. Uma troca muito positiva entre a rede básica e a rede hospitalar. A AP-4 vive um déficit em rede básica. Durante o processo, aumentou, por parte das direções dos hospitais e principalmente dos cirurgiões, a percepção da rede. Pensava-se que o número de unidades da rede básica fosse maior. Houve uma valorização do PAM Jacarepaguá, fazendo o Pé Diabético, entendeu-se a importância disso. Eu diria que hoje estamos inseridos na rede, mas servindo à rede (HCF): passamos de 4.000 consultas ambulatoriais para 12.000 ao mês e de 45 a 50 ecocardiogramas que fazíamos, passamos a fazer 5.400 exames mensais. Fazemos cerca de 400 mamografias e não atendemos só a

região da AP4, mas incluímos outras regiões como a AP5 por exemplo. A experiência que vivemos com a *démarche* foi bastante produtiva: antes a interação entre os hospitais só acontecia dependendo da maior ou menor sensibilidade do gestor de cada unidade e então passamos a discutir superposições.

b) Discurso de que se perdeu a continuidade do processo.

Idéia Central

A proposta não teve prosseguimento com a mudança de gestão na secretaria e com a mudança de Coordenação de Área, apenas sendo retomada recentemente.

Discurso do Sujeito Coletivo

A proposta, não teve prosseguimento com a mudança de gestão na Secretaria e com a mudança de Coordenação de Área. A nova gestão não entendeu esta proposta como prioridade, o novo Coordenador queria primeiro tomar pé da situação, enfim... perdeu-se a continuidade do processo. Mas com a última mudança de secretário e coordenação retomou-se a discussão dos perfis dos hospitais através de um documento elaborado pelos gestores da Área e enviado à Secretaria. A *démarche* proporcionou uma boa visão de como numa Área as várias unidades integradas, funcionando em rede, proporcionam atendimento complexo e completo, mas na prática houve pouco avanço principalmente pela interrupção do processo.

c) Discurso de que foi ampliada a discussão com a rede básica, durante a experiência da *démarche*, embora já existisse uma visão de rede.

Idéia Central

Durante o processo de aplicação da "demarche" ampliamos a discussão com a rede básica e foi muito importante a Coordenação de Área ter sido envolvida nesta discussão.

Discurso do Sujeito Coletivo

A relação com a rede é uma questão gerencial. Quando se administra um hospital público, devemos definir duas questões: controle social e modelo gerencial. Não é possível dirigir um hospital sem a visão da análise epidemiológica para ser elemento de correção. Durante o processo de aplicação da *démarche* ampliamos a discussão com a rede básica e foi muito importante a Coordenação de Área ter sido envolvida nesta discussão...

- d) Discurso da ambiguidade, da dúvida e da necessidade da continuidade para avaliar impactos.

Discurso do Sujeito Coletivo

Tenho dúvidas. Num certo sentido existe idéia de rede. Por outro lado tem a questão da governabilidade. Existe uma dificuldade das unidades abrirem mão do poder. Cada unidade quer tentar ter tudo para não depender de ninguém. Mas se fortaleceu a discussão de conjunto. Houve possibilidade, durante o processo de maior conhecimento um do outro, das diferentes unidades, hospitais da área. Maior clareza sobre o parceiro desejado. Mas falta praticar mais esta visão de rede. Não sei se o impacto foi muito grande, teria que ter havido maior continuidade.

- e) Discurso de que não houve evolução, apenas para quem participou do processo.

Idéia central

Não. Sim, para quem participou do processo. A direção dos hospitais até possuem uma visão mais clara, mas nas relações acaba predominando a questão pessoal, de contatos pessoais, a tal cultura do jeitinho.

Discurso do Sujeito Coletivo

Não. Sim, para quem participou do processo. Tentou-se trazer as unidades básicas para dentro do hospital, tentou-se desenhar um fluxo mínimo, o que era já uma tentativa em outros momentos. Mas, institucionalmente, não houve avanço, pouca gente tomou conhecimento e o processo se interrompeu com a mudança de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, apesar das expectativas de continuidade.

Tínhamos na área até um número razoável de unidades, mas ao longo da história foram se perdendo. Por exemplo, o PAM Jacarepaguá foi simplificado, perdeu em complexidade, em vez de se aproveitar a complexidade que ele já tinha. Não há, por parte do nível central da secretaria, uma visão de sistema de saúde integrado. A direção dos hospitais até têm uma visão mais clara, mas nas relações acaba predominando a questão pessoal, de contatos pessoais, a tal cultura do jeitinho, o que gera distorções. Não há um fluxo claramente definido, não há visão de rede, falta hierarquização no sistema.

5.3-A terceira questão "Em que medida a relação entre a Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Área e os hospitais afeta a possibilidade de uma gestão descentralizada?" suscitou duas categorias de Discursos do Sujeito Coletivo. Embora todos os discursos individuais ressaltassem a influência dos níveis centrais, um DSC apontou apenas aspectos negativos da relação da SMS e da CAP para a descentralização e o outro marcou tanto aspectos positivos quanto negativos nesta relação, sendo importante destacar que, em ambos os casos, as referências foram além do período de aplicação da *démarche*. Uma questão comum a todos os discursos individuais é a posição favorável sobre a descentralização, sobre a necessidade de maior autonomia tanto para a Coordenação de Área quanto para os hospitais.

- a) Discurso de que a relação da SMS e da CAP afeta e influencia o processo de descentralização, seja no sentido positivo, seja no sentido negativo.

Idéia Central

Afeta completamente. A história da criação de uma Coordenação de Área há um tempo atrás foi um retrocesso na questão do planejamento integrado. Já durante o processo de aplicação da 'démarche', em 2000, havia uma Coordenação de Área disposta a apoiar um processo mais de conjunto.

Discurso do Sujeito Coletivo

Afeta completamente. Esta área tem uma tradição, uma certa cultura de planejamento integrado e a criação da Coordenação de Área, há um tempo atrás, foi um passo atrás na história do planejamento integrado. Um exemplo foi a construção do HLJ. A Secretaria decidiu localização e perfil sem considerar os estudos demográficos e epidemiológicos feitos pela área na época, e suas sugestões. Com relação ao processo de aplicação da *démarche*, em 2000, havia uma Coordenação de Área disposta a apoiar um processo mais de conjunto e que apoiou a experiência. O que teve de importante é que três Serviços de Cirurgia Geral que estavam cada um voltado para seu mundinho, a partir da discussão em conjunto, tentaram se harmonizar. Houve uma maior integração com o hospital Lourenço Jorge e menor com o Cardoso Fontes, até por questões históricas, embora tenha havido avanços. A partir de janeiro a tentativa de se criar um fluxo mais claro e definido, considerando a rede encontrou obstáculos referentes à governabilidade: muitas das questões levantadas dependiam de maior governabilidade que só detinha os níveis mais centrais... enfim não se encontrou disposição para negociar. Esta questão da descentralização tinha uma coisa interessante. As Unidades (hospitais) queriam avançar mais na descentralização. A Secretaria resistia, mas queríamos mais autonomia, não na licitação/aquisição de materiais, mas no gerenciamento dos recursos humanos. Administrávamos a lotação dos RHs. Acho que a Unidade Hospitalar, principalmente, não pode ficar tão atrelada. Lembro da história do endoscópio do LJ que ficou quebrado por mais de um ano, porque não tínhamos autonomia nenhuma nem para esta questão de consertar equipamentos. Não havia agilidade nenhuma, pelo contrário. Foi uma das questões levantadas durante este processo da aplicação da *démarche* e que já era uma questão levantada também em outros fóruns, em outros momentos. Estávamos caminhando,

embora lentamente para a descentralização. Por exemplo, não tínhamos autonomia (na Coordenação de Área) para fazer licitação, mas processos de licitação recentes eram aproveitados.

Mas as mudanças do início do ano (mudança de gestão na secretaria) trouxeram um retrocesso imenso: uma área que já estava comprando muitos itens perdeu toda a autonomia. Hoje não se tem outra alternativa que não a de descentralizar. Mas os tempos e formas de encaminhamento são muito diferentes. Apesar das mudanças (de gestão da Secretaria e da CAP), esta questão se manteve em pauta.

Entendemos que era importante resgatar o espírito de formulação que esta área sempre teve. Estamos vivendo situações de políticas verticalizadas e qualquer ação que fugisse da estratégia de descentralização lenta e gradual não seria aceita. Então ao invés de apoiar nomes, decidimos escrever um documento colocando uma proposta concreta e encaminhar para avaliação. Queremos descentralizar e manter uma perspectiva de rede.

Este documento, fruto de um seminário que durou dois dias em que avaliamos vários problemas da rede, gerou uma resposta positiva agora recentemente com a nova mudança na SMS: foi criado um grupo de trabalho para construir uma proposta de descentralização piloto para AP-4 para 2002, com a CAP orçamentada. Parece que o documento teve eco. O tempo dependerá da SMS, de sua possibilidade e capacidade para descentralizar. A proposta do atual secretário de Saúde é descentralizar, criando as Subsecretarias. Compras e gestão de RH poderiam ser feitas por aqui pela CAP. Várias reuniões já foram feitas em função disso. A expectativa centralizadora da Secretaria atrapalha o di-a-dia dos hospitais.

- b) Discurso de que a relação dos níveis centrais com os hospitais afeta negativamente a descentralização e a autonomia das unidades.

Idéia Central

Até o momento a SMS exerce uma gestão excessivamente centralizada, a direção dos hospitais não dispõe da menor autonomia e, sem poder decisório, as reuniões e definições acabam sendo infrutíferas.

Discurso do Sujeito Coletivo

Até o momento, a SMS exerce uma gestão excessivamente centralizada, o que acarreta desabastecimento; o processo de aquisição de instrumental e de aparelhagem é extremamente demorado e ineficaz. A substituição de peças de aparelhos complexos também leva anos. Na administração municipal, a direção das unidades não dispõe da menor autonomia. Não há a menor chance de um diretor caracterizar sua gestão, ele se torna apenas cumpridor das ações da Secretaria Municipal e, às vezes, em desacordo com a experiência que esta direção já adquiriu. A SMS trata todos os hospitais de forma igual sem considerar suas especificidades. Sem poder decisório, as reuniões e definições acabam sendo infrutíferas. Acho que os hospitais deveriam ter maior independência. Se a *démarche* pudesse ser desenvolvida em cada Área e que esta tivesse um orçamento próprio, o sistema poderia funcionar de forma muito mais organizada e atender melhor às demandas. Na Cirurgia Geral, temos uma grande demanda e mal distribuída. O nível Central deveria criar uma Câmara Técnica. Hoje alguns hospitais estão pedindo doentes enquanto outros estão sobrecarregados. Para uma gestão descentralizada, sinalizamos a importância do controle dos RHs, a questão de custo, a necessidade de uma descentralização financeira. Gestão de RHs e gestão financeira é fundamental para a descentralização. Decisões concentradas no nível central tornam o processo muito mais lento.

A relação da SMS com os hospitais influencia completamente, absolutamente. Fizemos um seminário recentemente onde se tentou retomar o raciocínio de rede. Ainda estamos engatinhando no diagnóstico de necessidades de saúde. Ainda temos muito a prestar contas (a relação com a secretaria tem sido a de prestar contas meio burocraticamente) mas geramos poucas soluções no diálogo. Precisamos ser um ator mais ativo, enquanto hospitais e enquanto área.

5.4-A questão quatro: "Quais os pontos positivos que visualiza no planejamento ascendente e participativo da *démarche stratégique* e que obstáculos identifica?" levou-nos à opção de considerar distintamente os DSC referentes aos pontos positivos e os DSCs relacionados aos obstáculos. Assim, identificamos dois DSCs para a primeira parte da questão acima e quatro DSCs referentes à segunda parte, ou seja, aos obstáculos. Vale a pena destacar a abordagem da questão da mudança

cultural como um ponto positivo do planejamento ascendente e a questão cultural, como um traço negativo, também caracterizada como obstáculo.

Discursos destacando os pontos positivos

- a) Discurso considerando como ponto positivo do planejamento ascendente e participativo a contribuição para uma mudança cultural que valorize o conjunto, a colaboração.

Idéia Central

A 'démarche' estava contribuindo para reforçar uma cultura que valoriza a visão de conjunto, cada unidade como parte de um conjunto, não só parte da área, mas de um município. Uma cultura de maior colaboração.

Discurso do Sujeito Coletivo

A *démarche* estava contribuindo, naquele momento, para o avanço do processo, na medida em planejava a aquisição e a distribuição de equipamentos na área. O que era melhor para a área, que equipamentos deveriam ser adquiridos e em quais unidades seriam melhor aproveitados. Estava contribuindo para reforçar uma cultura que valoriza a visão de conjunto, cada unidade como parte de um conjunto, não só parte da área, mas de um município. Uma cultura de maior colaboração. O Dr. ..., o grande cirurgião da área sentava com os mais jovens para discutir...O melhor da *démarche* era fazer com as questões surgissem da ponta, não do nível central, mas numa perspectiva de conjunto.

- b) Discurso do planejamento ascendente como maior integração dos profissionais, maior possibilidade de acertar o diagnóstico, o conhecimento da realidade e a possibilidade de pactuar compromissos.

Idéia Central

Destaco como ponto positivo do planejamento ascendente a integração dos diversos profissionais. O ator é quem consegue ver a realidade. Assim é possível ter um melhor diagnóstico da Área e melhor desenho de ações e torna-se possível pactuar compromissos.

Discurso do Sujeito Coletivo

É sempre positivo trazer os serviços para discutir. Destaco como positivo no planejamento ascendente a integração dos diversos profissionais, cada um falando sobre suas possibilidades e limites. Neste processo (*démarche*), deu para sinalizar o que cada um faz melhor. O nível central deveria ouvir a Área. O ator é quem consegue ver a realidade. Assim é possível ter um melhor diagnóstico da Área e melhor desenho de ações. Torna-se possível pactuar compromissos.

Discursos considerando os obstáculos

- c) Discurso do obstáculo caracterizado por uma cultura do mero controle burocrático, cultura do 'tomar conta' em que os níveis centrais não estão interessados em ouvir, mas em controlar.

Idéia Central

O obstáculo que identifico é a cultura. A cultura de 'tomar conta', a cultura do mero controle burocrático.

Discurso do Sujeito Coletivo

O obstáculo que identifico é a cultura. Uma cultura que chamo de revoltante. A cultura de 'tomar conta', a cultura do mero controle burocrático. Deveria ser uma cultura de compromissos com acordos, metas a serem buscadas em conjunto. Experiências diferentes

são importantes para o nível central, então deveriam ser valorizadas estas diferenças. Temos muito pouca autonomia. Mais forte é a cultura do tomar conta. Seria necessário apostar na experiência, apostar na ponta. Gostaria, como gerente também, de discutir resultados e não ter que tomar conta...

- d) Discurso identificando o obstáculo na falta de governabilidade para traduzir em ações concretas as propostas, mas reconhecendo algum desdobramento positivo.

Idéia Central

O principal obstáculo é quando não se tem governabilidade em determinadas questões...mas mesmo que não tenha tido prosseguimento a experiência da 'démarche', existe a identificação de problemas e questões e, o mais importante, os planos apontando para ações concretas.

Discurso do Sujeito Coletivo

O principal obstáculo é quando não se tem governabilidade ou se tem meia governabilidade, como por exemplo em Recursos Humanos, na definição de investimento em tecnologia...havendo o desejo político, este tem que se traduzir em estratégias de maior autonomia. No atual cenário, vemos desdobramentos. Mesmo que não tenha tido prosseguimento a experiência da *démarche*, existe a identificação de problemas e questões e, o mais importante, os planos que apontam para ações concretas.

- e) Discurso caracterizando o obstáculo como a pouca visão de conjunto dos profissionais da ponta que pleiteiam, muitas vezes, questões por motivos pessoais e/ou corporativos e a necessidade de diálogo com instâncias de gestão.

Idéia Central

O obstáculo é que, às vezes, os propósitos são distorcidos quando os profissionais da ponta não conseguem ter uma visão de conjunto e pleiteiam apenas por motivos pessoais ou corporativos. Por isso é necessário um diálogo mais intenso como a 'démarche' propõe.

Discurso do Sujeito Coletivo

O médico, principalmente, não tem visão de planejamento, não tem a visão macro, e se não temos pessoas, nos níveis acima, dispostas a discutir e trazer esta visão maior, o processo fica mais complicado. Tivemos uma perda quando mudou, no início do ano, a Coordenação da Área na continuidade do processo. O obstáculo é que, às vezes, os propósitos são distorcidos quando os profissionais da ponta não conseguem ter uma visão de conjunto e pleiteiam apenas por motivos pessoais ou corporativos. Por isso é necessário um diálogo mais intenso como a *démarche* propõe.

- f) Discurso caracterizando como o grande obstáculo, a ausência de visão de saúde por parte da Secretaria Municipal de Saúde, que é o grande gestor do sistema no município.

Idéia Central

Hoje, o grande problema da Secretaria é não ter uma visão de saúde e este é o grande obstáculo.

