

The background features a grid of 4x4 cells. A faint white outline of the Latin American and Caribbean region is superimposed on the grid. The images in the grid include: a smiling couple in the top-left; a man in a light blue shirt in the top-middle; a woman in a white dress in the top-right; a woman in a white dress in the second row, second column; a group of people in a hospital setting in the second row, third column; a woman in a white dress in the second row, fourth column; two young girls and a boy in the third row, first column; a man in a hat and a woman in a white dress in the third row, second and third columns; a young girl in the third row, fourth column; and a woman and a child in the bottom row, third and fourth columns.

A transformação  
da gestão de  
hospitais na América  
Latina e Caribe

A transformação da gestão de hospitais  
na América Latina e Caribe

Coordenação da edição em português: Luciana D. Chagas  
Revisão técnica: Eloiza Andrade Almeida Rodrigues  
Rodrigo Rodrigues Miranda  
Revisão gramatical: Maria do Carmo Nóbrega  
Arte Final e Diagramação: Márcio Antônio Silva  
Impressão: Focus Gráfica e Editora Ltda-ME

Tiragem: 12000 exemplares  
Impresso no Brasil

**Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação  
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil.**

---

Organização Pan-Americana da Saúde,

A transformação da gestão de hospitais na América Latina e  
Caribe – Brasília: OPAS/OMS, 2004.

398p.

Tradução de: La transformación de la gestión de hospitales en  
América Latina y el Caribe

ISBN 85-87943-36-7

1. Sistemas de saúde. 2. Hospitais. 3. Reforma dos Serviços de  
Saúde. 4. Modelos de gestão hospitalar. 5. Gestão de qualidade. 6.  
Sistemas de Informação Hospitalar. 7. Administração Hospitalar. 8.  
América Latina. 9. Caribe. I. Título.

---

NLM: WX 157

2004 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

# A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde*

Divisão de Desenvolvimento de Sistemas  
de Serviços de Saúde

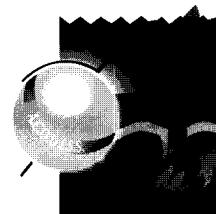


*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES  
ÉTRANGÈRES

Direção Geral de Cooperação  
Internacional e de Desenvolvimento

**Ministério  
da Saúde**



**ACODESS**

Associação de Cooperação para o  
Desenvolvimento de Serviços de Saúde

**2004**

## Lista de colaboradores do livro

### Autores

**Carlos Albuquerque**

Departamento de Medicina Social, FAMED/UFRGS  
Porto Alegre, RS, Brasil

**Osvaldo Artaza**

FUNDARED, Hospital Luis Calvo Mackenna  
Ministério da Saúde do Chile  
Santiago do Chile, Chile

**Elisabeth Antunes**

Coordenadora Geral  
ACODESS  
Paris, França

**Oscar Arteaga**

Escola de Saúde Pública  
Universidade do Chile  
Santiago do Chile, Chile

**Virginia Baffigo**

Coordenadora Nacional do Projeto Saúde Ambiental Urbana, CARE  
Lima, Peru

**Caridad Cairo**

Vice-diretora de Enfermagem  
Hospital Hermanos Ameijeiras  
Chefe do Grupo Nacional de Urgência de Serviços de Enfermagem  
Havana, Cuba

**Alfredo Campaña**

Especialista em legislação e negociação do trabalho em saúde  
FESALUD  
Quito, Equador

**Aude Caria**

Responsável de Qualidade  
Hospital Esquirol  
Paris, França

**Eduardo Carrillo**

Consultor internacional  
San José, Costa Rica

**Pedro Crocco**

Assessor do Ministério da Presidência  
Santiago do Chile, Chile

**Alberto Díaz Legaspe**

Gerente de Programação  
Programa de Reforma do Setor Saúde  
Buenos Aires, Argentina

**César Gattini**

Assessor Regional  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Patricia Gómez de León**

Diretora Executiva  
Centro de Gestão  
Santa Fé de Bogotá, Colômbia

**Jorge Hermida**

Diretor Regional para América Latina  
Quality Assurance Project/Projeto de Garantia de Qualidade  
Quito, Equador

**Antonio Hernández**

Assessor Regional em Manutenção e Engenharia  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Norberto Larroca**

Diretor Executivo  
FELAH  
Buenos Aires, Argentina

**Daniel López Acuña**

Diretor  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**José María Marín**

Assessor Regional em Administração de Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Patrick Mordelet**

Presidente de ACODESS  
Paris, França

**Teodoro Muñoz**

Presidente da Federação Latino-Americana de Hospitais  
San Juan, Porto Rico

**Claudio Osorio**

Consultor de Desastres  
Representação em Costa Rica  
Organização Pan-Americana da Saúde  
San José, Costa Rica

**Monica Padilla**

Assessora Regional  
Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Matilde Pinto**

Assessora Regional  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Daniel Purcallas**

Assessor em Recursos Humanos  
Representação da OPAS no Panamá  
Panamá

**Lazare Reyes**

Diretor Financeiro  
Hospital Sainte-Anne  
Paris, França

**Vanessa Rosales Ardón**

Consultora internacional  
San José, Costa Rica

**Hernán Rosenberg**

Assessor Regional  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Roberto Roses**

Fundação ISALUD  
Buenos Aires, Argentina

**Anna Gabriela Ross**

Consultora  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

**Fernando Sacoto**

Diretor Executivo  
Fundação Equatoriana da Saúde  
Quito, Equador

**Luis Solórzano**

Diretor Geral de Insumos para a Saúde SSA  
México, DF, México

**Elías Valdez**

Diretor Nacional de Serviços Hospitalares  
Havana, Cuba

**Héctor Vazzano**

Federação Latino-Americana de Hospitais  
Buenos Aires, Argentina

**Guillermo Williams**

Ministério da Saúde  
Buenos Aires, Argentina

**José Luis Zeballos**

Coordenador  
Programa de Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde  
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

## **Leitores externos**

### **Carlos Arango**

Ministério da Saúde da Colômbia  
Assessor do Escritório da Ministra da Saúde  
Bogotá, Colômbia

### **Mauricio Bustamante**

Diretor Convênio Hipólito Unanue  
Bogotá, Colômbia

### **Milagros García**

Diretora do Escritório da OMS  
Serviços Integrals de Saúde de Barcelona  
Barcelona, Espanha

### **Eduardo Levcovitz**

Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
Organização Pan-Americana da Saúde  
Washington, DC, Estados Unidos da América

### **Ana Pereiro**

Secretaria Técnica  
Federação Latino-Americana de Hospitais  
Buenos Aires, Argentina

### **Michelle Ooms**

Encarregada de Missão  
Ministério das Relações Internacionais da França  
Paris, França

## **Comitê editorial**

### **Elisabeth Antúnes**

### **Alberto Infante**

### **Daniel López Acuña**

### **José María Marín**

### **Patrick Mordelet**

### **Anna Gabriela Ross**

## **Revisão editorial técnica**

### **Carlos Campillo**

Subdiretor médico, Sistemas de informação  
Hospital Universitário Son Dureta  
Instituto Nacional da Saúde  
Palma de Mallorca, Espanha.

Outubro de 2001

# Agradecimentos

Para que a publicação em português “A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe” pudesse se concretizar, foi preciso uma conjugação de esforços e dedicação daqueles que acreditam que esta pode ser uma importante contribuição à comunidade que atua nesta área.

Agradecemos, especialmente, pela Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, aos Drs. Júlio Suarez e Hernán Montenegro, pelo Ministério da Saúde do Brasil, aos Drs. Jorge Solla, Arthur Chioro e Elaine Lopes, e pela Embaixada Francesa no Brasil, ao Dr. Guillaume Ernst, que desempenharam papel central na viabilidade deste livro. Enfatiza-se, em particular, o apoio da Dra. Luciana de Deus Chagas, da OPAS/OMS, e dos Drs. Eloiza Andrade Almeida Rodrigues e Rodrigo Rodrigues Miranda, do Ministério da Saúde/Brasil, que tiveram uma atuação fundamental, sem a qual não teríamos conseguido realizar este trabalho com qualidade e em tempo hábil.

# Prefácio da versão em português

Na atualidade, a discussão sobre novos modelos e formas de gestão hospitalar constitui uma das prioridades no enfrentamento dos desafios da articulação da alta complexidade com a atenção básica e a média complexidade de atendimento ao paciente. Esta discussão é percebida como um meio de melhorar a eficiência das instituições que compõem a rede hospitalar e de satisfazer, com qualidade, às necessidades dos cidadãos, contribuindo para a reestruturação da atenção especializada.

O livro em espanhol “La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe”, fruto de um trabalho conjunto da OPAS e a Cooperação Técnica Francesa, abordou este tema de forma a disponibilizar um instrumento que ajudasse autoridades, profissionais, administradores e gestores a enfrentar os desafios mencionados.

A relevância do tema motivou a idéia da presente edição em português, a partir de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil e da Cooperação Técnica Francesa durante o “Encontro Sub-regional sobre Gestão Hospitalar em Países do Cone Sul, Brasil e França”, ocorrido de 16 a 19 de novembro de 2003, em Montevideo, Uruguai. Estas instituições acreditam que a publicação em português poderá contribuir na mudança da infraestrutura, atividades de assistência, gestão de processos, avaliação, entre outras, refletindo na melhoria da atenção à saúde.

O lançamento da versão em português, na oportunidade do Seminário “A Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira”, possibilitará o acesso e facilitará compreensão por gestores brasileiros e de outros países de língua portuguesa, contribuindo também na ampliação da cooperação técnica a países de outros continentes.

Estamos certos de que a parceria do Ministério da Saúde do Brasil, OPAS e Cooperação Técnica Francesa na concretização deste trabalho será de grande utilidade a toda comunidade que atua neste campo.

**Horácio Toro Ocampo**

Representante da  
Organização Pan-Americana  
da Saúde/OMS - Brasil

A versão em português deste livro é mais um feliz resultado da parceria do Ministério da Saúde do Brasil com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Cooperação Técnica Francesa, e tem como objetivo beneficiar não só Brasil, mas também os países de Língua Portuguesa.

Vivemos hoje um momento peculiar em que é preciso em muito avançar na direção de maior resolutividade dos serviços prestados pelos hospitais. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde por meio da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e da descentralização das ações. De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção hospitalar prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida.

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares possa produzir avanços significativos em direção à superação das dificuldades do sistema hospitalar. É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação dos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que se instrumentalize os dirigentes hospitalares para a melhoria do gerenciamento dos hospitais.

O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão abordada neste livro sugere um reordenamento e redefinição da gestão voltada para a atenção hospitalar, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência, a participação ampla de todos os atores, inclusive usuários, e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.

**Dr. Jorge Solla**

Secretário de Atenção à Saúde/  
Ministério da Saúde - Brasil

# Prefácio

O livro que apresentamos sobre a transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe é o resultado da estreita colaboração entre a Organização Pan-Americana da Saúde e a Cooperação técnica francesa, que se iniciou em 1998 com o propósito de melhorar o funcionamento, a gestão, a eficiência e a qualidade da atenção médica prestada pelos hospitais da Região das Américas e, finalmente, os resultados observados nos pacientes e na sua qualidade de vida. Esta cooperação traduz a vontade da OPAS e da Cooperação técnica francesa de se aproximar e reunir forças em diversos âmbitos da saúde na Região e, especialmente, no vasto e complexo tema da gestão hospitalar.