Discurso do Sujeito Coletivo

A Secretaria Municipal de Saúde começa a retomar (agora com outra mudança de gestor) uma questão importante que eram as Câmaras Técnicas. Mas ainda vejo na Secretaria esta questão como pontual e não como uma política da SMS, uma tentativa, de algumas pessoas, de dentro da Secretaria. Hoje, o grande problema da Secretaria é não ter uma visão de saúde e este é o grande obstáculo. O grande gestor da saúde é o município

que tem 80% do sistema de saúde em suas mãos e teria que ter um norte claro. Uma grave situação é a centralização administrativa, o retrocesso é imenso. A Secretaria não sabe nem quanto custam suas unidades. O controle exercido é meramente burocrático. O município não estava preparado para gerenciar unidades complexas e ainda não está; a rede está sendo sucateada.

g) Discurso destacando a falta de continuidade dos processos de planejamento, inclusive da *démarche*, e a falta de motivação dos profissionais.

Idéia Central

*O obstáculo ocorreu na mudança de gestão que não apoiou a continuidade do processo que foi interrompido daquela forma. O planejamento da *démarche*, se executado, traria enormes benefícios à atuação em rede...a atuação do município e os baixos salários levam à falta de motivação dos profissionais.*

Discurso do Sujeito Coletivo

O obstáculo ocorreu na mudança de gestão que não apoiou a continuidade do processo que foi interrompido daquela forma, embora tivéssemos expectativa da continuidade.

O planejamento da *démarche*, se executado, traria enormes benefícios à atuação em rede, estabeleceria gradações de atuação para cada unidade da área, diminuindo custos, alocando aparelhos complexos em apenas uma unidade, e fechando a regionalização e a hierarquização. A meta a ser alcançada por um hospital para ser padrão A, articula assistência, ensino e pesquisa. Hoje, infelizmente, a pesquisa não existe. Não há em nenhum hospital da rede municipal. Outro problema é o achatamento salarial que leva o profissional a buscar outras fontes de renda, atendendo convênios, por exemplo. Hoje um cirurgião do município se aposenta com 500 reais. Conheço um catedrático de cirurgia do Fundão, que trabalhou 30 anos no Getúlio Vargas e se aposentou com um salário de 400 reais.

A motivação científica é a primeira questão importante para o profissional, a segunda é o relacionamento com os colegas, depois vem o ambiente e o dinheiro está em quarto lugar. Mas o médico do município não tem nenhuma das motivações satisfeitas.

5.4-"Em que medida é possível falar em uma cultura de participação e responsabilidade nos hospitais?" é a quinta questão para a qual encontramos cinco categorias de discursos.

- a) Discurso considerando a Rede de Saúde como um cenário cheio de conflitos e a importância de trazer 'soluções', investimentos para que os profissionais se engajem e participem.

Idéia Central

É importante considerar um cenário de rede cheio de conflitos, então é importante que a instituição traga soluções, investimentos...é importante trabalhar no convencimento da aposta de que este é um esforço necessário.

Discurso do Sujeito Coletivo

Importante, considerar um cenário de rede cheio de conflitos. Então é necessário que a instituição traga soluções, investimentos....As respostas são ainda muito tímidas por parte da Secretaria. Com relação aos profissionais do hospital, é necessário trabalhar no convencimento da aposta de que este é um esforço necessário. Estamos num momento ainda muito ingrato. Cada passo deve ser dado com segurança, para manter a expectativa de que o processo de descentralização piloto na área se efetive.

Discurso destacando que a responsabilização pressupõe uma mudança cultural e que a participação está relacionada diretamente à motivação.

Idéia Central

Só se houver uma mudança de cultura seria possível falar em participação e responsabilidade. A política de RH, em geral, atrapalha muito esta busca de cultura de responsabilidade.

Discurso do Sujeito Coletivo

Só se houver uma mudança de cultura será possível falar em participação e responsabilidade. Fica difícil a participação, enquanto se estiver com um pé atrás, achando que o município veio para destruir. A experiência da *démarche* é ainda muito pontual. A *démarche* aponta para o confronto com outros serviços, leva à necessidade de negociar, traz para avaliação informações que dificilmente seriam trazidas, senão através de um processo organizado de discussão como foi a *démarche*. A questão da responsabilização é difícil, na medida em que se tem que ter propostas pactuadas... ainda temos construções muito fragmentadas. Nos hospitais federais há uma cultura dos feudos, a construção da missão gira mais em função de desejos e motivações pessoais e profissionais. Vivemos um processo em que se negocia a necessidade de uma maior inserção do hospital na área... Grande discussão esta. Acho que a questão salarial, a política de RH, em geral, atrapalha muito esta busca de uma cultura de responsabilidade. Falta gente em várias unidades. Tem-se grande dificuldade em captar pessoal; não há nenhum incentivo para qualificar pessoal. Não defendo nenhum 'oba-oba', mas uma análise do que é estratégico investir. Seria necessária uma revisão da política de RH, prevendo contratação, remanejamento e qualificação de pessoal, aliás questão também levantada durante o processo da *démarche*. Na época da discussão da *démarche* houve um aceno para melhoria do Setor Público. Uma melhor política de recursos humanos era uma das questões levantadas e demandas ao município para aumentar a motivação.

Discurso de que é possível e que gerenciar pressupõe o envolvimento e responsabilização dos profissionais, desde que com base na transparência.

Idéia Central

É possível falar em responsabilidade sim, mas teria que ser uma experiência com base na transparência; isto fortalece a idéia de que gerenciar supõe envolvimento e responsabilidade em vários níveis.

Discurso do Sujeito Coletivo

É muito possível. Cada dia as questões são mais complexas. Cada vez se tem mais conhecimento tecnológico e também cada vez mais é necessário que os profissionais se responsabilizem e participem das decisões que afetam a instituição. É possível falar em responsabilidade sim, mas teria que ser uma experiência com base na transparência, que tenderia a acabar com coisas passadas por debaixo dos panos, com disfarces...

O primeiro passo é a clareza, transparência e a democracia dos espaços. Na medida em que as pessoas participam, tomam decisões conjuntas, ninguém vai brigar sozinho, tem uma população respaldando as reivindicações. É necessário incorporar as pessoas, na medida em que participam assumem maior responsabilidade, se sentirão mais livres e responsáveis, tenho exemplos disso aqui no hospital. O próprio processo de aplicação da *démarche* foi um exemplo disso, cirurgiões, sem cargo de chefia, participando, discutindo, encontrando soluções, se envolvendo sem nenhuma formalização das novas responsabilidades assumidas. Isto fortalece a idéia de que gerenciar supõe envolvimento e responsabilidade em vários níveis. Confirma a idéia de que a noção de responsabilidade é perfeitamente possível,. Posso dar como exemplo nossa chefia da Emergência também, de como alguém da ponta assume uma posição mais responsável e de conjunto. Falta espaço para exercitar esta soluções de conjunto, falta confiança, mas é possível construir um plano com vários co-autores.

Discurso de que é necessário aprofundar a discussão sobre responsabilidade, considerando a consciência, a ética e a humanização.

Idéia Central

Deveria ser aprofundada a discussão sobre responsabilidade. Responsabilidade deveria vir pela consciência, pela ética, pela humanização.

Discurso do Sujeito Coletivo

O que o profissional está executando, sua imperícia interfere na sua vida pessoal e profissional. Deveria ser aprofundada a discussão sobre responsabilidade. Responsabilidade deveria vir pela consciência, pela ética, pela humanização. Sou a favor de uma instituição pública cidadã: o atendimento não deve ser visto como um favor ao cidadão. As pessoas ainda não abordam a questão de maneira objetiva. É uma questão que deveria vir desde a formação do profissional, desde as universidades.

Discurso da busca da cultura de responsabilidade como parte de um trabalho sistemático de planejamento.

Idéia Central

Esta busca de cultura de responsabilidade faz parte de nosso trabalho; a idéia era criar, incentivar uma cultura de planejamento e gestão.

Discurso do Sujeito Coletivo

Ainda temos que caminhar muito. Esta busca de cultura de responsabilidade faz parte de nosso trabalho. É preciso aprender a distribuir o poder, investindo na gestão descentralizada. Na época, procuramos justamente este investimento: as unidades básicas da rede todas participaram do (Curso de Gerência para Unidades Básicas de Saúde)-GERUS. A idéia era criar, incentivar uma cultura de planejamento e gestão. Aliás, esta é uma área, a AP-4, que historicamente vem se destacando na busca de uma atuação mais em conjunto e mais planejada. E as sementes ficam. Não é à toa que hoje conseguiram, por iniciativa própria fazer um documento, ainda que com algumas propostas ainda um tanto teóricas e gerais, mas bem articulada. Uma proposta de descentralização que pensa à frente...

5.4-Com relação à sexta questão, "Interdisciplinaridade: percebe alguma evolução nas posturas/attitudes dos profissionais no sentido de um aprofundamento de ações

interdisciplinares, maior trabalho em equipe, maior comunicação entre as especialidades, por exemplo?", encontramos dois tipos de Discursos do Sujeito Coletivo.

- a) Discurso de que o trabalho da *démarche* é interdisciplinar e proporcionou uma discussão interessante, trazendo interfaces e ajudou a aprofundar as relações interdisciplinares.

Idéia Central

*É bem claro que o trabalho da *démarche* é interdisciplinar e, naquele momento, durante o processo de discussão foi muito interessante, pois os próprios cirurgiões começaram a trazer questões relacionadas com outras especialidades, as interfaces, a continuidade do tratamento, a necessidade da prevenção, muitas vezes.*

Discurso do Sujeito Coletivo

É bem claro que o trabalho da *démarche* é interdisciplinar e, naquele momento, durante o processo de discussão, foi muito interessante, pois os próprios cirurgiões começaram a trazer questões relacionadas com outras especialidades, as interfaces, a continuidade do tratamento, a necessidade da prevenção, muitas vezes. O exemplo da Oncologia é muito rico. Os serviços de cirurgia geral que atendem patologias oncológicas sentiram necessidade de estreitar o relacionamento com o Serviço de Oncologia e discutir muitas questões em conjunto. A Oncologia do Cardoso Fontes era meio resistente à municipalização. Houve aquela reunião da Área (AP-4) inclusive com a participação de outros setores do nível central da SMS, vinculados à questão da oncologia no município. Os desdobramentos, a reunião só entre os especialistas para pensar um protocolo de atendimento... a proposta de '*demarchizar*' o Serviço de Oncologia, ao lado dos outros serviços já propostos desde o início do processo. Com relação ainda à interdisciplinaridade, tem o exemplo da pediatria que envolvia também questões com a cirurgia...

Cirurgia é uma área difícil. Nem sempre é fácil o diálogo com outras especialidade, por isso pode não ter acontecido com maior intensidade esta troca, mas estávamos no caminho.

A "démarche" traz forçosamente uma visão interdisciplinar da especialidade e traz outros setores e serviços para discussão, por exemplo na fase dos FCS.

O avanço é tão grande que consigo ver de forma diferente. Só num conceito antigo se trabalha com especialidades isoladamente. Abrimos todo o apoio técnico. Outro exemplo é a nutrição nos casos de hipertensão, diabetes, no pós-operatório. Farmácia/clínica: qual os efeitos colaterais, quais os resultados. Na saúde mental temos psicólogos e psiquiatras num momento de grande inter-relação. Temos as questões do meio ambiente envolvendo a saúde, a promoção a prevenção...

Todos os serviços voltados para a reabilitação, o que além de estar integrando os profissionais, valoriza o hospital, diminuindo tempo médio de permanência, o que permite a entrada de mais pacientes.

As especialidades cada vez interagem mais (terapia intensiva, suporte diagnóstico...) O, cirurgião está sempre cada vez mais ligado com outros setores. O processo da *démarche* permitiu que se avaliasse também as deficiências, as necessidades de áreas que interagissem com a Cirurgia Geral.

É impossível trabalhar hoje fora da interdisciplinaridade. Só as intervenções mais simples precisam apenas de um cirurgião. As mais complexas precisam de um olhar interdisciplinar. Oncologia, por exemplo, precisa da tecnologia de imuno-histoquímica, de laboratório de análises, método semiótico, radiologia e endoscopia intervencionista. É necessária a interação com a Oncologia Clínica, tanto que tiramos aquele documento...

- b) Discurso de que a discussão ficou restrita, não se conseguiu aprofundar as relações interdisciplinares de forma mais intensa, extrapolando a Medicina devido, em parte, pela 'cultura de feudos' que ainda impera em alguns setores.

Idéia Central

O processo de discussão em si, ficou restrito a um olhar do serviço e não conseguiu aprofundar a relação interdisciplinar, extrapolando a Medicina, os profissionais médicos. A relação entre serviços ainda é obstaculizada pela cultura de feudos.

Discurso do sujeito Coletivo

Acho que não houve grandes avanços, pelo menos no nosso hospital. A troca entre a Cirurgia Geral e a Clínica Médica hoje se deve principalmente aos residentes... O processo de discussão em si, na nossa experiência, no nosso hospital, ficou restrito a um olhar do serviço e não conseguiu aprofundar a relação interdisciplinar.

Tenho dúvidas se fortaleceu a dimensão interdisciplinar, porque a vejo extrapolando a Medicina, os profissionais médicos. Acho que poderíamos ter ido mais fundo, envolvendo mais profissionais não-médicos. Apesar dos vários critérios propostos pela "démarche" para a segmentação predominaram os critérios médicos como patologia, por exemplo. No mais, o exercício da medicina hoje é, por si só, interdisciplinar. As relações de interdisciplinaridade têm evoluído até por conta da residência médica, mas a relação entre serviços ainda é obstaculizada pela cultura de feudos, quando alguns grupos se acham donos de certos equipamentos e de certos espaços. Por exemplo, o serviço de tórax entrou aqui e foi muito mal recebido, tendo dificuldade de acesso à broncoscopia. Mas, aos poucos, as coisas vão evoluindo.

5.4-Na última questão, aberta, a maioria dos entrevistados optou por falar de alguns desdobramentos, ou do que ficou do trabalho iniciado pela *démarche* ou outros processos coletivos de planejamento. Com relação a traços culturais, temos dois discursos, um valorizando a tradição cultural de planejamento da área (discurso 3) e outro destacando traços negativos, como não respeito à história (discurso 4).

- a) Discurso que valoriza o processo detonador da *démarche* e a capacidade dos gestores da área de se reunirem e buscarem construir uma proposta mais coletiva, apesar de descontinuidades e interrupções.

Idéia Central

Creio que a discussão iniciada pela "démarche" detonou este processo de visão mais conjunta da área... Embora de forma não tão sistematizada como foi na época da 'démarche', continuamos nos reunindo e tentando construir uma visão de rede, apesar das dificuldades.

Discurso do Sujeito Coletivo

Creio que a discussão iniciada pela *démarche* detonou este processo de visão mais conjunta da área, embora muitos dos gestores daqui já tivessem uma certa visão de rede. Um exemplo positivo foi a compra do eco e que houve consenso de que o equipamento deveria ficar no Cardoso que era o hospital mais apto e que se responsabilizou pelos exames de toda a área. Esta visão, baseada em dados epidemiológicos, de investir em determinadas tecnologias, fortalecendo uma missão diferenciada nos hospitais, segundo o que podem fazer melhor, na realidade foi trazida pela *démarche* que foi o detonador de um trabalho conjunto. Embora a discussão não tenha avançado de forma tão sistematizada como foi na época da *démarche* continuamos nos reunindo e tentando construir uma visão de rede, apesar das dificuldades. Em termos de resultados posso me referir a um recente. Tivemos uma reunião com algumas áreas, a idéia é que a AP-4 seja uma referência para a AP-5⁵. A cirurgia já abriu o atendimento para pacientes da AP-5. O RPS abriu agendamento via fax. Este hospital, tem uma certa história e uma certa cultura de planejamento, de se ver inserido na rede, nem só local, mas da cidade.

Outro exemplo interessante é que a chefia da endoscopia do Cardoso Fontes abriu mão de comprar um endoscópio para seu hospital, cedendo-o para a AP-5 que não tinha nenhum, exemplo de que quando se começa a participar de discussões de forma mais ampla, as pessoas passam a ter atitudes também mais solidárias.

O Cardoso era muito fechado, abriu uma série de especialidades para a rede. A área tem condições de evoluir muito mais. O RPS, sendo referência em AIDS e tuberculose...

⁵ A Área de Planejamento 5 (AP-5) envolve as regiões de Padre Miguel, Santíssimo, Santa Cruz, Sepetiba, Guaratiba e Realengo, entre outras.

- b) Discurso identificando a baixa capacidade do município para gerenciar unidades complexas e questionando a pouca autonomia das Coordenações de Área Programáticas.

Idéia Central

O município não estava preparado para gerenciar unidades complexas e ainda não está... as CAPs daqui, não têm autonomia para nada.

Discurso do Sujeito Coletivo

O Hospital já teve laboratório de histoquímica que o município nunca valorizou, é um hospital complexo. O município não estava preparado para gerenciar unidades complexas e ainda não está. A rede está sendo sucateada.

Agrada-me saber que o método nasceu na França, respeito muito a Cirurgia de lá. O Sistema de Saúde também é interessante. Na França existem subprefeituras que funcionam como tal. Não são como as CAPs daqui, que não têm autonomia para nada. Deveríamos discutir prioridades na aplicação do orçamento. Certas licitações, às vezes, custam muito mais caro.

- c) Discurso validando o processo da *démarche* e a importância de resgatar o processo.

Idéia Central

A démarche foi um processo muito válido para o planejamento; hoje seria importante tentar resgatar o processo e a tradição de planejamento da área.

Discurso do Sujeito Coletivo

A *demarche* foi um processo muito válido para o planejamento. O resultado final nem trouxe grandes surpresas, já era sabido, mas houve uma ordenação de problemas,

de prioridades, houve envolvimento das pessoas que gerenciam. Ficou claro onde investir, onde aplicar os recursos. Hoje seria importante tentar resgatar o processo. Ficou um sentimento de frustração muito grande pela não continuidade, assim um sentimento de morrer na praia. É preciso tentar resgatar através da CAP a tradição de planejamento da Área. As respostas da Secretaria às questões da Área tem sido lentíssima.

- e) Discurso destacando um traço cultural negativo, de não respeito pela história.

Idéia Central

Temos este traço cultural: cada gestão quer deixar sua marca e há uma falta de respeito pela história, pelo que já vem sendo feito.

Discurso do Sujeito Coletivo

Para encerrar acho que o processo encontrou um ambiente receptivo mas tenso, cheio de conflitos, mas acho que faz parte de nossa cultura; temos este traço cultural: cada gestão quer deixar sua marca e há uma falta de respeito pela história, pelo que já vem sendo feito.

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de reforçar, em primeiro lugar, o que já apontamos acima: que a amplitude das questões e suas inter-relações tornaram complexa a tarefa de análise, mas que o método escolhido em muito contribuiu para uma visão de conjunto e para trazer qualidade à mesma.

Pensamos, inicialmente, em apontar algumas contradições nos discursos individuais, como por exemplo, a afirmação de que não houve evolução, avanços, ao mesmo tempo em que se comentava algum desdobramento ligado às questões levantadas pelo processo vivido. Contudo, agora, torna-se claro que não são simples contradições, mas que as falas inserem-se em distintos discursos e que a própria complexidade da realidade trazida para análise é que suscita esta diversidade de pontos de vistas, de ângulos encarados. Portanto, reconhecer uma visão complexa e multifacetada tanto nos discursos

individuais como nos Discursos do Sujeito Coletivo seria mais acertado do que apontar contradições.

Com relação à primeira questão, o Discurso mais forte é de que o processo vivido ajudou a desenhar, a definir melhor a missão e proporcionar uma visão de conjunto, de rede. Mesmo os discursos que apontam a não continuidade e/ou a falta de surpresas nos resultados, reconhecem a contribuição em termos de sistematização e o diálogo ensejado entre os serviços, as direções dos hospitais e a CAP. O Discurso (D-4) que se refere aos resultados como aquém das expectativas, também aponta alguns avanços, inclusive nomeando-os como avanços.

A análise da segunda questão traz um discurso forte, em termos de argumentação e de maioria das falas dos atores, que considera uma evolução positiva na visão de rede. Outros que destacam a não-continuidade do processo; o reconhecimento de que já existia uma visão de rede, que a *démarche* apenas reforçou e ainda o da ambiguidade e da dúvida sobre se houve algum avanço, também ligado à descontinuidade, mas, ao mesmo tempo, apontando pontos positivos. Por último, um Discurso considerando que só avançou quem participou diretamente do processo.

Este último parecer leva-nos principalmente à reflexão sobre a necessidade de envolver mais atores/ profissionais e a comunidade e de discutir os planos de ação de forma mais ampla. E aqui concordamos com a necessidade de maior continuidade nos processos de planejamento participativo em geral, uma continuidade maior no tempo. Isto vale especialmente para o objetivo de apoiar uma mudança cultural: cultura não se muda, não se constrói sem um tempo histórico.

Para alcançar o objetivo comunicativo que a *démarche* se propõe é preciso ter, além de metas concretas ligadas à melhoria da qualidade de saúde, apoiar a meta de fortalecimento de processos de discussão democráticos.

A terceira questão, ligada à descentralização, traz uma unanimidade a favor desta e de maior autonomia para as unidades hospitalares e para a CAP (coordenação de área), como já comentado na apresentação dos resultados. O primeiro Discurso identifica a influência dos níveis centrais tanto no sentido positivo quanto no negativo e o outro discurso se refere à excessiva centralização da Secretaria Municipal de Saúde, com

destaque para o fato de que a ausência de autonomia e poder decisório, leva reuniões e definições a se tornarem infrutíferas.

E, resgatado de um dos discursos, na questão aberta, novamente, o tema da autonomia/descentralização, questionando a falta de autonomia das CAPs daqui, comparadas às subprefeituras no Sistema de Saúde francês.

Aqui vale a pena observar que a *Démarche Stratégique* é um enfoque de gestão desenhado para contextos de certa autonomia institucional. Os hospitais franceses, ainda que sigam uma regulação do nível central (Ministério da Saúde), detêm certa autonomia orçamentária e na definição da missão. No Brasil, as primeiras experiências de aplicação do método realizaram-se em hospitais federais com um perfil de maior autonomia. Um deles, o Hospital da Lagoa do RJ, foi municipalizado durante o processo, o que mudou radicalmente o contexto. No caso da AP-4, alvo desta análise, os três hospitais são municipais, sendo dois ex-federais, o que trouxe certo conflito de culturas e visões de mundo, abordados, inclusive, nos discursos analisados. A realização da experiência a partir da área como um todo, envolvendo atores como a coordenação de Área e representantes da SMS foi uma opção para, justamente, buscar uma governabilidade maior em contextos de baixa autonomia das instituições. O processo trouxe, contudo, na discussão dos problemas concretos, o tema da autonomia (ou falta de) e da necessidade de descentralização como absolutamente vital (no sentido de importante e estratégico e no sentido mais habermasiano de parte de um mundo compartilhado por atores em contextos de ação).

Surgiram questionamentos sobre a necessidade de rever normas e regras dos níveis centrais e aqui não nos referimos somente ao município mas também a leis federais, como por exemplo as regras de licitação que não evoluíram e encontram-se bastante defasadas em relação a contextos de evolução tecnológica e a contratos de manutenção de equipamentos. Outro forte questionamento refere-se à necessidade de revisão da Política de Recursos Humanos, apontada nos Planos de Ação dos hospitais. A autonomia e a descentralização constituem-se temas recorrentes e presentes também na questão quatro, sobre processos de planejamento ascendente e participativo, a seguir.

Destacamos como bastante interessante e pertinente a consideração do planejamento ascendente e participativo como capaz de contribuir para uma mudança cultural positiva, valorizando a visão de conjunto, a colaboração e a possibilidade de

pactuar compromissos. Ao mesmo tempo, chama a atenção o fato de que cinco discursos diferentes salientaram obstáculos, identificando-os de várias formas: 1) a cultura do 'tomar conta', do mero controle burocrático; 2) a falta de governabilidade, voltando a apontar a questão da autonomia e a descentralização; 3) a visão, muitas vezes, excessivamente pessoal ou corporativa nas propostas dos profissionais de ponta e, aqui, cabe destacar a necessidade de um diálogo intenso ponta *versus* direção estratégica, entre esta instância e os níveis mais centrais, como a coordenação de Área e a Secretaria Municipal e, diríamos, complementando, um diálogo que envolva também as instâncias de regulação, como o próprio Ministério da Saúde, questão, aliás, que veio à tona, principalmente nas reuniões conjuntas, onde se discutia a viabilização dos planos de ação; 4) a falta de uma visão global da SMS como o grande obstáculo, bem como o despreparo para gerir hospitais complexos e aqui, como no primeiro e segundo discursos acima, podemos destacar um certo choque entre 'cultura federal' e 'cultura municipal', questão a que voltaremos adiante e, por último, 5) obstáculos relacionados à falta de continuidade dos processos de planejamento aliada à falta de motivação dos profissionais, em função de uma política inadequada de recursos humanos, não incentivo à pesquisa, entre outros.

Alguns temas acima levantados apresentam uma proximidade com a questão seguinte, sobre a possibilidade de uma cultura de participação e responsabilidade. Antes, porém, traremos os dois discursos construídos a partir da questão sobre interdisciplinaridade: o primeiro, de maior peso, porque assumido por um maior número de atores e recheado de exemplos, reconhecendo o aprofundamento das relações interdisciplinares e o segundo, reconhecendo, ao contrário, que não houve o aprofundamento esperado e relacionando o fato, principalmente a uma 'cultura de feudos'. Temos assim, mais um discurso referindo-se à questão cultural, desta vez, a um aspecto negativo.

Prosseguimos a análise com a questão cinco, sobre a possibilidade de se falar em uma cultura de participação e responsabilidade e em seguida, a título exploratório, a partir de algumas ancoragens, abordaremos o complexo tema da cultura.

Na quinta questão, temos cinco discursos, dos quais destacaremos os que apontam a necessidade de uma mudança cultural para que se alcance a participação e responsabilidade, criticando a 'cultura de feudos' predominante nos hospitais que foram

federais e outro apontando justamente a busca de uma cultura de responsabilidade como parte de um trabalho sistemático de planejamento e gestão. Estes são temas extremamente ricos e procuraremos explorá-los um pouco, através de algumas ancoragens (Representações Sociais) ou fragmentos do que Habermas chama de *mundo da vida* e que se desprendem, tornando-se abordáveis apenas durante um processo que ele chama de *discurso* ou interrupção da ação comunicativa fluida e que podem ser abordados criticamente, através de uma 'ação discursiva' e/ou de um trabalho de análise de discursos, como o que propomos. Traremos também alguns dos Discursos identificados nas falas da 'questão' aberta do roteiro, que serviu de guia para as entrevistas.

Através da identificação de algumas ancoragens (crenças, valores, pressupostos, pré-interpretações) ou, fragmentos de um *mundo da vida* - lembrando que, com já vimos, um mundo da vida forma o horizonte de processos de entendimento, com os quais os participantes concordam ou discordam sobre algo no mundo objetivo, num mundo social comum ou em um mundo subjetivo - buscaremos problematizar a questão da 'cultura federal' *versus* 'cultura municipal' acima apontada, além de apontar traços de uma cultura mais geral, sem, contudo, esgotar o tema. Ao contrário, no sentido de não fechá-la, mas abri-la destacando aqui, desde já, a necessidade de um maior aprofundamento.

É importante considerar que um estudo de cultura exige tempo e abordagens metodológicas complexas, seja quantitativas e/ou qualitativas adequadas, como já abordado em capítulo anterior. Consideremos, portanto, as observações a seguir, apenas como um ponta-pé inicial para uma possível retomada em trabalhos futuros e como pontos para reflexão, a partir de uma visão particular nossa.

Em primeiro lugar, é preciso caracterizar o que chamamos aqui de 'cultura federal' e 'cultura municipal', entre aspas, emprestando os termos utilizados por alguns dos entrevistados. Estamos nos referindo a traços culturais, esboçados a partir de discursos ou práticas, que podem ser identificados nos hospitais, historicamente pertencentes ao INAMPS e ao Ministério da Saúde, ou seja, da esfera federal, alguns deles 'positivos', outros 'negativos' à luz de determinados contextos, claro. Igualmente, trazemos esboços identificados nos hospitais/ atores municipais.

Nos hospitais federais municipalizados podemos identificar um grande sentimento de perda da autonomia e conseqüentemente da qualidade por parte dos que se identificam claramente com o que estamos chamando de 'cultura federal'. Um dos traços principais é justamente a autonomia, tema tão recorrente nos discursos acima, tanto da direção que se expressa principalmente pelo controle nos gastos orçamentários, o que, quando bem utilizada, possibilita a compra de equipamentos, insumos, investimento em qualificação de RH de forma a manter altos níveis de qualidade. Sabemos que nem sempre é assim e que este é um traço que, sem uma visão estratégica e sem prestação de contas pode levar ao desperdício e ao uso indevido de recursos públicos. Este traço expressa-se também na autonomia médica (também presente em outras instituições de saúde), característica necessária, muitas vezes, ao bom desempenho da profissão que exige decisões rápidas ancoradas em um saber específico e na intuição, considerando casos em que protocolos e normas pré-estabelecidas nem sempre são a melhor opção. O outro lado da moeda pode traduzir-se na crença, por parte de alguns profissionais médicos de que os médicos devem ter toda a autonomia sobre seu processo de trabalho e não serem nunca controlados, nem no sentido de prestação de contas sobre recursos extremamente caros, ou seja, uma autonomia absoluta.

Embora reconheçam, na evolução da Medicina, a necessária e cada vez maior interdisciplinaridade e interdependência entre as diversas especialidades, não apenas médicas estritamente, alguns profissionais apresentam, muitas vezes, uma certa 'cultura de feudos', ou seja, de defesa de espaços conquistados, resistem ao compartilhamento destes espaços ou de equipamentos e até saberes. Chamaremos estes traços de resquícios de um modo de funcionamento antigo e consideramos que já estavam sendo questionados a partir de uma mudança, em curso, com destaque para a própria evolução tecnológica, como discutido no primeiro capítulo.

A municipalização pode ter sido percebida como ameaça, mobilizando poderosas resistências. Veio, da forma como foi realizada, muitas vezes de cima para baixo, decidida em 'gabinete', sem envolvimento das direções e dos profissionais de saúde dos hospitais, agudizar um sentimento de 'desmoronamento do mundo da vida', ou seja, de que valores e pressupostos nos quais eram apoiadas suas pré-interpretações que informavam seu agir, não mais respondem às necessidades atuais. No entanto, este ruir de velhos valores,

pode trazer uma receptividade a novas questões, novos problemas, questionamentos e, portanto, trazer criatividade na busca de respostas ao enfrentamento dos problemas. Cabe valorizar os traços positivos, e consideramos a autonomia, desde que justaposta a uma visão de rede, bastante positiva.

Ao contrário, por parte do município ou dos atores que se identificam com o município, parece vigorar a idéia de que nos hospitais federais não havia controle, havia sempre desperdício e a municipalização veio para racionalizar, trazer transparência e maior responsabilidade. Ainda que esta seja uma pretensão de validade erguida de forma legítima, lembremos que ela pode ser aceita totalmente ou ainda, ser questionada total ou parcialmente quando problematizada. A municipalização, parte do processo de descentralização, tema tão caro aos que defendem a idéia de um Sistema Único de Saúde, que ofereça à população um atendimento em saúde de alta qualidade, nem sempre tem respondido a estes ideais.

Nos Discursos do Sujeito Coletivo, alguns construídos a partir de fragmentos de discursos individuais de atores 'municipais', podemos também identificar traços negativos na 'cultura municipal', como uma preocupação excessiva com o controle burocrático, uma 'cultura do tomar conta' que não valoriza metas a serem buscadas em conjunto, alta centralização e uma preocupação com o quantitativo nos dados de produção, em detrimento, às vezes, da qualidade e a não consideração adequada dos processos em serviços de alta complexidade. A preocupação excessiva com os baixos custos acaba por vezes gerando desabastecimento e outros resultados mais graves. A não valorização dos recursos humanos seja por uma política de baixos salários, seja pelo pouco investimento em formação de RH e em pesquisa também demonstra uma cultura de planejamento e de gerência com baixa capacidade para absorver a complexidade inerente a hospitais de níveis terciários. A política inadequada de RH é um problema já amplamente identificado e abordado por vários autores como CECÍLIO (1997), por exemplo, e que é observada seja nos hospitais federais ou estaduais. No Rio, com a municipalização, a questão se torna mais aguda, na medida em que os salários são ainda mais baixos, e acrescenta-se o problema da não isonomia salarial, entre outros.

Na questão aberta, como já apontado, com relação a traços culturais, temos dois discursos: um valorizando a tradição cultural de planejamento da Área, considerado o mais forte, segundo os mesmos critérios acima aludidos (discurso 3) e outro destacando traços negativos, como não respeito à história (discurso 4).

Este último traz o seguinte traço cultural negativo, identificado a uma cultura mais geral, brasileira, e traduzido na seguinte idéia central de um dos discursos: "Temos este traço cultural: cada gestão quer deixar sua marca e há uma falta de respeito pela história, pelo que já vem sendo feito."

Esta afirmação leva-nos a uma consideração importante: mesmo que acreditemos que temos a melhor proposta, não conseguiremos adesão, impondo-a em processos autoritários e sem respeito ao que já vem sendo construído. Isto vale para os processos de planejamento e, especialmente, para os que pretendem ensejar mudanças.