A elaboração deste livro – que tem sido co-financiado por ambas instituições – foi confiada à OPAS e, pelo lado francês, à Associação de Cooperação para o Desenvolvimento dos Serviços de Saúde, dois organismos que reúnem um seleto grupo de profissionais da saúde especialistas em temas tão diversos como desenvolvimento, gestão e avaliação de serviços de saúde, gestão de recursos humanos, sistemas de informação sanitários e gestão hospitalar.

Nesta obra, trabalharam, durante dois anos, mais de vinte especialistas latino-americanos e franceses. Foram realizados três seminários, um em Havana (em março de 1999), outro em Paris (janeiro de 2000) e o último em Cartagena das Índias (março de 2001) com a finalidade de acompanhar os progressos realizados, corrigir deficiências e garantir tanto a homogeneidade do livro em seu conjunto como a consecução dos fins para os quais foi concebido.

Na última década, notam-se mudanças substanciais em todas as esferas da complexa rede que constitui o hospital. Estas mudanças incluem, entre outros, muitos elementos, inovações e melhoras de infra-estrutura, equipamento instalado, de serviços, atividade assistencial, sistemas de informação, gestão de processos e avaliação. Por acréscimo, os hospitais estão incorporando ou adotando novos modelos e formas de gestão, que compreendem desde a utilização de novos modelos de controle de gestão (indicadores de estrutura, processo e resultado da prestação de serviços hospitalares, métodos de contabilidade analítica, gestão de listas de espera, etc.) até a utilização de novas modalidades de seguros médicos, contratação de

serviços (terceirização, criação de entidades públicas ou mistas com ou sem pessoa jurídica própria) ou a utilização de instrumentos de gestão úteis, como os sistemas de codificação e agrupamento casuístico (*case-mix*) e os procedimentos hospitalares a partir do relatório de alta – por exemplo, grupos relacionados com o diagnóstico ou grupos de pacientes em ambulatórios – que permitem conhecer e efetuar comparações ajustadas da casuística, os custos associados com as prestações e a eficiência na gestão de leitos de diferentes hospitais.

Simultaneamente, cada vez mais hospitais consideram os resultados produzidos por numerosas avaliações de tecnologias médicas. Isto explica, entre outras coisas, a elaboração e a implementação de protocolos de atuação, guias de prática clínica e vias clínicas (*clinical pathways*) sob a base de provas científicas obtidas sistemática e rigorosamente sobre a eficácia, a efetividade e os critérios de avaliação econômica de tecnologias ou a sua adoção. Contudo, persegue-se o objetivo de oferecer prestações para as quais se disponha de provas e justificativas racionais de seu custo, baseadas em estudos de custos, custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade. O desenvolvimento de modelos de gestão clínica parte destes precedentes.

Estas mudanças, de ampla natureza, são produzidas de forma escalonada tanto nos países quanto nos hospitais, independente do nível assistencial de um mesmo país. Sua magnitude, importância e transcendência nas esferas clínico-assistencial, econômica e social cresce lenta, porém progressivamente, e constitui um desafio considerável para as autoridades de saúde e para os diferentes profissionais de saúde dos países, incluindo os que trabalham no nível local. Nenhum país da Região deve ficar atrás. Os países da Região devem investir nestas mudanças de grande importância.

A concepção, a elaboração e a publicação deste livro parte deste pressuposto. Assim, a OPAS e a Cooperação técnica francesa têm o propósito de aumentar e melhorar sua cooperação técnica com os países da Região – e, por conseguinte, seguir cumprindo suas metas institucionais – aportando um instrumento elaborado para ajudar autoridades, profissionais, administradores e gerentes de nível nacional e local a enfrentar os desafios mencionados: assumir as mudanças,

incorporar os novos modelos de gestão e informação e oferecer, ao mesmo tempo, uma ferramenta útil a docentes e pesquisadores neste campo.

As necessidades de saúde dos países da Região e o trabalho multidisciplinar e rigoroso de equipes de especialistas internacionais são, sem dúvida, dois dos pontos principais que devem orientar e delimitar as rotas pelas quais deve transitar a cooperação técnica interinstitucional em saúde.

**George A. O. Alleyne**

Diretor  
Organização Pan-Americana  
da Saúde / Escritório Regional  
da Organização Mundial  
da Saúde

**Bruno Delaye**

Diretor Geral  
Direção Geral da  
Cooperação Internacional  
e do Desenvolvimento  
Ministério de Assuntos  
Estrangeiros  
França

# Sumário

Capítulo 1	27
<b>O cenário global da nova gestão do hospital</b>	
Capítulo 2	49
<b>Os princípios reitores das reformas do setor saúde e os hospitais</b>	
Capítulo 3	69
<b>O hospital no sistema de saúde</b>	
Capítulo 4	91
<b>Tendências de mudança nos modelos de atenção e na gestão do hospital</b>	
Capítulo 5	121
<b>Critérios de definição do hospital em seu contexto</b>	
Capítulo 6	149
<b>O enfoque estratégico no hospital</b>	
Capítulo 7	185
<b>A gestão da mudança institucional</b>	
Capítulo 8	213
<b>A gestão da qualidade</b>	
Capítulo 9	247
<b>A gestão do recurso humano</b>	
Capítulo 10	283
<b>A gestão econômica e financeira</b>	
Capítulo 11	319
<b>Sistemas de informação</b>	
Capítulo 12	347
<b>A gestão da tecnologia</b>	
Capítulo 13	367
<b>Os processos de apoio à gestão clínica hospitalar</b>	

# Capítulo 1

## O cenário global da nova gestão do hospital

Para a análise de qualquer tema, inclusive o do setor saúde e seus estabelecimentos, deve-se levar em conta as condições externas, ou seja, o contexto em que atua o analisado. Em um mundo imerso em um processo de globalização, que apresenta contradições notáveis, entender o contexto é indispensável para se captar as diferentes forças em atuação.