Por fim, temos o discurso que valoriza a tradição de planejamento da Área, retomado na questão aberta, mas que perpassa praticamente todas as questões do roteiro de entrevistas, e traz o relato de alguns desdobramentos: **"Embora a discussão não tenha avançado de forma tão sistematizada como foi na época da *démarche*, continuamos nos reunindo e tentando construir uma visão de rede, apesar das dificuldades."** Os desdobramentos referem-se à idéia de que a AP-4 venha a ser uma experiência piloto de descentralização, a partir de um documento elaborado pelos gestores da Área e de negociações com a SMS e outros, como abertura de várias especialidades do hospital Cardoso Fontes para a rede, principalmente para a AP-5, área bem mais carente de recursos, a cessão de um endoscópio que seria do HCF para esta Área, entre outros. Podemos dizer que é possível identificar uma aposta positiva nos processos de planejamento coletivos (quase como crença) por parte de todos os atores entrevistados.

Estes desdobramentos apontam, a nosso ver, para a tradição e a cultura de planejamento da Área - não iniciada, mas reforçada pela experiência de aplicação da *démarche stratégique* - e sua capacidade de formulação estratégica, de negociação e diálogo nos diferentes níveis.

Preferimos, por isso, falar em processos de evolução cultural, em que traços positivos de uma cultura podem ser valorizados e os negativos podem ser criticados e reelaborados. A mudança/evolução cultural depende de um processo histórico, ancorado em

tradições (GADAMER, 1997) mas depende também da ação concreta de atores capazes de crítica (HABERMAS, 1989).

Os avanços, as mudanças, podem não ter sido na mesma medida das expectativas, como mostra um dos Discursos do Sujeito Coletivo e, talvez, mesmo que o processo tivesse tido a continuidade esperada, ainda seria assim. Faz-se necessário considerar várias possibilidades de Ítacas⁶. É bom termos expectativas altas. Elas funcionam como um farol, uma utopia que nos faz sonhar e acreditar na mudança. Compartilhar este sonho e tentar construí-lo, através de ações concretas, costuradas por um consenso, ainda que provisório e sempre devendo ser refeito, é agir comunicativamente.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E., Azevedo, C.S., Sá, M.C. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.** Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 13(4): 723-740,1997.

CECÍLIO, L.C. **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos** In: Merhy, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde, um desafio para o público.** São Paulo, Saúde em Debate (org.), Hucitec, 1997.

CREMADEZ, M. & GRATEAU, F., **Le management stratégique hospitalier.** Paris, Inter Editions. 1992.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** São Paulo, Editora Vozes, 1997.

ESCOTEGUY, C. **Avaliação da Qualidade da Assistência Hospitalar ao enfarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2000, [Dissertação de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

HABERMAS, J. **Teoria de la Acción Comunicativa.** Madri,Taurus Ed, 1987.

LEVRÈFRE, F.; LEFRÈVRE, A,M.C.; E TEIXEIRA, J.J.V., **O Discurso do Sujeito Coletivo, uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul, Educs, 2000.

MATUS, C.,. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília, IPEA, 1993.

MERHY, E. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil**. In Gallo, E. (org) *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1995.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1996.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

RIVERA, F.J.U & ARTMANN, E.. **Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva, vol 4 (2). Abrasco, 1999.

⁶ Ver, em anexo o poema de Konstantinos Kaváfis, poeta grego.



4. CONCLUSÃO *fechando, mas abrindo....*

"Porque o mais surpreendente é que, mesmo depois de saber de tudo, o mistério continuou intacto."

Clarice Lispector em A descoberta do mundo.

É muito amplo o tema saúde, gestão em saúde. Um objeto de pesquisa é sempre um recorte e suas bordas tangenciam outros temas, apontando inúmeras bifurcações, os caminhos que poderiam mas não foram trilhados, e que ainda poderão ser, somente na medida em que os passos de um pesquisador construam as trilhas. Caminho que se faz ao caminhar...

Procuramos ao longo deste texto, que ora apresentamos, mostrar os resultados (sempre parciais) de nossa pesquisa, ao mesmo tempo em que possíveis novos objetos, novos recortes foram sendo delineados, e estes também tornaram-se parte de nosso trabalho.

Trabalhamos, ancorados em alguns pressupostos teóricos que nos levaram a construir algumas hipóteses, as quais foram sendo explicitadas nestes quatro capítulos que compõem esta tese, dos quais o principal pressuposto, inspirado no conceito de Razão Comunicativa, de Habermas, é a aposta de que é possível coordenar comunicativamente planos de ação em torno do fazer em saúde, num duplo sentido de coletivo: no seu desenho e na intenção de valorizar uma saúde coletiva, voltada para o atendimento público e de alta qualidade.

Queremos marcar também que estes pressupostos nos guiaram na vivência da experiência aqui relatada, cuja tessitura foi sendo composta por olhares, escutas e vozes mais que subjetivas, intersubjetivas.

Antes de tecer algumas considerações importantes, faz-se necessário abrir um parêntese para um relato em primeira e singularíssima pessoa.

Esta construção que aqui apresento, de forma parcial, porque sempre incompleta, se fazendo e se refazendo, em permanente transformação, é o resultado de um momento de avaliação. Talvez se tivesse defendido a tese há seis meses, esta seria uma outra tese, como poderá ser outra daqui há seis meses. Mas não posso deixar de lembrar das

palavras de Cecília Minayo, amiga querida e minha (ainda que não-formal) co-orientadora de outra tese, a de Mestrado, sobre minha dificuldade em dar um ponto final no trabalho.

- Mas tem tanta coisa que eu ainda queria discutir, eu dizia... e ela, do alto de sua experiência acadêmica e de vida:
- Nunca 'acabamos' um trabalho. Tese não termina, a pesquisa continua. Os prazos acadêmicos são um limite necessário para a apresentação de resultados, sempre parciais e inacabados da pesquisa.

Esta frase repercutiu, eu diria, de forma quase mágica e instantânea no sentido de baixar a ansiedade e consegui então colocar meu ponto 'final', permeado de reticências naquele trabalho (ARTMANN, 1993), que trazia uma crítica e uma leitura comunicativa do PES de Matus, a partir de Habermas, cujos desdobramentos, estão, em parte, no atual trabalho.

fotografia de um momento em movimento (fragmento do poema Caleidoscópio, ARTMANN, 2000)

Fecho parêntese.

Algumas considerações, baseadas em críticas já levantadas em vários fóruns e na nossa experiência na aplicação da *démarche stratégique* se fazem necessárias.

A aplicação da *démarche* não é um processo apenas formal, que se resume à documentação pertinente aos projetos centralizados na Unidade de Análise Estratégica ou na Coordenação/Assessoria de Planejamento dos hospitais. Sua lógica de implementação, baseada em reuniões colegiadas, insere-se no objetivo de motivar uma comunicação ampla a serviço de uma mudança cultural. O desafio implícito é articular um coletivo em torno de um projeto único, que considere a rede. Os resultados da *démarche* medem-se ao longo do tempo, em um processo progressivo, interativo, sempre exploratório, capaz de impactos culturais decisivos. Isto não é uma tarefa fácil, assimilável à condição de uma gestão racionalizadora ou estabilizadora, de efeitos imediatos. Trata-se da construção da colaboração, através, principalmente, de novas parcerias, do aprofundamento de sinergias internas e de uma nova postura, mais comunicativa entre os diferentes profissionais/atores.

Este enfoque acentua, em geral, a montagem de estruturas transversais de colaboração entre hospitais, especialidades e segmentos. A produção de resultados finalísticos, situados na lógica da otimização da alocação de recursos e da colaboração com a rede, é, sem dúvida, uma necessidade prática, premente, de caráter legitimador.

Problematizemos um pouco mais o enfoque. Uma das principais restrições à *démarche*, surgida em discussões na ENSP e em algumas reuniões, durante o próprio processo de aplicação do enfoque nos hospitais do Rio, refere-se à eventualidade da segmentação estratégica reforçar a atomização, ao invés de ajudar a integração (por ser muito molecular). Esta crítica é bastante séria e merece uma discussão. Há o problema da possibilidade de que a segmentação se pautar pela especialização do conhecimento médico e pela disputa de territórios. Por outro lado, deve considerar-se que a aplicação geral do enfoque é feita serviço por serviço, especialidade por especialidade e que a análise estratégica dos segmentos é um trabalho realizado no nível de pequenos grupos. Surgem perguntas naturais do tipo: como promover a agregação, a coordenação horizontal, a fim de garantir um projeto integrado, prioridades assumidas pela direção da instituição? Como compensar a tendência à diferenciação implícita numa segmentação muito molecular?

Na realidade, este problema se coloca para fora da especialidade, pois considerando a especialidade em si, uma segmentação bem feita forneceria as bases técnicas necessárias para uma análise de prioridades que permitiria chegar, pela via da discussão crítica e democrática, a um consenso de especialidade. Um bom detalhamento dos grupos homogêneos de atividades ajudaria a estabelecer uma dinâmica de avaliação, voltada para a caracterização da posição estratégica diferencial dos mesmos grupos. Ninguém pode ser bom em tudo. Há áreas de maior e menor excelência. A não diferenciação de atividades poderia ocultar particularidades e defasagens em posição estratégica, dificultando o processo de priorização de atividades. Por outro lado, uma segmentação, baseada em um diagnóstico médico rico e na tentativa de agrupar atividades homogêneas a partir da conjugação de vários critérios técnicos, epidemiológicos e sociais, pode ajudar a desmontar feudos ancorados num exercício do poder e da informalidade.

Com respeito às relações interespecialidades, a necessidade e a possibilidade da integração dependem de uma dinâmica que obriga a agregar e desagregar iterativamente os grupos de trabalho e a procurar instâncias de discussão mais abrangentes, que superem o

microcosmo do segmento, da especialidade e até do hospital. Um dos grandes desafios do método relaciona-se com a criação de fóruns ampliados de agregação de interesses, em que se processe o grande acordo ou a grande negociação do projeto hospitalar, imanente à lógica da *démarche*. Fóruns que envolvam atores de várias instâncias decisórias e reguladoras.

É importante frisar que se, de um lado, a segmentação pode ser considerada um fator de diferenciação, não é menos verdadeiro, por outro lado, que é a partir da categoria celular de segmento que a *démarche* procura costurar a idéia de uma rede integrada de oferta de cuidados. Uma das preocupações mais marcantes do plano de ação consiste, deliberadamente, em destacar as sinergias e parcerias potenciais inerentes a cada segmento, para a partir daí explorar possibilidades de estruturas em rede. Não se deve esquecer que um dos objetivos nucleares do enfoque é justamente o de criar um movimento de transformação do hospital em uma organização aberta. Detectar os pontos de sinergia e de complementaridade é a base para a construção de fóruns organizativos de discussão mais ampliada. Finalmente, devemos reforçar a idéia de que a segmentação pode obedecer a critérios mais integradores como modo de atenção ou população, para além de uma divisão baseada na diversidade de patologias ou tecnologias. Desta maneira, procuramos sustentar o argumento de que a segmentação estratégica é a base de um processo contraditório e complementar de diferenciação e de integração, em que a busca de sinergias/complementaridades e da colaboração é um dos requisitos essenciais, a ser garantido por um tipo de metodologia política de negociação que implique no desenvolvimento de discussões transversais e da construção de estruturas em rede.

Uma das dificuldades que nos parece mais destacada diz respeito à difícil aplicação da *démarche* em situações de monopólio. Parece-nos que a *démarche* francesa supõe um contexto de menor restrição de recursos e de competição, situação que nem sempre se dá nos países em vias de desenvolvimento. Pode-se argumentar que em alguns espaços desses países vigoram essas condições de contexto, mas não em todos. Esta situação não invalida o enfoque, apenas o restringe em sua aplicação. Podemos assinalar que, mesmo numa situação de concorrência precária ou inexistente, a simulação da concorrência que pode virtualmente passar a existir ajuda a estabelecer estratégias, para aprimorar o domínio dos fatores-chave de sucesso das atividades e busca de excelência.

De qualquer maneira, a aplicação do enfoque exige, em nosso contexto, adaptações que podem passar por uma simplificação na linguagem ou modo de apresentar os diversos formatos e/ou por um enriquecimento do método, a partir de enfoques complexos como o do Planejamento Estratégico Situacional de Matus, considerando a complexidade do nosso contexto sócio/político/cultural/econômico.

A adaptação dos critérios envolvidos na determinação da capacidade de atração, por exemplo, é uma necessidade e vem ocorrendo nos ajustes feitos nos roteiros de aplicação utilizados nas experiências, e que já passaram por várias versões (Anexo 1). Na realidade, a relação de critérios e o seu peso específico são variáveis ajustáveis no método, em função das características do mercado e do contexto dos serviços de saúde em pauta, em cada momento. Nesta medida, variáveis representativas, cuidadosamente escolhidas, tendo em vista o contexto local e as possibilidades de manuseio da metodologia, tem sido um eixo, uma escolha estratégica.

Compare-se, por exemplo, as variáveis apresentadas no primeiro capítulo com o roteiro proposto e os resultados da experiência analisada. Adotou-se o critério geral investimento que se desdobra apenas na definição dos fatores-chave de sucesso. O critério originalmente ‘contribuição ao projeto geral (missão) do hospital’ foi desdobrado e acrescentou-se o critério ‘contribuição à imagem externa da instituição’ no intuito de valorizar aqueles segmentos que, aos olhos dos usuários, de outras instituições, internacionais inclusive, elevem o conceito do hospital ao virem de encontro às necessidades históricas e/ou atuais.

Outro aspecto que pode ser objeto de adaptações refere-se à definição de objetivos. O método original não enfatiza a criação, pelo menos explicitamente, de novos segmentos como parte das principais estratégias, embora esta possibilidade esteja contemplada na abordagem francesa. Em função de carências sanitárias, situação que é comum em países com poucos recursos, especial atenção foi dada à possibilidade de criação de novos segmentos, acrescentando-se às três dimensões estratégicas principais do enfoque (desenvolver, estabilizar, reduzir) o objetivo estratégico de criação de novas atividades/segmentos. Estes dizem respeito aos segmentos virtuais aos quais nos referimos anteriormente.

Nesta linha de raciocínio, consideramos necessário reforçar os critérios populacionais e epidemiológicos, para contrabalançar a tendência a um modelo típico de planejamento baseado na oferta, embora a *démarche* articule uma análise multicritérios. Os critérios relacionados à detecção de necessidades de saúde devem ser levados em conta, de maneira mais explícita, na análise da possibilidade de abertura de novos grupos de atividades e na análise do valor dos grupos de atividades (re)organizados, valendo-se da estrutura da oferta pré-existente. Devemos acrescentar, porém, para fazer justiça ao método, que o dado epidemiológico está embutido no critério possibilidades de crescimento ou desenvolvimento dos segmentos como parte da análise do valor estratégico dos mesmos ou de seu nível de prioridade relativo.

Inspirados no paradigma habermasiano, consideramos um dos temas mais importantes no atual debate da saúde coletiva, a possibilidade e a necessidade de subordinar o conhecimento e o controle técnico das doenças (novas formas tecnológicas de intervenção), ao interesse do bem comum. Isto significa também, do nosso ponto de vista, democratizar, ampliar o acesso às tecnologias de ponta, ao lado do acesso às chamadas medicinas alternativas, por parte da população. Videocirurgias, tomografias computadorizadas, exames de ressonância magnética, mamografias digitais e técnicas de transplantes de órgãos devem estar acessíveis à população que delas necessita, tanto quanto a acupuntura, a homeopatia, por exemplo.

Este trabalho, à primeira vista, poderia talvez ser tomado ou interpretado por alguns, como um argumento na contramão de uma discussão que questiona o modelo 'hospitalocêntrico', já que tem como ponto de partida o Hospital. Contudo, quisemos reforçar aqui a idéia do Hospital aberto ao ambiente e integrado à rede, um dos principais objetivos ensejados pelo enfoque aqui discutido. As propostas de maior integração com a rede, por exemplo, da Cardiologia do hospital da Lagoa, especificamente o segmento hipertensão, discutido no segundo capítulo e o da Cirurgia Geral da AP-4, mostram que quando se abre um espaço para um diálogo, na perspectiva intersubjetiva, interessantes e promissoras articulações podem surgir, num flerte produtivo do hospital com a idéia de um atendimento em saúde 'redescentrado' ou 'usuário-centrado'.

Vale a pena trazer a discussão de Matus (vide capítulo II) sobre a importância do valor dos problemas para a população como um critério imprescindível no protocolo de seleção de problemas estratégicos para uma reflexão sobre a *démarche*: como entra o usuário, destinatário das práticas de saúde, neste processo?

No caso da experiência aqui relatada, ele esteve presente de várias formas: a partir da identificação das demandas, das necessidades de saúde da área, em função de análises epidemiológicas, etc. Como a discussão se deu a partir de uma perspectiva de rede (de uma região e sua interação com o município) poderia ter sido incluído também através de uma representação direta, por exemplo, de um Conselho de Usuários, pois em nossa leitura o método dá abertura para tal. As reuniões conjuntas com a participação de vários atores permitiram a problematização de diversas questões e a construção de um consenso em torno da busca de soluções.

Tomemos um fragmento de um discurso individual que veio a compor também um Discurso do sujeito Coletivo: "...antes, cada hospital vivia no seu mundinho..." e o exemplo simples e concreto de uma fila de espera de três meses no HCF para cirurgias de hérnias e litíase que era um dado, apesar de há muito detectado como problema, cujas tentativas de resolução (diminuição da fila) até então não haviam ultrapassado as fronteiras do próprio hospital, talvez ancoradas na idéia de 'meus pacientes, nossos pacientes', por sua vez ancoradas na idéia da relação médico-paciente mais pessoal, de população adscrita, que em si, não é má, pelo contrário. Tomemos o caso como ilustração. Os pacientes da fila de espera passavam muitas dores e sofrimentos.

Problematizada a questão, vários argumentos foram trazidos: o que é pior para o usuário/paciente/sujeito da fila: mudar de médico, enfrentar a construção de uma nova relação e resolver seu problema de saúde que, no caso, demandava uma intervenção cirúrgica ou esperar, sentindo dores, etc. A questão que antes era vista de uma forma, passou a ser vista por vários ângulos e surgiu a oferta de outro hospital no sentido de atender os pacientes e aliviar a fila. O argumento puro e simples da racionalidade gerencial, trazida a partir dos níveis centrais, incluindo as direções dos hospitais não era suficiente para ensejar uma reorganização das relações entre os serviços de cirurgia da Área, fazendo com que referissem seus pacientes à outra instituição. Mas uma problematização mais

profunda, a partir de um debate crítico, pôde, através do que denominamos construção intersubjetiva, repensar valores e práticas, fazendo surgir propostas, que não poderiam ser consideradas novas, mas não eram implementadas talvez porque não consensuadas.

Questionamos, não somente a partir de premissas teórico-filosóficas, mas a partir de premissas pragmáticas o conceito de Razão e de Sujeito que ainda predomina nas Ciências, na Filosofia do Sujeito e que informa ainda a maioria das abordagens na Saúde Coletiva e o consideramos insuficiente para abordar a complexidade da práxis em Saúde.

Defendemos que o conceito alargado de razão comunicativa, que considera o sujeito não apenas na sua relação de conhecer e intervir sobre objetos, mas também recupera a dimensão do entender-se com outros sujeitos sobre o quê conhecer, para quê e como coordenar seus planos de ação, seria um conceito mais adequado e rico. Trata-se de uma concepção que ultrapassa o domínio de objetos e do sucesso da ação, apenas em seu aspecto teleológico ou finalístico, mas considera o entendimento, envolvendo os aspectos vinculados não só ao mundo objetivo, mas também ao mundo das normas e ao subjetivo.

Consideramos a *démarche stratégique*, desde que explorada em suas potencialidades dialógicas, um método comunicativo. Contudo, ele assim se realiza, enquanto enfoque comunicativo, apenas na medida em que, ao ser aplicado, subordine os aspectos estratégicos aos da busca de entendimento, do acordo consensuado entre os atores envolvidos.

É importante lembrar aqui que uma postura dialógica não significa estar sempre de acordo com todas as pretensões de validade levantadas, mas sim, levá-las a sério, procedendo a um exame argumentativo, com a finalidade de uma avaliação fundamentadora (HABERMAS, 1987).

A ausência de coação e a igualdade de chances no uso dos atos de fala também são condições antecipadas, contrafaticamente, em toda interação realizada através da linguagem. Na obtenção do consenso o que vale é o melhor argumento e nunca algum tipo de coação que levaria a um falso consenso. Estas condições de fala ideal servem de medida de crítica para questionar qualquer consenso obtido, tendo como referência que nunca se chega ao consenso definitivo e que ele pode ser sempre questionado e refeito.

Procuramos trabalhar a validação intersubjetiva das propostas de ação - os Planos dos Hospitais - nas três dimensões apontadas por Habermas: 1) na proposição dos enunciados aceitáveis como expressões verdadeiras, ou seja, que tenham referência ao mundo objetivo. Entram aqui o conhecimento técnico sobre patologias, formas de intervenção concretas com tecnologias resolutivas, capacidade física instalada e tudo o que pode ser objetivamente mensurado e medido em termos de critérios de verdade ou falsidade; 2) na correção ou legitimidade das propostas, ou seja, sua adequação ao contexto normativo/ético/jurídico. Aqui podem ser problematizadas responsabilidades, sejam referidas ao mundo da regulamentação ético-profissional, da regulamentação do SUS, do que é aceitável ou não, mesmo que legítimo, etc.; 3) do ponto de vista do critério de autenticidade, relacionado ao mundo subjetivo, ou seja, da autenticidade das expressões pessoais, pode-se problematizar proposições que podem estar orientadas por motivações corporativas ou exclusivamente de êxito pessoal ou de grupos.

É importante sinalizar que as experiências e exemplos analisados neste trabalho são ainda pontuais, iniciais e que para que se possa colher frutos mais maduros, mais consistentes, como uma efetiva mudança cultural, por exemplo, é preciso uma continuidade maior no tempo de desenvolvimento de um processo de gestão estratégico-comunicativa, como o do enfoque aqui abordado.

Por outro lado, é fundamental valorizar os avanços, embora ainda tangenciais, apontados, na busca de uma maior autonomia e descentralização, da construção de uma proposta coletiva apoiada numa visão de rede por parte das instituições envolvidas, de um aprofundamento das relações interdisciplinares entre especialidades e formas de cuidado em saúde, entre outros.

Será que poderíamos apostar no fortalecimento da Rede Pública, na contramão do sucateamento que vemos muitas vezes? Se depender do desejo e do esforço de tantos profissionais que encontramos apaixonados e envolvidos com a aposta num serviço de saúde de qualidade, sim.

Gostaríamos de fazer algumas considerações que apontam para desafios e a continuidade da pesquisa:

- A necessidade, no atual cenário, de aprofundar a discussão sobre as relações público *versus* privado, no sentido da possibilidade de oferecer à população,

aos cidadãos um atendimento de qualidade, em todos os níveis de complexidade.

- A importância de aprofundar a pesquisa cultural nas organizações de saúde, e de métodos de auditoria cultural, na linha da proposta ensejada no capítulo III desta tese.
- Necessidade de maior envolvimento de atores dos níveis centrais, na tentativa de ampliação da governabilidade sobre os planos, conjugando-se esta questão com a pesquisa em desenvolvimento de habilidades de liderança e negociação, já apontada em artigo (RIVERA & ARTMANN, 1999).
- A utilização mais sistemática de métodos/enfoques de prospectiva, análise ainda incipiente e que consideramos extremamente importante para definição estratégica dos segmentos/atividades alvos de possível

Por fim, gostaríamos de reforçar, que, após estudo, consideramos o enfoque de gestão estratégica hospitalar de Cremadez e Grateau, um enfoque rico e potente para abranger a complexa realidade não só dos hospitais públicos brasileiros, mas que pode ser potencializado com a utilização de outros enfoques afins, na trilha apontada por MERHY (2000) e do LAPA de Campinas, com a idéia de caixa de ferramentas. O potencial do método pode ser aproveitado para problematizar a missão de outras instituições públicas, desde que devidamente adaptado. Aliás, esta é outra promissora linha de pesquisa.

Contudo, como já salientamos em outros momentos (ARTMANN *et al.* 1997 e RIVERA & ARTMANN, 1999), um método pode ajudar a sistematizar o conhecimento sobre a realidade, mas quem planeja, toma decisões e enfrenta problemas e deve fazê-lo de forma criativa, eficaz e flexível é sempre o sujeito/ator. E, na linha de ação que defendemos, são os atores, agindo intersubjetivamente, que podem construir um caminho para uma saúde pública melhor, para uma sociedade melhor e mais solidária.



5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.M. **As Reformas Sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995. [Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública].

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma abordagem comunicativa).** Rio de Janeiro, 1993. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública].

ARTMANN, E.; AZEVEDO, C.S.; SÁ, M.C. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.** Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 1997, 13(4): 723-740.

CAMPOS, GWS. **Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, Saúde em Debate 108. Hucitec, 1997, Série Didática.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança no hospital: o projeto 'Em defesa da vida' na Santa Casa do Pará.** In CECILO, L.C.O (org). *Inventando a Mudança na*, São Paulo, Saúde em Debat 73, Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L.C.O **O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos.** In MERHY, E.E. E ONOCKO,R. (org.) *Agir em Saúde, um desafio para o público.* São Paulo, Saúde em Debate. Hucitec, 1997.

CREMADEZ, M et al. **Le Manegement Stratégique Hospitalier.** Paris. InterEditions, 1992.

CROIZIER, M. & FRIEDBERG. **L'Acteur et le Système,** Paris, França. Seuil, 1977.

ESCOTEGUY, C. **Avaliação da Qualidade da Assistência Hospitalar ao enfarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2000. [Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

FLORES, F. **Inventando la Empresa del Siglo XXI.** Santiago, Chile, Hachaté, 1989.

HABERMAS, J. **Teoria de la Acción Comunicativa.** Madri, Taurus, 1987/1987.

HABERMAS, J. **Direito e Democracia: entre facticidade e validade.** Rio de Janeiro, Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Tempo Brasileiro, 1997.

HERRERO, X. **Racionlidade Comunicativa e Modernidade**. Rio de Janeiro, In: rev. Síntese n. 37, IEPS/PUC, 1987.

LEVRÈFRE, F.; LEFRÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo, uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul, Educs, 2000.

LEMOS, S.M.L. **O Processo de Definição e Implementação de Objetivos num Organização P/ublica do Setor Saúde: do Conjunto Sanatarial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula e Souza**. Rio de Janeiro, 1994. [Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública].

LOPES, C.M.B. **Démarche Estratégica, uma metodologia a ser proposta para a gestão hospitalar brasileira**. Rio de Janeiro, 1997. [Dissertação de Mestrado, F.J.U. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

MALIK, A. M. & VECINA, G. **Desenhando um caminho alternativo para a gerência em Saúde**. In: **Seminário Novas Concepções em administração e desafios para o SUS: em busca de estratégias para o desenvolvimento gerencial**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1990.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília, Ipea, 1993.

MATUS, C. **Política y Plan**. Venezuela, Iveplan, 1982.

MATUS, C. **Adiós señor presidente**. Caracas, Editorial Pomaire, 1987b.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1996.

MERHY, E. 1995. **Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil**. In: Gallo, E. (org) **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Campinas, 2000. [Tese de Livre Docência - Universidade Estadual de Campinas, D.M.P.S. Unicamp].

- MOTTA, F.C.P. **Teoria da Administração: Alcance, Limites, Perspectivas.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, 1990.
- MOTTA, P.R. **Alguns Desafios Administrativos da Gestão Pública de Saúde.** RJ, 1990. Escola Nacional de Saúde Pública/FUNDAP.
- MINTZBERG, H. **Structure et dynamique des Organisations.** Paris, 1981: Les Editions D'organization (tradução do original em inglês Prentice Hall).
- MINTZBERG, H.,. **Power in and Around Organizations.** Prentice Hall, 1983.
- OFFE, C. **Trabalho e Sociedade.** Rio de Janeiro, 1989.Vol 1, Tempo Brasileiro.
- RIVERA, F.J.U. **Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao planejamento estratégico).** Rio de Janeiro, 1995. Editora FIOCRUZ.
- RIVERA, FJU & ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1999. Vol 4 (2). Abrasco.
- RIVERA, F.J.U. **A Gestão Situacional (em Saúde) e a Organização Comunicante.** Rio de Janeiro, 1996. Cadernos de Saúde Pública.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership: a dynamic view.** San Francisco: Josseu Bass. 1989.
- SIEBENEICHLER, F.B. **Jürgen Habermas. Razão Comunicativa e Emancipação.** Rio de Janeiro, 1989. Tempo Brasileiro, UAS-CHRU. La Demarche Stratègique.
- SOUZA, R.M.P. **'Démarche' Estratégica: uma abordagem teórico-metodológica.** Rio de Janeiro, 1997. [Dissertação de Mestrado, RIVERA, F.J.U., Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].
- UAS-CHRU. **La Demarche Stratègique.** Lille, 1995. Sommaire. Mimeo. Material Instrucional.
- UAS-CHRU. **Recensement Stratègique des Activites des Services Cliniques D' Endocrinologie/Diabetologie/Maladies Metaboliques.** Lille, 1995, Mimeo.
- UAS-CHRU. **Schema Directeur de la Biologie.** Lille, 1995. Mimeo.

PORTER, M.E. **Choix Stratégiques et Concurrence**. Paris, 1982. Economica.

PORTER, M.E. **L'Avantage Concurrentiel**. Paris, 1986. Inter Editions,.

THÉVENET, M. **Audit de la Culture d'Entreprise**. Paris, 1986. Éditions d'Organization.

THÉVENET, M. **La Culture d'Entreprise**. Paris, France, 1993. Presses Universitaires de France. Col: que sais-je?



6. ANEXOS

ANEXOS 1

A GESTÃO ESTRATÉGICA HOSPITALAR

ROTEIRO* PARA A ANÁLISE ESTRATÉGICA DO PERFIL ASSISTENCIAL DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Este documento é uma tentativa de adaptação e de simplificação do guia da “démarche” estratégica francesa, metodologia de definição da missão hospitalar idealizada por M. Cremadez e F.Grateau e aplicada pelo Centro Hospitalar Regional e Universitário de Lille (CHRU). Contém 1 (um) roteiro de preenchimento das principais matrizes ou formatos do enfoque e o conjunto dos formatos ou instrumentos propriamente ditos. Os formatos (em nº de 14) se referem às principais fases do método:

- Análise do existente
- Segmentação estratégica
- Análise da posição estratégica (valor e competitividade) dos segmentos
- Porta-fólio de atividades e estratégia
- Plano de ação

1 - Análise do existente

É a primeira fase da “démarche” estratégica. É um diagnóstico que consiste de vários elementos:

- uma descrição das patologias tratadas e das tecnologias atualmente utilizadas na especialidade, assim como de suas relações;
- uma descrição das modalidades assistenciais da oferta de atividades por especialidade;
- uma descrição da distribuição da oferta de atividades por especialidade e por segmento (quando necessário), considerando a rede de serviços de saúde da área;
- uma descrição dos parceiros e dos concorrentes por segmento;

1.1 - Levantamento de patologias e tecnologias

Patologias (formato 1)

Este inventário permite conhecer as atividades do serviço. Devem ser descritas todas as patologias tratadas desde as mais simples até as mais complexas. Pode-se indicar o tipo

* Elaborado por Francisco Javier Uribe Rivera e Elizabeth Artmann a partir de discussões com a equipe de consultoria e da participação da então diretora do Hospital da Lagoa, Roseli Monteiro.

genérico de atividade envolvido no enfrentamento das patologias. Por exemplo: diagnóstico, acompanhamento, tratamento, atividade pedagógica, nível de complexidade pertinente, etc.

Tecnologias (formato 2)

Este inventário inclui equipamentos, técnicas de apoio diagnóstico e terapêutico, técnicas pedagógicas ou atividades educativas, tecnologias de trabalho assistencial em equipe multiprofissional, o parecer de “experts” de outras especialidades ou ainda, para os serviços de Medicina, o “savoir-faire” de um cirurgião cuja colaboração represente uma competência distintiva da especialidade (suporte em conhecimento de outras especialidades).

1.2 - Distribuição da oferta de atividades por especialidade pela rede de serviços

Consiste em relacionar as atividades realizadas na especialidade do hospital-sede da aplicação do enfoque, aquelas atividades realizadas fora da especialidade (embora pertinentes a mesma) mas no mesmo hospital, aquelas realizadas fora do hospital e finalmente as atividades não disponíveis na área de referência, que podem ser necessárias. Neste roteiro teria que ser feita uma adaptação deste item, tendo em vista a aplicação do enfoque na AP-4 da cidade do RJ, com a finalidade primordial de coordenar atividades de Cirurgia Geral entre os Hospitais da área. Neste contexto, o formato específico de levantamento de informação proposto (formato 3) consta de 4 quadrantes: um referente à listagem dos conjuntos agregados de atividades realizadas na especialidade do HRPS, outro referente à listagem das atividades do HLJ, o terceiro referente às atividades do HCF e o quarto referente às atividades não disponíveis, porém necessárias.

Em relação à distribuição da oferta, propõe-se ainda um outro formato (quatro), que consiste em determinar as atividades típicas do hospital, as atividades típicas da concorrência, o que é comum e as atividades não disponíveis na área (formato 4).

Quando necessário, sugere-se a realização do mesmo tipo de levantamento por segmento de atividade. Isto supõe utilizar os formatos 3 e 4 após a segmentação estratégica, assumindo como unidade de comparação cada segmento de atividade.

1.3 - Cruzamento entre patologias e tecnologias (formato 5)

Este quadro estabelece a relação existente entre patologias e tecnologias a partir dos subconjuntos identificados nos quadros anteriores, especificamente os formatos 1 e 2.

Indicaremos aqui as tecnologias específicas a determinadas patologias dentro da matriz correspondente.