Em nosso caso, a primeira referência obrigatória é a evolução demográfica e epidemiológica da Região das Américas. O aumento contínuo e constante da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e da natalidade, bem como os movimentos migratórios, vão mudando a estrutura das populações e exigem redefinir quais serviços de saúde são necessários.

Vivemos contemplando um cenário de transição epidemiológica no qual convivem doenças próprias de países desenvolvidos e em desenvolvimento, ganhando preponderância doenças emergentes, como a AIDS, e **reemergentes** como a tuberculose, no qual a violência é um fenômeno cotidiano, além dos acidentes e da morbi-mortalidade devida aos transtornos de saúde mental e ao consumo de drogas, álcool e tabaco. Tudo isto configura também o contexto no qual os serviços de saúde e, em particular, os hospitais devem funcionar.

Ao mesmo tempo em que se têm experimentado avanços, subsistem carências focalizadas no abastecimento de água potável e nos sistemas de saneamento. Isto, somado à alta vulnerabilidade diante dos desastres naturais de extensas áreas da Região, exige um esforço permanente de articulação de programas e atividades de promoção à saúde, de prevenção de riscos e de eliminação de danos.

Além disso, o contexto econômico da Região caracteriza-se pela coexistência de uma evolução positiva das variáveis **macroeconômicas** e de uma deterioração da situação das camadas sociais menos favorecidas da população. Com efeito, por um lado, aumenta o Produto Interno Bruto (PIB) regional; de alguma forma os preços são estabilizados; o comércio é liberado; associações sub-regionais se desenvolvem; avançam processos de reforma financeira e tributária; empresas estatais são privatizadas; e promovem-se reformas trabalhistas e previdenciárias. Por outro lado, no mesmo terreno social, estes avanços convivem, contudo, com o aumento da pobreza e com um marcado aumento de sua urbanização, somados a uma concentração da riqueza cada vez maior e a crescentes indicadores de desocupação e de aumento do emprego informal. Tudo isto apresenta indubitáveis desafios às políticas públicas e, em particular, àquelas que procuram ampliar a proteção social em saúde.

No plano político, assistimos a um processo de democratização, pelo menos nos aspectos formais. Salvo alguns episódios esporádicos, pode-se dizer que, no continente – com uma só exceção – todos os governos têm sido escolhidos por meio de eleições democráticas. Isto se deu no marco de um processo de reforma e reconversão de Estado. O conceito do Estado onipotente vai sendo deixado de lado. Assistimos à privatização, em maior ou menor grau, das empresas do Estado em quase todos os países. Simultaneamente, o Estado trata de assumir seus papéis indelegáveis de garantia dos direitos-cidadãos, de fator de coerção social e de articulador coletivo da solidariedade, fortalecendo seu poder regulador e exigindo um processo de modernização e de mudança cultural.

Neste sentido, a gestão pública também se encontra em revisão. A aplicação de um conceito mais democrático das políticas públicas abre espaço à participação da sociedade civil na definição dos interesses públicos e nas formas de satisfazê-los. A administração pública já não é patrimônio exclusivo da burocracia estatal, mas de toda a sociedade mesmo que esta seja conduzida e regulada por autoridades. No setor saúde, a gestão pública compreende não só a prestação direta de serviços, mas também a garantia da

resolução dos problemas de saúde da população, por si mesma ou por mecanismos que assegurem um exercício solidário do direito à saúde. Portanto, quando se fala da necessidade de melhorar o desempenho dos hospitais, não se faz referência exclusiva aos hospitais públicos, mas a todos aqueles que, à margem da sua natureza jurídica ou do tipo de propriedade, estão cumprindo uma função de prestação de cuidados à saúde em regime de internação.

Outro elemento central na análise do contexto são as mudanças tecnológicas. Neste capítulo, será tratada uma das mudanças externas mais relevantes: a explosão da tecnologia da informação, já que constitui um elemento fortemente condicionador dos demais. O acesso rápido à tecnologia e a possibilidade de antecipar problemas e propor soluções inovadoras surgem como advento da revolução da informática.

Em síntese, a velocidade e a globalidade dos processos de mudança, tanto gerais quanto específicos do setor saúde, obrigam os hospitais a desenvolver novas formas de relação à sua volta e novas modalidades de organização e de gestão que lhes permitam dar uma resposta satisfatória às demandas da população.

### **Evolução demográfica e epidemiologia <sup>1</sup>**

A população da América Latina e Caribe é de aproximadamente 500 milhões de pessoas, o que representa 8,4% da população mundial. Cerca da metade divide-se entre o México e o Brasil e a outra metade distribui-se entre 40 países e territórios.

A mortalidade geral, com raras exceções, segue apresentando uma tendência à diminuição, enquanto se mantém um aumento contínuo da esperança de vida ao nascer. Entre 1960 e 1970, a média da taxa de natalidade foi de 40 nascimentos por 1.000 pessoas e, em 1999, de 19 por 1.000. Com relação ao fato de que tanto a natalidade como a fecundidade continuarão caindo e, apesar das reduções da mortalidade, a taxa de crescimento da população total seguirá diminuindo. Espera-se que o aumento do grupo de pessoas de 65 anos ou mais seja mantido.

Porém, mudanças demográficas, considerando as tendências das taxas de natalidade e mortalidade, não bastam para traçar uma imagem completa das dinâmicas da população. Um aspecto difícil de se analisar são as migrações e, em particular, as migrações internacionais, porque as cifras oficiais de imigrantes costumam omitir a imigração ilegal. Ao longo da história, Argentina, Canadá, Estados Unidos da América e Venezuela têm recebido mais imigrantes que os demais países.

Outra tendência demográfica importante no continente americano é a migração de população de zonas rurais para urbanas. Em toda a América, as cidades seguem atraindo uma multidão de pessoas do campo. Alguns centros urbanos latino-americanos têm chegado a crescer até 60% em uma só década.