Para tanto utilizaremos a simbologia conforme segue:

- D Tecnologia utilizado no diagnóstico e/ou acompanhamento
- T Tecnologia utilizada no tratamento

Poderemos também representar a frequência da utilização da tecnologia da seguinte maneira:

- D+ /T+ Utilização quase sistemática
- D±/T± Utilização frequente (em torno de 50%)
- D-/T- Utilização excepcional

1.4 - Análise das modalidades de atendimento

Esta matriz está destinada a identificar as características assistenciais das diferentes atividades das tabelas anteriores e definir subgrupos homogêneos de atividades em termos da prática médica. Os critérios da análise das modalidades são:

a) Programabilidade

- *Eletivo* - Podemos considerar como *eletivo* todo ato que possa ser previsto com três dias de antecedência ou articulado a um ato que possa ser previsto com três dias de antecedência.
- *Não Eletivo* - Podemos considerar *não eletivo* todo ato que não possa ser previsto ou programado com três dias de antecedência

b) Necessidade de hospitalização

- H - Hospitalização de um ou mais dias necessária
- NH - Hospitalização não necessária

c) Duração da hospitalização

- D - Hospitalização igual ou inferior a 24 horas
- S - Hospitalização superior a 24 horas e inferior a 5 dias
- SS – Hospitalização superior a 5 e inferior a 15 dias
- P - Hospitalização superior a 15 dias

d) Necessidade de tecnologia

- In - Tecnologia disponível no Serviço
- SH- Tecnologia disponível em outro serviço do Hospital

- Ex - Tecnologia não disponível no Hospital, compartilhada com outros serviços de fora do mesmo

A análise das modalidades assistenciais implica no preenchimento prático de duas matrizes:

- matriz de segmentação de patologias (formato 6)
- matriz de segmentação de tecnologias (formato 7)

1.5 - No formato 9 relacionam-se os parceiros e concorrentes por segmento

Consiste em relacionar as instituições que realizam atividades comuns ou específicas referidas ao segmento, classificando-as em parceiras ou concorrentes.

É importante destacar que 1.5 pressupõe a realização da segmentação estratégica (fase seguinte).

2 - A Segmentação estratégica (Formato 8)

O objetivo desta etapa é definir subgrupos homogêneos de atividade, chamados segmentos. Estes seriam os produtos básicos de uma especialidade (formato 6).

A segmentação é uma análise multicritérios, que visa avaliar as semelhanças e diferenças entre as atividades existentes em uma especialidade. Cada um dos subgrupos escolhidos deve compreender um grupo de atividades caracterizadas pelas semelhanças em função dos critérios de análise. Estes critérios, embora numerosos a priori, são reduzidos, na prática, a um elenco mais limitado. Este recorte é situacional, ou seja, depende do projeto político da direção de cada hospital (e da coordenação da Área Programática), dos projetos e motivações dos profissionais das especialidades envolvidas, das necessidades de diferenciação estratégica em função dos referidos projetos/objetivos e, ainda, das demandas/necessidades levantadas na área populacional atendida pelos hospitais.

Os critérios de segmentação são:

- **as patologias:** tipo e localização da patologia, nível de complexidade, imbricações;
- **as condições de atendimento:** necessidade de internação convencional ou específica (leitos de isolamento), programabilidade;
- **as tecnologias implementadas:** necessidade de dispor de uma capacidade técnica específica;

- **as competências requeridas:** grau de sofisticação dentro da especialidade, recurso à competência de diversos especialistas;
- a **concorrência:** número de profissionais exercendo a atividade e meios a sua disposição;
- **o tipo de população envolvida** (idade...);
- **o lugar da atividade em uma rede de cuidados:** emergência, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, educação e prevenção.

No final do processo de segmentação, será necessário verificar que nenhum elemento importante de heterogeneidade subsista dentro de cada segmento definido, e que, ao contrário, não exista similitude muito flagrante entre 2 segmentos.

Um segmento estratégico validado estará composto de atividades que podem ser avaliadas globalmente sob o prisma do interesse que elas representam para o hospital e sob o ângulo das competências necessárias para se ter uma posição de excelência.

3 - Análise do valor ou da capacidade de atração do segmento (formato 10)

A análise do valor supõe uma análise multicritérios, orientada por perguntas específicas. Os critérios valorados são:

a) Possibilidade de crescimento (importância social do segmento e capacidade de desenvolvimento tecnológico)

A aplicação deste critério supõe a seguinte pergunta básica: Quais são as possibilidades de progressão da atividade no futuro:

- em função dos fatores de risco (idade, sexo, grupo social ,situação epidemiológica...)
- em função da evolução tecnológica ou do savoir-faire (novas terapêuticas)?

Aqui deve-se considerar o potencial de crescimento teórico em função dos cenários epidemiológico e tecnológico que condicionam a demanda potencial. Restrições ao crescimento como a capacidade instalada , os equipamentos e outros, deveriam ser contempladas por referência a outros critérios.

Nota forte: Forte crescimento
Nota fraca: Diminuição importante

b) Intensidade da concorrência

Neste caso, trata-se do levantamento de concorrentes existentes na área de referência. Perguntas como as seguintes devem ser formuladas: Quantas instituições públicas e privadas exercem uma atividade similar na zona de influência do hospital? Qual é a sua contribuição à rede de cuidados (o que fazem)? Quantos concorrentes estão já instalados? Quais são seus meios materiais e financeiros? Qual é a previsão da instalação de novos concorrentes?

Nota forte: poucos concorrentes
Nota fraca: muitos concorrentes

c) Investimento (como barreira à entrada)

Aqui procuramos saber se o investimento necessário (em instalações, equipamentos e competências médicas específicas) para ser competitivo no segmento específico, constitui ou não uma barreira à nossa entrada a à de concorrentes eventuais. Quando o tamanho do investimento a ser feito é grande e não há previsão (ou condições) de realizá-lo, considera-se difícil penetrar no segmento ou continuar a desenvolvê-lo. Neste caso, de não - controle de um investimento necessário elevado, haveria uma desvalorização do segmento no tocante a este critério. Em relação a este critério, teria que ser dada uma nota baixa ao segmento. Quando se considera que não haveria barreiras à nossa entrada pelo fato de controlarmos o investimento necessário elevado, a nota a ser dada teria que ser forte. Neste caso, o grande investimento realizado e a ser complementado no futuro opera como uma vantagem competitiva nossa e como eventual barreira á entrada de concorrentes.

Nota forte: Investimento necessário elevado controlável
Nota fraca: Investimento necessário fracamente controlável

Quando o investimento necessário não é considerável (não constitui uma barreira) e é controlado por nós, prefere-se uma nota mais intermediária, menor relativamente `a nota dada a um tipo de investimento necessário elevado controlado. Isto porque nesse caso todos podem realizar com facilidade o investimento necessário, isto é, o tamanho do investimento necessário também não é barreira à entrada dos outros, configurando-se uma situação em que nosso nível de investimento não representa uma provável vantagem comparativa.

d) Sinergias

Procura-se saber:

- se ao nível da atividade existe (ou poderia existir) alguma forma de integração ou de política de colaboração com outros serviços do hospital (competências compartilhadas)
- se ao nível de atividade é possível a utilização em comum de locais e de meios logísticos com outros serviços (do hospital)

Nota forte: colaboração elevada / equipamentos e infra -estruturas compartilhados

Nota fraca: não colaboração / não há utilização comum

e) Motivação interna

Interessa a vocês particularmente a atividade do segmento? Estão vocês dispostos a transferir recursos para desenvolver estas atividades?. Há um nível de comprometimento razoável em relação ao segmento?

Nota forte: motivação forte

Nota fraca: motivação fraca

f) Possibilidades parceria externa

A atividade permite estabelecer uma rede de colaboração com instituições ou profissionais externos ou com outros especialistas da disciplina específica? (incluir aqui os serviços que referem pacientes para o hospital)

Nota forte: potencial elevado

Nota fraca: não colaboração prevista

g) Potencial regional

Este segmento compreende uma atividade importante de atração de clientela municipal?

Nota forte: poder de atração municipal ou estadual

Nota fraca: poder de atração somente local (área)

h) Potencial local

O Segmento desenvolve uma atividade local importante (dentro da área programática)?

Nota forte: Forte poder de atração local

Nota fraca: Baixo poder de atração local

i) Potencial de ensino e pesquisa

Este segmento compreende um volume de atividade importante de ensino e de pesquisa?

Nota forte: Atividade de ensino e pesquisa

Nota fraca: Rotina

j) Contribuição para o projeto político (ou para o Projeto de Missão) do hospital

Em que medida o desenvolvimento do segmento é coerente com a definição geral da missão do hospital? O desenvolvimento do segmento foi pensado como prioritário para o projeto geral defendido para o hospital? Neste caso, considerar a natureza do Hospital, se é geral ou especializado ou uma combinação específica.

Nota forte: segmento funcional ao projeto geral de missão

Nota fraca: segmento redundante, não prioritário

k) Contribuição para a imagem externa

Este segmento permite criar ou desenvolver uma imagem positiva diante da ambiência (sistema de referência, redação de jornais científicos, grande público, decisores locais...)?

Nota forte: Contribuição à imagem forte

Nota fraca: Sem impacto sobre a imagem

Os técnicos franceses utilizam outros critérios eventuais:

- **Capacidade de transferir tecnologia**
- **Capacidade de incorporação tecnológica através de uma parceria com centros de ponta**
- **Capacidade de trazer recursos externos**
- **Custo variável da atividade (nota alta para um custo relativamente menor)**

O investimento poderia ser desdobrado em equipamentos/tecnologia, recursos humanos especializados e capacidade instalada (o que corresponderia a trabalhar com 03 subcritérios)

O potencial de pesquisa e ensino também podem ser separados.

Cada critério tem um peso percentual (p) definido anteriormente. Este peso percentual corresponderia ao grau de aplicabilidade, à importância ou à pertinência de cada critério em função das características concretas da Especialidade, tais como a natureza político-administrativa do hospital onde se insere, o nível de complexidade, o nível de concorrência na área, a visão política da direção estratégica, etc. Este peso é dado situacionalmente pelo grupo em função da Especialidade e é um peso uniforme para todos os Segmentos da Especialidade. A cada critério corresponde uma nota de 0/20 (n), dado a cada Segmento da Especialidade. O valor global do segmento dependerá dos escores específicos, é o somatório dos mesmos, divididos por cem ($S = \frac{p \times n}{100}$).

100

Na definição do peso (ou distribuição de 100 pontos pelos critérios), algumas perguntas podem ser formuladas:

- É o crescimento um objetivo que faça parte de seu projeto de trabalho? Em que medida se espera um crescimento relevante ou não da especialidade no futuro?
- Em que medida a concorrência afeta a sua especialidade? Aplica-se este critério a sua realidade? Quando não há muita concorrência, é indicado atribuir pouco peso ao critério. Correlativamente, o critério possibilidade de crescimento pode ganhar mais importância.
- O investimento necessário à sua especialidade é elevado? (em tese, não importa se você o controla ou não). Priorize equipamentos e tecnologias. Quando a especialidade não precisa de um investimento muito elevado (pouco peso), pode ganhar importância relativa o fator motivação dos recursos humanos.
- O potencial de sinergias e parceiras externas é elevado? Ou a sua especialidade dispensa ou precisa de poucas sinergias e parcerias?
- Que tipo de potencial de atração de clientela a sua especialidade prioriza?
- Em que medida a sua especialidade é vista pela direção estratégica como um dos carros-chefe do Hospital? Contribui ela de maneira decisiva para melhorar a imagem externa do Hospital?
- As atividades de ensino e de pesquisa adquirem relevância dentro da especialidade?

4 - Análise da posição competitiva (da detenção dos fatores estratégicos de êxito) do segmento (formato 11)

Consiste em:

- a) Listar de 05 a 10 (sem rigidez) fatores estratégicos de êxito do segmento em pauta. São vantagens, condições positivas que é necessário possuir para ter êxito no desempenho da atividade.

Ex:

- a existência de um bom sistema de emergência que atenda no domicílio e nas ruas, para a Neurologia, onde o fator tempo é essencial no transporte de pacientes;
- um bom relacionamento com profissionais e instituições da rede, capazes de encaminhar pacientes;
- um bom sistema de acolhimento, aumentando a qualidade de atendimento;
- a disponibilidade de equipamentos, como um tomógrafo computadorizado;
- um bom sistema laboratorial; etc...

São condições, cuja posse permite discriminar entre estabelecimentos em termos de posição de vanguarda. Em geral, são capacidades ou competências profissionais, capacidades tecnológicas e financeiras, relacionais, de efeito discriminante. Estas condições ou recursos não são necessariamente controlados por nós. São fatores necessários ao desenvolvimento de um tipo de atendimento de alto nível de qualidade, de ponta.

- b) Avaliar, dando nota (0/20), o grau de controle de cada um destes fatores por parte do hospital.
- c) Estimar o valor global da posição competitiva do segmento, considerando que a cada fator deve ser atribuído um peso (%) determinado.
- d) Fazer o mesmo em relação aos concorrentes.

5 - Porta-fólio de atividades (formato 12)

É um gráfico cuja abcissa corresponde à posição competitiva e a ordenada, ao valor dos segmentos. Os segmentos são posicionados neste gráfico, dividido em 04 quadrantes. A partir da análise do portfólio deve ser definida a estratégia que consiste em estabelecer três possibilidades de objetivos por segmento:

- a) desenvolver, priorizar um segmento;
- b) estabilizar um segmento;
- c) diminuir o recrutamento de clientela para um segmento (formato 13).

O Portafólio permite uma visão de conjunto da especialidade, comparar a posição estratégica dos segmentos e estabelecer prioridades entre os mesmos. Ele deveria dar lugar a uma reflexão sobre o plano de desenvolvimento específico de cada segmento, sobre o tipo de estratégia a ser seguida em cada caso: diferenciação; custos e/ou focalização de atividades.

6 - O plano de ação (formato 14)

Inclui as atividades visando o cumprimento da estratégia derivada da análise do portfólio. Precisa recursos, produtos, resultados e indicadores de acompanhamento das ações.

Mais considerações sobre Estratégia e Plano:

Tipos de estratégia:

- **Desenvolver um segmento:** identificar as atividades que deve ser expandidas, priorizadas, desenvolvidas particularmente. Este objetivo em geral se confunde com a *estratégia de diferenciação* ou de agregação de um plus de valor percebido como melhora de qualidade, podendo implicar em mais custos, em investimentos específicos para enfrentar os pontos fracos típicos dos FCS. O desafio aqui seria buscar a estratégia de diferenciação que envolvesse relativamente menos custos.
- **Manter ou estabilizar um segmento:** definir os segmentos que devem ser mantidos em “banho maria”, no mesmo nível de desenvolvimento histórico, se possível reduzindo custos. Aqui podem constar segmentos de alta competitividade e valor, os quais poderiam ser apenas mantidos na atual posição, reduzindo custos e liberando recursos para outras atividades.

- Reduzir o recrutamento da clientela para um segmento: definir os quais seria necessário recortar ou focalizar, desestimular, diminuir, negociando a transferência parcial ou total de atividades para a rede (entende-se por *focalização* privilegiar um determinado tipo de usuário ou nosologia).

Para Porter (ano), haveria três estratégias genéricas, melhor discutidas adiante a partir da obra de Crémadez:1997): **diferenciação**, que implicaria em definir uma oferta única, exclusiva, diferenciada, percebida por todos como superior qualitativamente, cujo acesso também poderia ser diferenciado; **liderança no custo**, que representaria diminuir custos para liberar recursos para outros segmentos, sem comprometer a qualidade; **focalização (que pode cursar como estratégia de custos e/ou diferenciação)**

Elaboração dos planos de ação

Os planos incluem os esforços a serem realizados para agir sobre a rede de médicos de consultório (que

referem pacientes), para implementar associações, para formar médicos e pessoal paramédico, para comunicar o "savoir-faire" controlado, para adquirir novas tecnologias, para implementar novos modos de atenção etc.

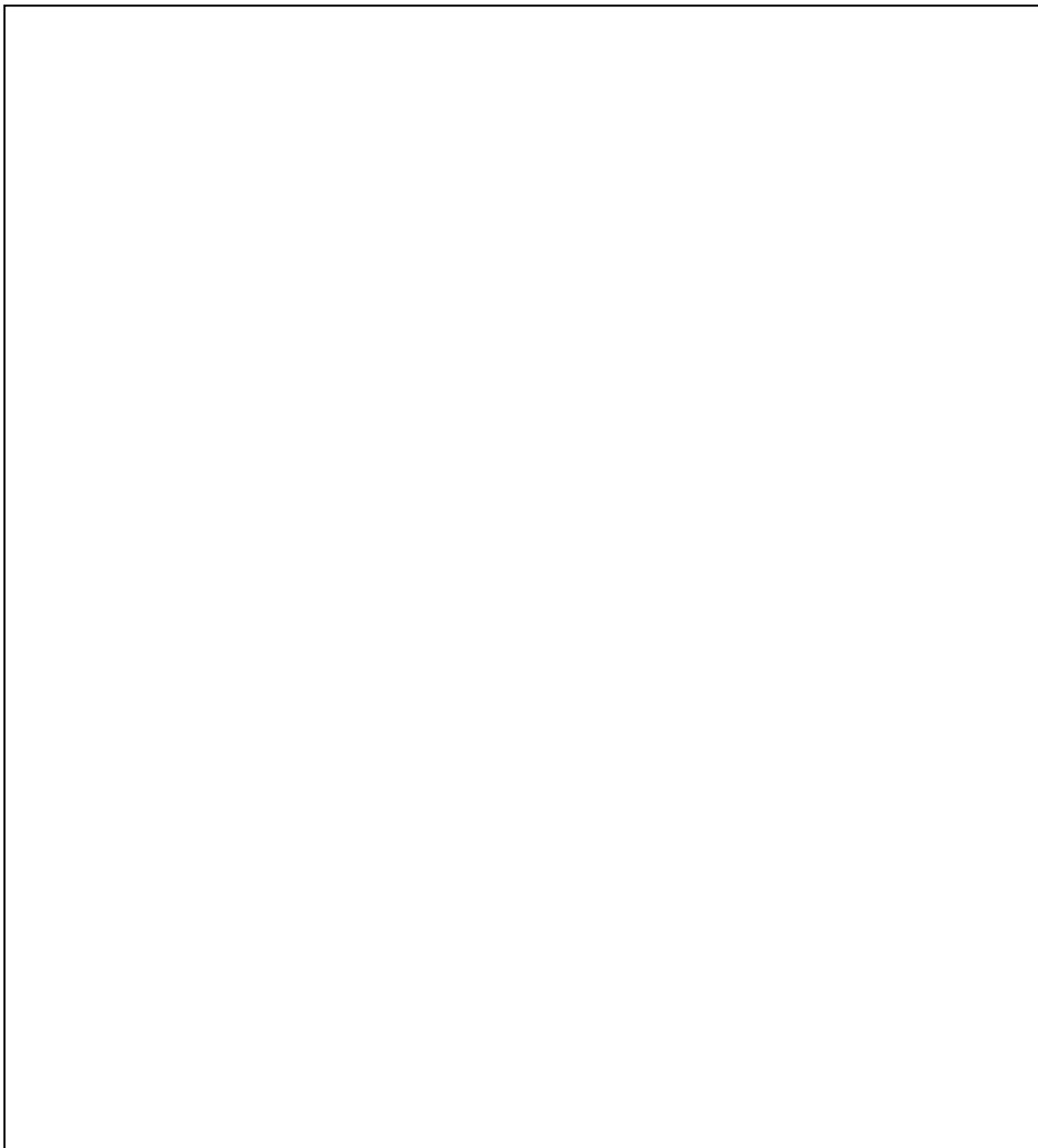
O Plano de Ação é o 'que fazer' para implementar a Estratégia. Consistiria em um conjunto de atividades, tais como:

- Formas de apropriação/desenvolvimento dos Fatores Chave de Sucesso visando enfrentar os pontos fracos identificados na análise incorporação de tecnologias e de recursos humanos, treinamentos, desenvolvimento de fatores de qualidade, etc.
- Ações de negociação e de comunicação internas ao hospital e com a rede, incluindo o estabelecimento de sinergias e parcerias externas.
- Ações visando revalorizar um segmento, atuar sobre algum critério da análise do valor de baixo score, passível de intervenção (quando a decisão política é de buscar aumentar o valor).
- Ações visando modificar o modelo assistencial, as formas de atendimento que caracterizam um determinado segmento, o perfil de tecnologias utilizadas.
- Ações de natureza social e intersetorial.
- Ações que desenvolvam objetivos tipicamente médicos, como determinadas pesquisas.

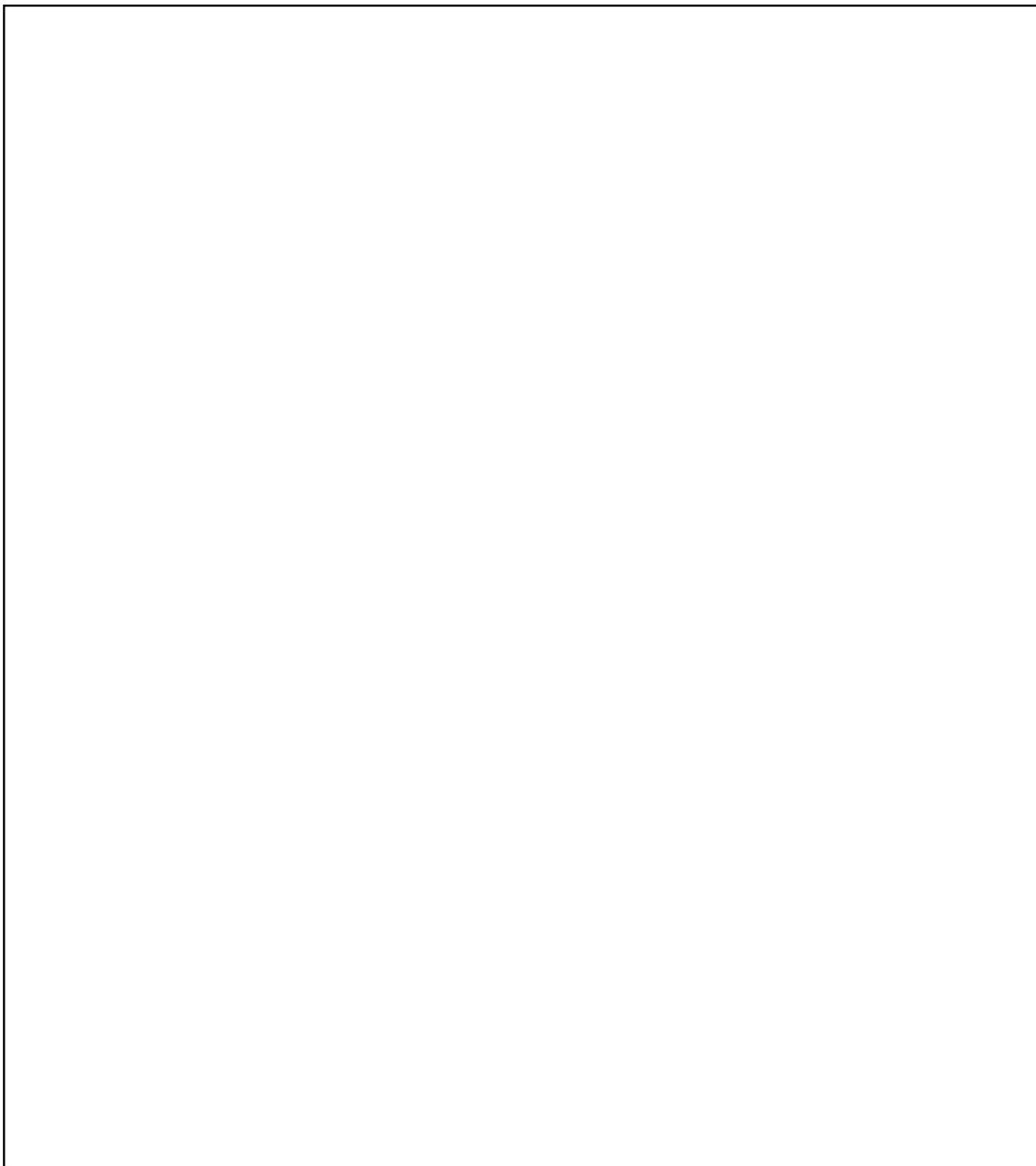
A consolidação de um plano de ação é um contínuo retomar da análise estratégica do valor e da posição competitiva, visando aumentar o controle dos FCS, para melhorar a posição estratégica geral.

O plano culmina com a definição dos indicadores de monitoramento das ações para que seja possível acompanhar as mudanças propostas.

Descrição das atividades
As patologias



**Descrição das atividades
As tecnologias**



QUADRO DA OFERTA DE ATIVIDADES1 (por especialidade)

HRPS	HLJ
HCF	NÃO DISPONÍVEL NA ÁREA

QUADRO DA OFERTA DE ATIVIDADES2 (por especialidade)

COMUM HOSPITAL / CONCORRÊNCIA	ESPECÍFICO À CONCORRÊNCIA
ESPECÍFICO AO HOSPITAL	NÃO DISPONÍVEL NA ÁREA

MATRIZ DE SEGMENTAÇÃO DE PATOLOGIAS

COMPONENTES	1)E/NE	2)H/NH	3) D/S/SS/P	4)IN/SH/EX

- 1) Eletivo/Não Eletivo
- 2) Necessidade de hospitalização (Hospitalização/Não Hosp.)
- 3) Duração da hospitalização (dia (D), semanal (S), até duas semanas (SS), prolongada (P))
- 4) Disponibilidade interna ou externa (à especialidade) das tecnologias necessárias ou implementadas.

Matriz de segmentação de tecnologias

COMPONENTES	1)E/NP	2)H/NH	3) D/S/SS/P	4)IN/SH/EX

- 1) Eletivo/Não eletivo
- 2) Necessidade de hospitalização (Hospitalização/Não Hosp.)
- 3) Duração da hospitalização (dia (D), semanal (S), até duas semanas (SS), prolongada (P))
- 4) As tecnologias necessárias estão disponíveis no Serviço (IN), no Hospital (SH) ou externamente (EX)

SEGMENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Serviço :

Segmentos:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

QUADRO DE PARCEIROS E CONCORRENTES (por segmento)

INSTITUIÇÃO	P	C

Parceiros : P

Concorrentes : C

AVALIAÇÃO DO VALOR (CAPACIDADE DE ATRAÇÃO) DO SEGMENTO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	PESO %	NOTA / 20	ESCORE (= pxn)
Possibilidades de crescimento			
Intensidade da concorrência			
Investimento (barreiras à entrada)			
Sinergias (em nível de competências e infra-estruturas compartilhadas)			
Motivação interna			
Possibilidades parceria externa			
Potencial regional			
Potencial local			
Potencial de ensino e pesquisa			
Contribuição para o projeto político geral do hospital			
Contribuição para a imagem externa			

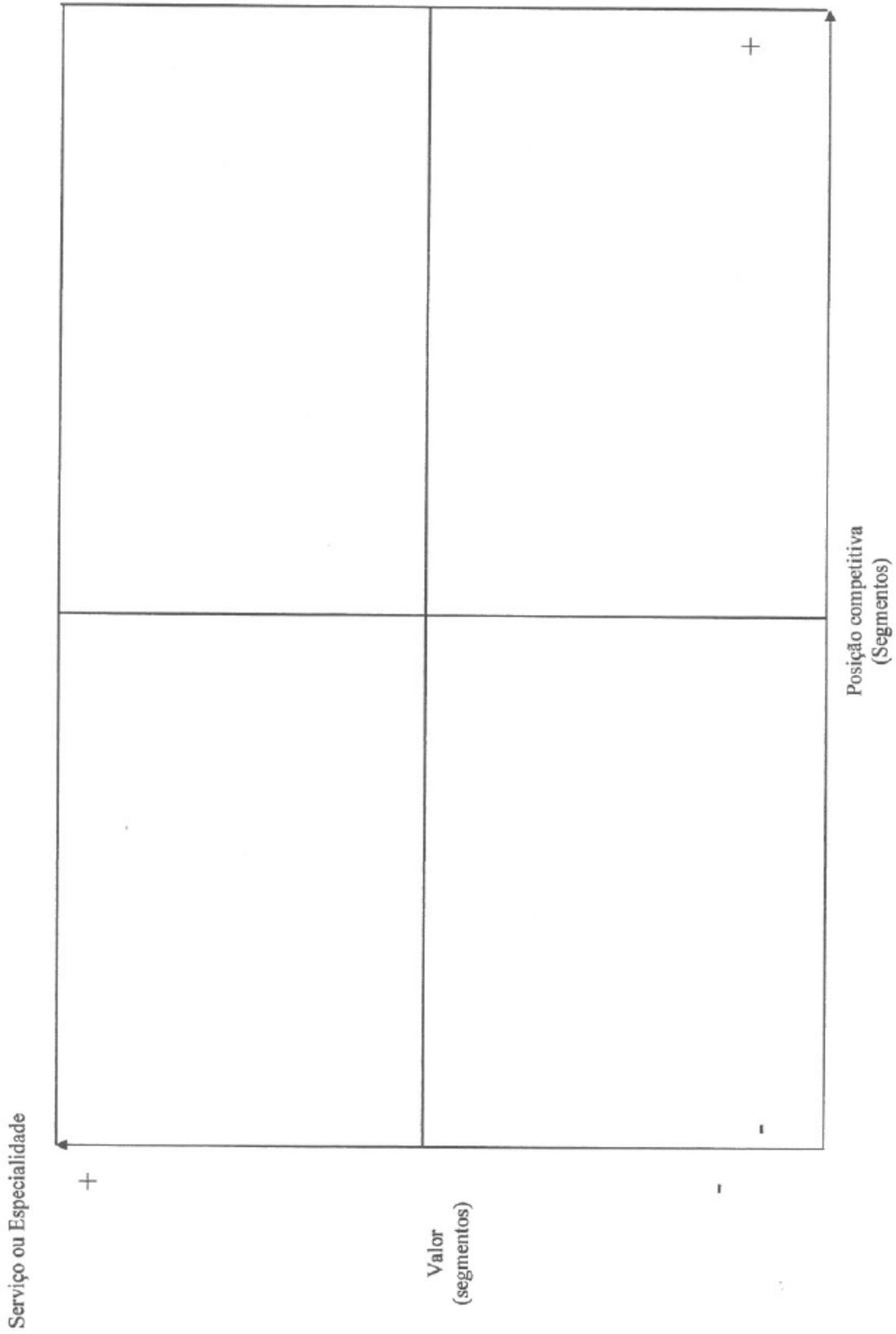
Valor Segmento	100		0,0
-----------------------	-----	--	-----

AVALIAÇÃO DA POSIÇÃO COMPETITIVA DO SEGMENTO

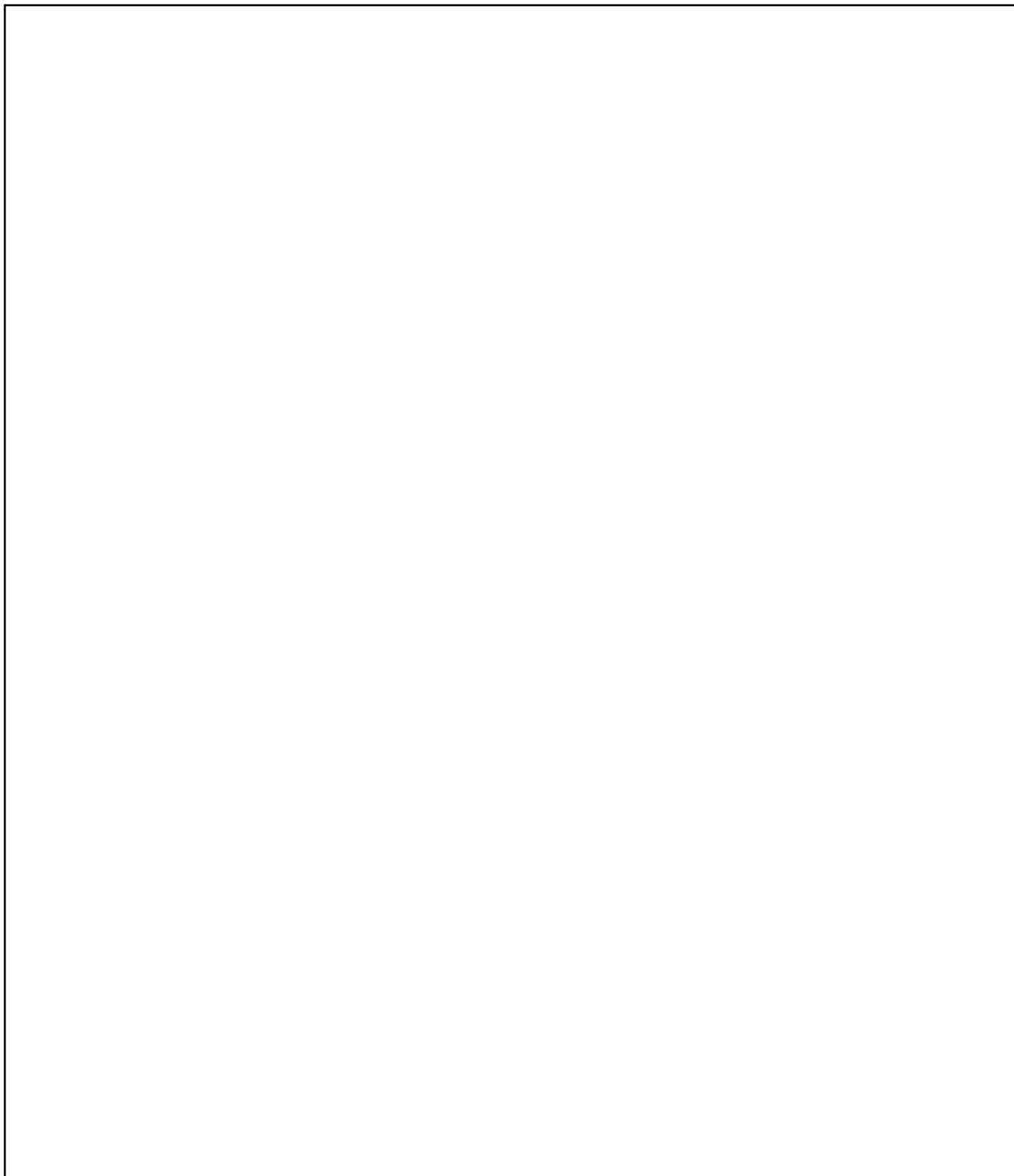
CONTROLE DOS FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO										
FATORES ESTRATÉGICOS DE ÊXITO	PESO	HOSPITAL	CONCORRENTES							
	%	NOTA	A	B	C	D	E	F	G	
1)										
2)										
3)										
4)										
5)										
ESCORE SOBRE O SEGMENTO										
POSIÇÃO RELATIVA										