Durante a última década, a situação da saúde na Região tem melhorado continuamente. Isto é o reflexo de diversos fatores sociais, ambientais, culturais e tecnológicos, bem como da maior disponibilidade de serviços de atenção à saúde e de programas de saúde pública. Porém, estas melhorias não têm mostrado as mesmas características e a velocidade em todos os países, nem em todos os grupos de população de um mesmo país.

Os países estão vivendo mudanças demográficas e epidemiológicas próprias de todas as sociedades em transição. Entre a primeira metade dos anos oitenta e meados dos noventa, a esperança de vida ao nascer na Região aumentou de 68,7 para 71,1 anos e em todas suas sub-regiões a esperança de vida das mulheres é maior do que a dos homens.

No período compreendido entre 1980 e fins deste século, apesar do aumento da população e do número de mortes, produziu-se uma marcada redução do número de anos potenciais de vida perdidos, ou seja, diminuiu-se a quantidade de mortes prematuras. Porém, a intensidade e a velocidade desta redução não têm sido homogêneas em todos os países, pois têm subsistido e, em alguns casos, ampliado as desigualdades entre eles.

Convém destacar que as doenças não-transmissíveis ficam em torno de dois terços da mortalidade total da Região. Porém, uma preocupação crescente para as autoridades de saúde são as doenças transmissíveis. Assim, em 1999, 1,3 milhões de pessoas na América Latina e 360.000 no Caribe eram soropositivas ao HIV ou tinham AIDS.<sup>2</sup> A emergência de novos patógenos e doenças, a reemergência de problemas, como a tuberculose e as crescentes resistências aos antibióticos, põem em evidência a necessidade de manter e aperfeiçoar os sistemas de vigilância das doenças transmissíveis na Região.

Outra preocupação é a repercussão, na saúde pública, de problemas sociais, tais como as diferentes formas de violência, incluída a familiar, e os acidentes. Mesmo assim, a morbidade crescente por transtornos mentais e a morbi-mortalidade associada ao tabagismo e ao alcoolismo têm fortalecido os programas de prevenção na maior parte dos países da Região.

Um elemento ainda muito importante é o que se refere ao saneamento básico. Estima-se hoje que cerca de 78% da população da América Latina e Caribe dispõem de abastecimento de água potável domiciliar ou de fácil acesso. Os 70% desta população possuem água desinfetada, o que representa um avanço enorme em relação aos 20% que a recebiam há pouco mais de dez anos. Desde cedo, o acesso à água potável varia entre os países. Na Costa Rica, todos os lares têm acesso à água potável, enquanto no Haiti e no Paraguai só 4 de cada 10 a possuem. Algo parecido acontece com os serviços de esgoto e saneamento, que estão ao alcance de quase todos os lares nas Bahamas, Costa Rica e Trindade e Tobago. A situação é muito diferente no Haiti e no Paraguai, onde menos de 1 de cada 3 lares desfrutam destes serviços.

O déficit na disposição sanitária das águas residuais e de excretas é ainda maior, já que somente 69% da população é atendida e, ainda assim, apenas 10% das águas residuais que se recoletam recebe algum tipo de tratamento antes de sua disposição final. Outros problemas ambientais importantes em quase todos os países da Região são a contaminação dos alimentos, a disposição inadequada de resíduos sólidos, a precariedade das moradias e a exposição a acidentes e a doenças nos ambientes de trabalho.

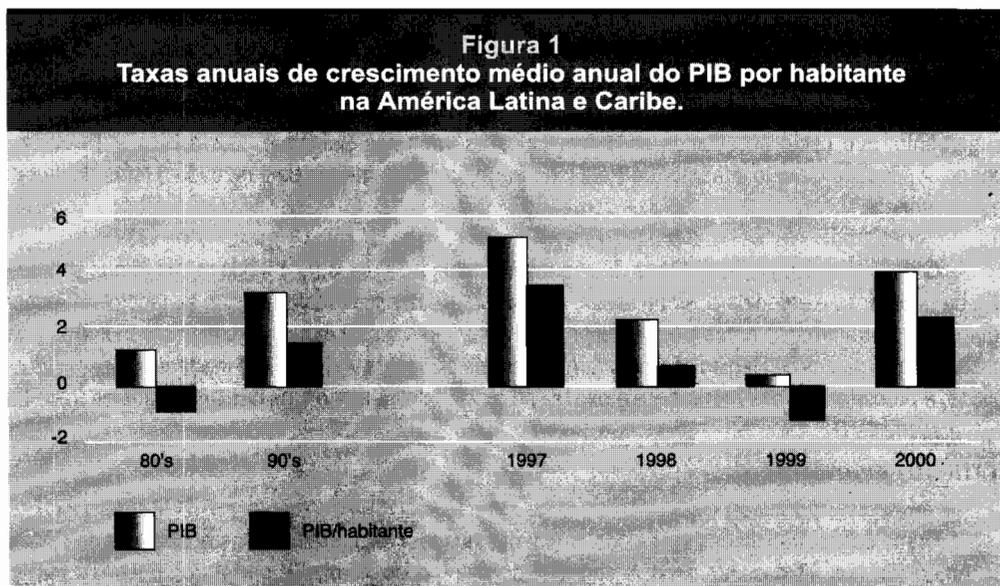
## Contexto econômico

Como conseqüência das profundas mudanças que têm experimentado as economias da Região das Américas, nos últimos dez anos, a situação do entorno econômico e social dos hospitais tem-se modificado substancialmente. Assim como a década de oitenta passou a ser conhecida como a *década perdida*, devido à forte queda da atividade econômica e à deterioração do progresso social da Região, a década de noventa se conhece como a *década das reformas estruturais*.<sup>3</sup>

A orientação declarada destas reformas tem sido procurar o desenvolvimento econômico e humano, além do mero aumento da atividade produtiva medida pelas taxas de crescimento do PIB. A partir dessa perspectiva, as transformações têm-se dirigido, inicialmente, a melhorar a eficiência, a acelerar o crescimento econômico e a elevar a inclusão e o bem-estar das pessoas.<sup>4</sup> O papel do estado tem-se modificado; tem-se revisado sua participação em áreas de provisão direta de serviços sociais tais como educação, saúde, moradia e previdência social e redefinido um papel mais intensivo de suas funções de diretoria e asseguramento.

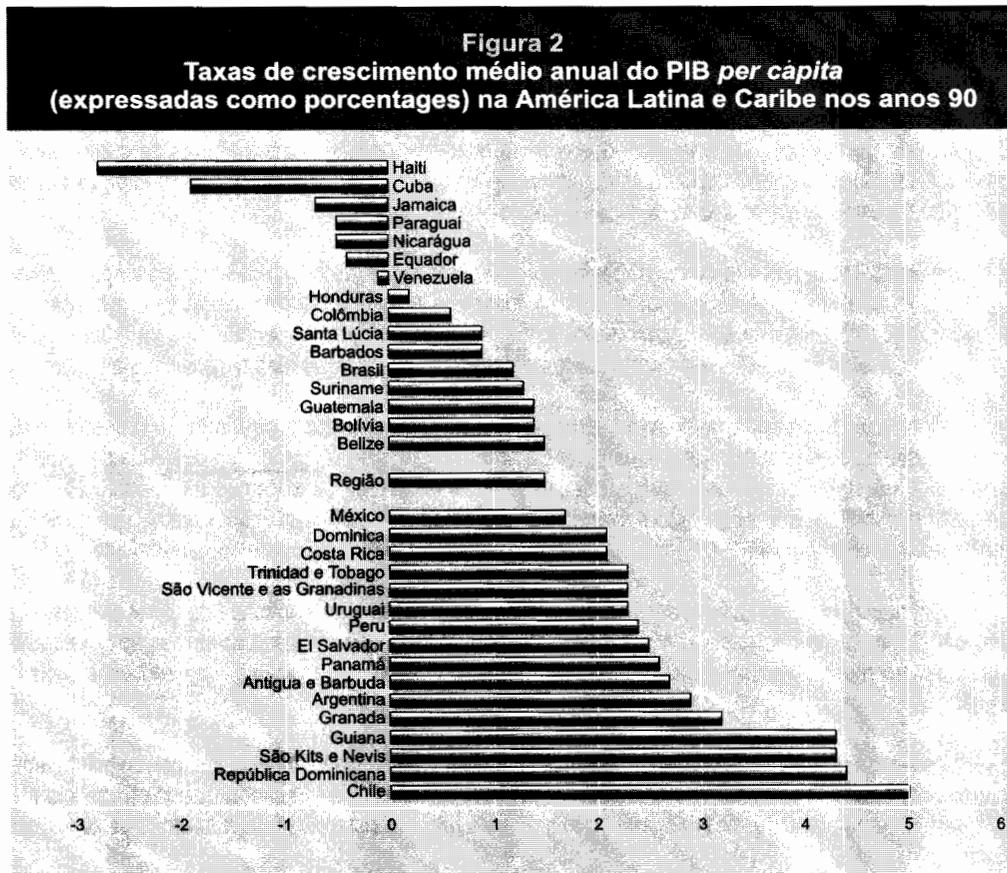
Em virtude desta nova orientação, e dando resposta a uma visão que considera a política social como um componente inseparável da política econômica, o Estado compromete-se a prover os recursos financeiros requeridos para assegurar o acesso aos serviços sociais, ao mesmo tempo em que delega boa parte da função de produção nas entidades públicas ou não que assumam possuir vantagens comparativas para a execução destas tarefas.

Como resultado destas transformações e, apesar das dificuldades experimentadas em 1998 – quando as economias da América Latina e Caribe depararam-se com uma surpreendente instabilidade das finanças e do comércio internacional e receberam fortes pressões do setor externo – o crescimento econômico da Região, em seu conjunto, acelerou, ainda que não se alcançaram as taxas anteriores ao início da crise dos anos oitenta.<sup>5</sup> Enquanto no período 1981-1990 o PIB regional cresceu a uma taxa promédia anual de 1% (dando lugar a uma redução média anual de 1% do PIB *per capita*), no período 1991-2000, o PIB regional registrou um crescimento médio anual de 3,3% (o qual se traduziu em um aumento médio anual de 1,5% do PIB *per capita*). A Figura 1 mostra indicadores para as décadas de oitenta e noventa. Nela, pode-se apreciar como o processo de recuperação do crescimento se viu afetado, nos anos de 1998 e 1999, pela crise asiática e se restaurou no último ano da década, compensando, assim, os pobres avanços do biênio 1998-1999.



**Fonte:** Elaboração própria baseada na: CEPAL. Balanço preliminar das economias da América Latina e Caribe 2000. Santiago do Chile: CEPAL; 2000

Como era de se esperar, estas evoluções não têm ocorrido em todos os países. A Figura 2 mostra as taxas de crescimento médio anual do PIB *per capita* por país para a década de noventa. Enquanto a taxa de crescimento anual do PIB *per capita* regional foi de 1,5%, em um grupo de países as taxas foram negativas, o que mostra graves questionamentos sobre a viabilidade de se obter melhorias sustentáveis nas condições de vida da sua população. Neste grupo, encontram-se Haiti, Cuba, Jamaica, Paraguai e Nicarágua. Outro grupo de países, entretanto, teve resultados maiores que a média, destacando-se o Chile, a República Dominicana, a Guiana e São Kits e Nevis.



**Fonte:** Elaboração própria baseada em: CEPAL. Balanço preliminar das economias da América Latina e Caribe 2000. Santiago do Chile: CEPAL; 2000.