CONCORRENTES:

PORTA-FÓLIO DE ATIVIDADES



ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO (Objetivos)



QUADRO DE AÇÕES E ACOMPANHAMENTO

AÇÕES	RECURSOS	PRODUTO	RESULTADO	INDICADOR	FÓRMULA

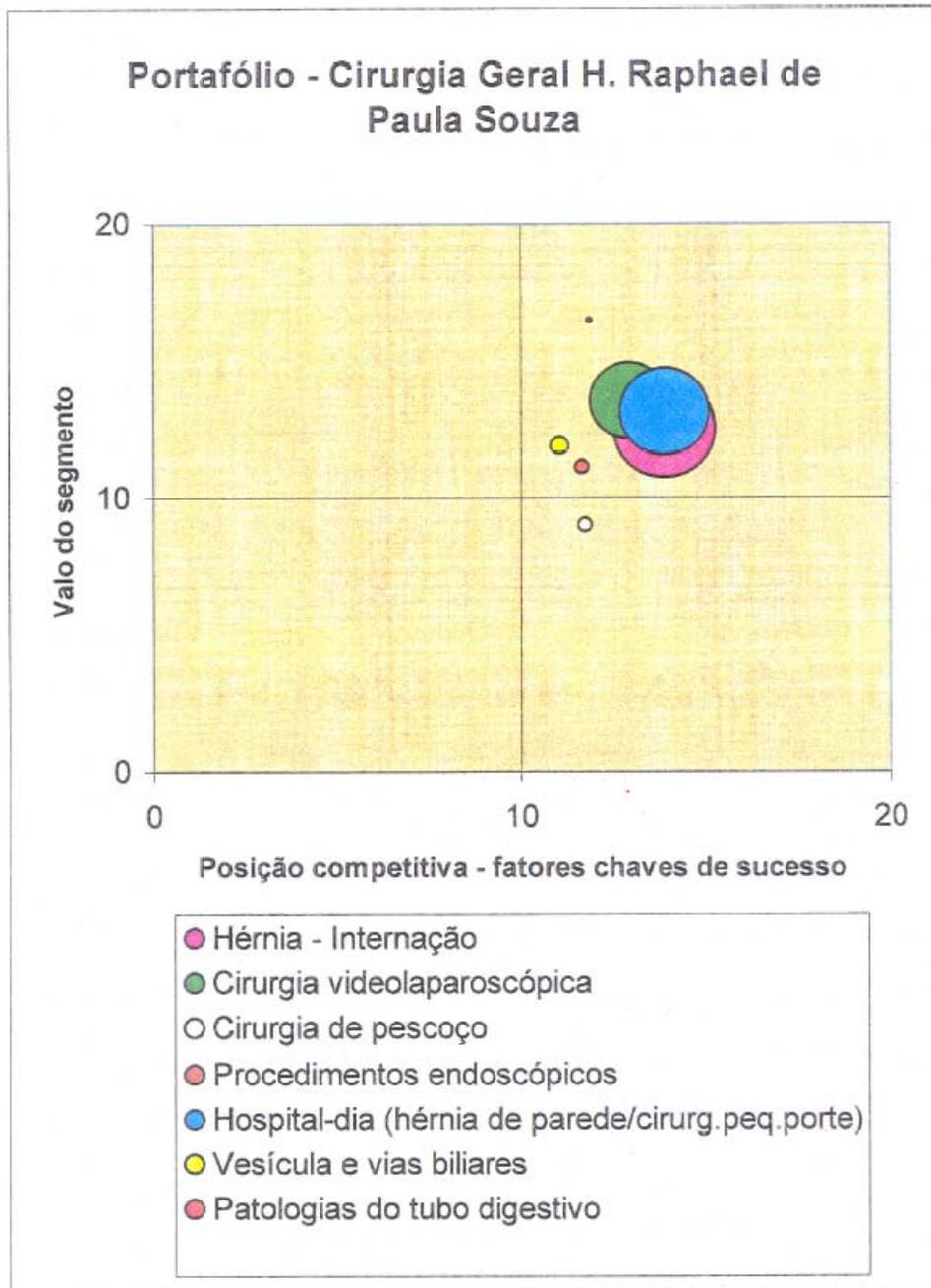
ANEXO 2

ANÁLISE DO VALOR DA CIRURGIA GERAL DO HRPS															
SEGMENTOS	peso%	HD		hérnias de parede		videocirurgia		Proc.endoscópicos		patologias tubo dig.		vesícula e vias biliares		cir.pescoço	
		nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score
Critérios de avaliação															
Possib.Crescimento	8	15	1,2	15	1,2	12	0,96	18	1,44	12	0,96	12	0,96	12	0,96
Intens.Concorrência	14	12	1,68	12	1,68	10	1,4	18	2,52	8	1,12	10	1,4	8	1,12
Investimento	11	10	1,1	10	1,1	19	2,09	19	2,09	12	1,32	13	1,43	10	1,1
Sinergias	12	15	1,8	15	1,8	15	1,8	15	1,8	10	1,2	10	1,2	15	1,8
Motivação interna	16	18	2,88	15	2,4	18	1,88	18	2,88	16	2,56	16	2,56	10	1,6
Parcerias externas	8	10	0,8	10	0,8	10	0,8	18	1,44	8	0,64	12	0,96	10	0,8
Potencial regional	12	9	0,18	10	0,2	6	0,12	15	0,3	10	0,2	10	0,2	6	0,12
Potencial local	7	8	0,56	8	0,56	8	0,56	12	0,84	8	0,56	8	0,56	8	0,56
Pot.Ensino/Pesq.	8	15	1,2	15	1,2	15	1,2	18	1,44	12	0,96	12	0,96	5	0,4
Contribuição p/Projeto	7	10	0,7	10	0,7	10	0,7	10	0,7	10	0,7	10	0,7	4	0,28
Imagem externa	7	15	1,05	13	0,91	15	1,05	15	1,05	13	0,91	14	0,98	4	0,28
Valor do segmento	100		13,15		12,55		12,56		16,5		11,13		11,91		9,02

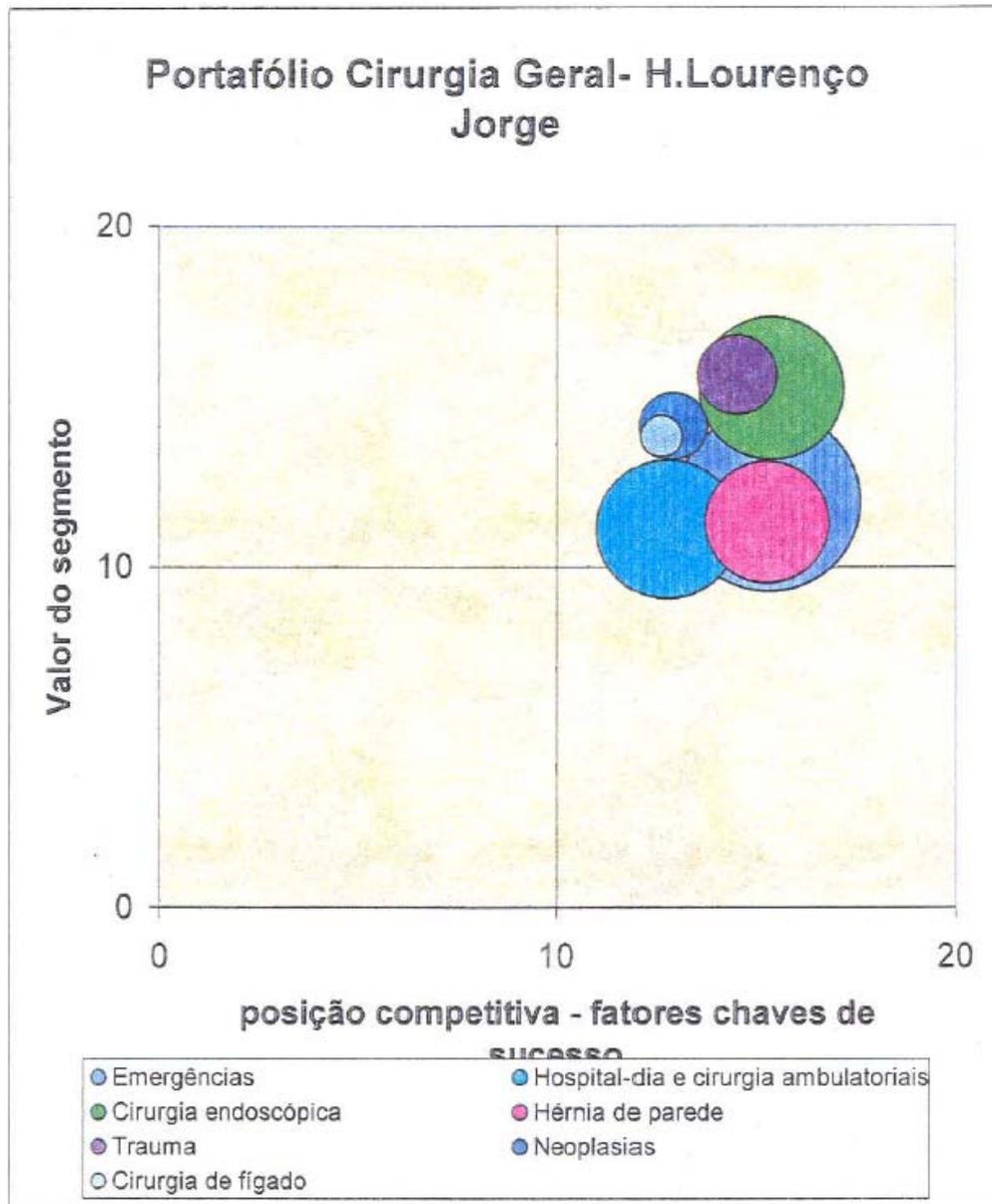
SEGMENTOS	Critérios Avaliação	peso	Doenças Motilidade		Tum. ap. dig. e g. e.		Hérnia de parede		Hipertensão porta		Doença ácido-pépj.		Litíase		HD e Cícur. Ambul.		Pancreatite		Emergência trauma.		Emerg. não traum.	
			nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score
Crescimento		12	10	1,2	15	1,8	15	1,8	14	1,68	8	0,96	18	2,16	18	2,16	17	2,04	5	0,65	15	1,95
Concorrência		6	10	0,6	18	1,08	10	0,6	16	0,96	8	0,48	10	0,6	10	0,6	15	0,9	15	1,8	5	0,6
Investimento		10	10	1	15	1,5	15	1,5	15	1,5	10	1	10	1	8	0,8	10	1	10	0,7	10	0,7
Sinergias		9	15	1,35	18	1,62	4	0,36	18	1,62	15	1,35	15	1,35	8	0,72	17	1,53	10	1,2	10	1,2
Motivação interna		10	12	1,2	15	1,5	10	1	15	1,5	10	1	15	1,5	10	1	15	1,5	15	2,4	15	2,4
Parcerias externas		9	12	1,08	15	1,35	15	1,35	12	1,08	8	0,72	18	1,62	15	1,35	17	1,53	15	2,1	0	0
Potencial regional		4	5	0,2	12	0,48	5	0,2	5	0,2	4	0,16	10	0,4	2	0,08	5	0,2	6	0,24	9	0,36
Potencial local		10	15	1,5	15	1,5	15	1,5	15	1,5	10	1	15	1,5	10	1	15	1,5	6	0,24	9	0,36
Pot. Ensino/Pesq.		10	12	1,2	15	1,5	10	1	15	1,5	10	1	15	1,5	5	0,5	15	1,5	6	0,24	9	0,36
Contrib. p/Projeto		10	10	1	15	1,5	10	1	15	1,2	8	0,8	15	1,5	10	1	12	1,2	6	0,42	9	0,63
Imagem externa		10	10	1	15	1,5	10	1	12	1,2	8	0,8	15	1,5	15	1,5	12	1,2	6	0,42	9	0,63
Valor segmento		100		11,23		15,33		11,21		13,94		9,27		14,63		10,71		14,1		10,41		9,19

ANÁLISE DO VALOR DA CIRURGIA GERAL DO HLJ																	
SEGMENTOS	Neoplasias TD e GE		Fígado e VB		Cir. Ginecológica		Cirurgia endoscópica		trauma		Hérnia de parede		Energéticas		HD/Cir. Ambulatorial		
	peso	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	nota	score	score	
Critérios avaliação	10	15	1,5	15	1,5	3	0,3	18	1,8	15	1,5	12	1,2	10	1	15	1,5
Crescimento	2	12	0,24	15	0,3	5	0,1	12	0,24	18	0,36	18	0,36	17	0,34	12	0,24
Concorrência	11	15	1,65	15	1,65	8	0,88	17	1,87	15	1,65	15	1,65	15	1,65	19	2,09
Sinergias	10	17	1,7	15	1,5	8	0,8	10	1	15	1,5	10	1	10	1	6	0,6
Motivação interna	10	17	1,7	18	1,8	6	0,6	18	1,8	18	1,8	12	1,2	13	1,3	12	1,2
Parcerias externas	7	18	1,26	12	0,84	8	0,56	10	0,7	12	0,84	6	0,42	8	0,56	6	0,42
Potencial regional	7	9	0,63	10	0,7	5	0,35	12	0,84	6	0,42	6	0,42	8	0,56	7	0,49
Potencial local	10	14	1,4	15	1,5	10	1	18	1,8	17	1,7	11	1,1	12	1,2	15	1,5
Pot. Ensino/Pesq.	9	13	1,17	13	1,17	8	0,72	15	1,35	17	1,53	12	1,08	12	1,08	10	0,9
Contrib. p/Projeto	12	12	1,44	12	1,44	8	0,96	15	1,8	17	2,16	12	1,44	12	1,44	16	1,92
Inragem externa	12	12	1,44	12	1,44	8	0,96	17	2,04	18	2,16	12	1,44	15	1,8	2	0,24
Valor segmento	100		14,13		13,84		7,23		15,24	18	15,62		11,31		11,93		11,1

Segmento	Posição			
	competitiva	Valor	Volume	
Hérnia - Internação	13,9	12,55	148	
Hospital-dia (hérnia de parede/cirurg.peq.porte)	13,9	13,15	116	
Cirurgia videolaparoscópica	12,94	13,56	86	61
Vesícula e vias biliares	11,05	11,91	5	21
Cirurgia de pescoço	11,74	9,02	5	49
Patologias do tubo digestivo	11,65	11,13	3	8
Procedimentos endoscópicos	11,86	16,5	0,4	1
	0	0	325	8
	0	0	0	148



Segmento	Posição competitiva	Valor	Vol.metade de 99	Volume 99
Emergências	15,3	11,93	325	650
Hospital-dia e cirurgia ambulatoriais	12,76	11,1	190	380
Cirurgia endoscópica	15,36	15,24	201	360
Hérnia de parede	15,25	11,31	150	300
Trauma	14,5	15,62	63	125
Neoplasias	12,9	14,13	46	50
Cirurgia de fígado	12,6	13,84	18	36
			993	



Segmento	Posição competitiva	Valor	Volume-jan-jun/00	vol/mês
6. Litíase	13,5	14,63	123	21,3
3. Hérnia de parede	12,4	11,31	109	18,2
2. Tumores do ap. digestivo e glândulas endócrinas	13,8	15,33	60	10,0
7. C.ambulatorial/hosp-dia e tumores partes moles	20	10,71	228	38,0
8. Pancreatite	13,1	14,10	10	1,7
5. Doença ácido-péptica	13,7	9,27	7	1,2
1. D.motilidade tubo digestivo (divertículo e megaesôfago)	15,55	11,33	4	0,7
4. Hipertensão porta	13,55	13,94	4	0,7
	0	0	325	
	0	0	0	
Emergências não traumática	10,4	9,19	118	24
Emergência Traumática	11,1	10,41	24	4