Durante os anos noventa, também se observou uma exitosa estabilização dos preços. O controle da inflação ocupou um lugar prioritário na política macroeconômica e se complementou de uma maneira eficaz com as reformas estruturais e com uma situação internacional que, até meados de 1997, tinha sido bastante favorável. Produto da gestão das políticas monetária e cambial, as dificuldades que o setor financeiro enfrentou na economia mundial durante o biênio 1998-1999 não afetaram de forma importante os preços domésticos dos países da Região, já que as desvalorizações não se traduziram em aumentos substanciais dos preços. Ao mesmo tempo, a descentralização política concluída como parte da reforma

do Estado tem sido acompanhada de uma descentralização do gasto do governo. Como resultado do anterior, tanto os governos regionais quanto os locais assumem uma maior responsabilidade na entrega e na gestão do financiamento dos serviços sociais em geral e do setor saúde em particular.

As reformas têm tido lugar no marco de uma liberalização do comércio e, nesse sentido, têm sido encaminhadas a melhorar as possibilidades de participação exitosa nos mercados internacionais, aumentando a competitividade da produção de cada país. Mesmo quando existiram variações entre eles, todos empreenderam a tarefa de abrir suas economias e de liberar e fortalecer suas estruturas financeiras. Além disso, em cada país, tem-se avançado na eliminação das taxas de câmbio múltiplo, na redução de tarifas, na eliminação de barreiras não-tarifárias ao comércio exterior e na modificação das restrições aos movimentos de capital. Um elemento central no processo de liberalização comercial tem sido a criação e o fortalecimento dos acordos comerciais entre países da Região. Com a criação do Mercosul em 1991, reuniram-se forças para vigorar o Grupo Andino, o Mercado Comum Centro-Americano e a CARICOM (Comunidade Caribenha). Atualmente, todos eles se encontram em diferentes etapas de conformação como uniões aduaneiras e contribuem no cumprimento do compromisso adquirido em 1995 pelos países da Região de estabelecer uma área de livre comércio hemisférica.

Além das reformas orientadas à liberalização do comércio, é pertinente destacar as empreendidas em outras quatro áreas relevantes: a) a reforma tributária; b) a reforma financeira; c) o processo de privatizações; e d) a reforma do trabalho e dos sistemas de seguridade. Os efeitos das transformações, em algumas destas áreas, são pertinentes ao tema da gestão hospitalar e elas serão vistas a seguir.

Com relação às reformas tributárias, tem-se procurado aumentar a arrecadação procedente de fontes internas a fim de compensar a diminuição da arrecadação tarifária como conseqüência da redução de tarifas e da simplificação dos aspectos legais e administrativos. Os sistemas de imposto ao valor acrescido têm influenciado o consumo e evitado o impacto negativo de outras opções fiscais nas decisões de produção e inversão. Até 1997, mais de vinte países tinham introduzido este tipo de imposto.

Por outro lado, com ajuste a critérios de equidade, tem-se mantido a estrutura de evitar os ingressos mais altos com taxas diferenciais, ainda que o diferencial tenha se reduzido com relação a décadas anteriores. Ao mesmo tempo, muitos países têm tomado importantes medidas para reduzir a evasão tributária.

As reformas financeiras caminham para liberar o funcionamento do mercado financeiro e estabelecer sistemas de regulação adequados. Assim, têm-se liberado as taxas de interesse, reduzido os coeficientes de caixa e os programas de crédito dirigido e têm-se estabelecido sistemas mais modernos de regulação bancária.

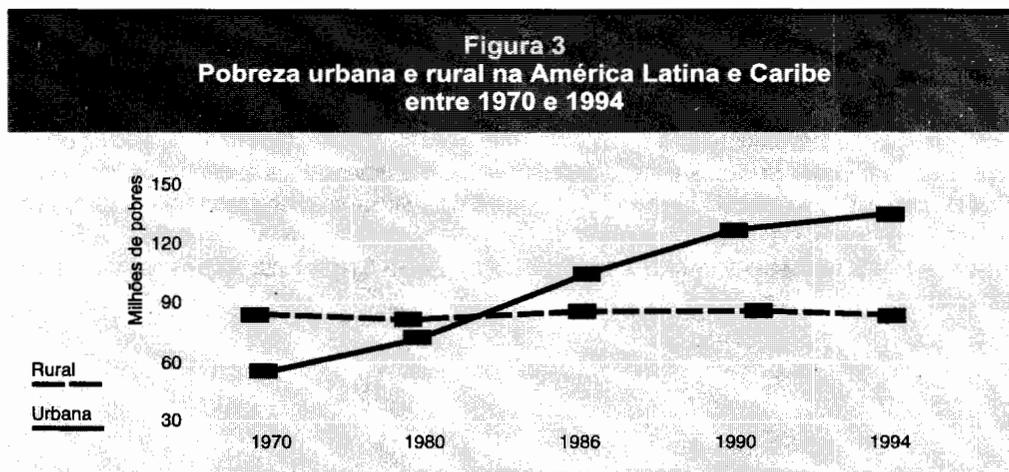
O processo de privatizações tem sido notável, se bem que com diferenças entre os países. Este tem sido, sem dúvida, o componente com maior impacto na redução do âmbito das atividades do Estado. Cerca de 40% do valor das privatizações na Região têm tido lugar nos setores de serviços públicos, os quais, tradicionalmente, tinham estado fechados à participação privada e onde se identificava o maior potencial para aumentar a produtividade e a eficiência. Outros 20% se compõem pela venda de entidades bancárias e afins, fato este que se deve considerar complementar às reformas do setor financeiro. Quanto à intensidade do processo, as 755 vendas e transferências do setor privado realizadas na América Latina, entre 1988 e 1995, representaram mais da metade das operações de privatização dos países em desenvolvimento. Não obstante, em alguns países, este processo tem mostrado um nível de oposição política, levando a sua postergação.

O tema da reforma do trabalho tem estado presente na agenda como estratégia que permitiria flexibilizar o emprego e reduzir os custos de contratação e de produção, melhorando assim a competitividade. Porém, a introdução efetiva destas reformas tem sido lenta, já que exercem um impacto direto nas condições de trabalho e, portanto, apresentam um dilema entre os objetivos econômicos e os de bem-estar social. Estas reformas têm-se dirigido a moderar os custos de demissão e a facilitar a contratação de trabalhadores temporários, as quais são contrárias ao espírito que motivou uma legislação do trabalho para afiançar a estabilidade do trabalho e para proteger o trabalhador e a sua família dos riscos próprios do desemprego, da doença e da velhice. Nesta mesma linha, a reforma dos sistemas de seguridade tem caminhado no sentido de corrigir uma situação de alta contribuição por parte do empregador à seguridade social, aos fundos de saúde e ao seguro desemprego. Em alguns países, a soma total destas contribuições alcança 30% do custo salarial direto e, mesmo com correções, percebe-se a necessidade de tomar medidas claras que evitem que as contribuições à seguridade social operem, de fato, como desestímulos ao emprego formal.

A parte do debate sobre os avanços alcançados como consequência destas reformas estruturais questiona se os benefícios têm compensado os custos de sua implantação. A resposta leva a dois tipos de indicadores: uns exclusivamente econômicos – como seriam níveis absolutos das taxas de crescimento do PIB, particularmente medidos em termos *per capita* – e outros de tipo social, relacionados com a distribuição dos benefícios do crescimento econômico. Os primeiros foram tratados nesta seção e os segundos serão abordados na seguinte.

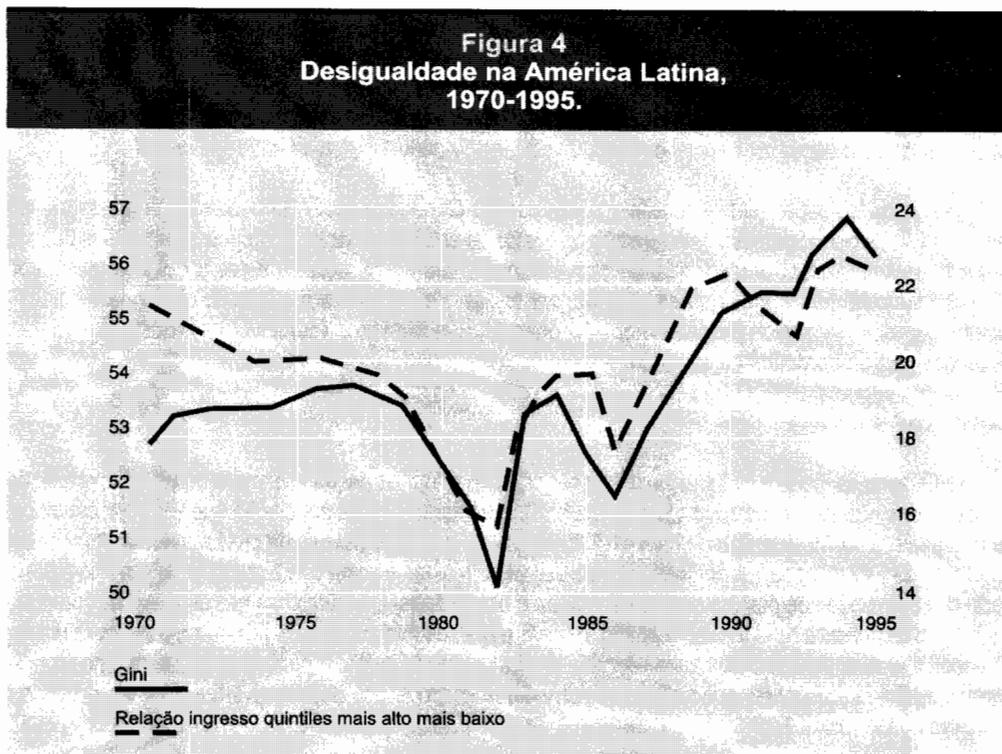
### Contexto social

Quando se mede a distribuição dos benefícios das reformas por meio do nível de vida da população, os resultados não são muito animadores. Em 1999, a porcentagem da população que vivia em condições de pobreza era 50,7%, comparada com 41% em 1990, e o número absoluto de pessoas nesta situação era da ordem de 243 milhões.<sup>6</sup> Além disso, a pobreza urbanizou-se a partir dos anos oitenta, quando a maior parte dos 64 milhões de pessoas que se somaram a esta categoria localizou-se nas cidades. Por um lado, a situação de pobreza rural tem-se mantido, relativamente, estável (Figura 3). Por outro, a pobreza urbana alcançou a rural no princípio dos anos oitenta e a superou desde então. A partir de 1990, esta tendência se deteve. A distribuição atual indica que, aproximadamente, 61% dos pobres vivem em zonas urbanas e 39%, em zonas rurais.



Fonte: Londoño JL, Székely M. Latin America after a decade of reforms. Interamerican Development Bank: Washington, DC; 1997.

Não há melhoria na distribuição deste aumento relacionada aos avanços alcançados em matéria de diminuição da pobreza, já que se tem mantido o alto grau de concentração existente no início da década de noventa. As reformas não têm afetado os fatores patrimoniais, educativos e ocupacionais. Como se pode observar na Figura 4, tanto o coeficiente de Gini<sup>1</sup> quanto a razão entre os aumentos do quintil mais alto e o mais baixo (ambas são medidas de distribuição do aumento) tem piorado, notavelmente, durante o período compreendido entre 1980 e 1995, último ano para o qual se dispõe de informação agregada.

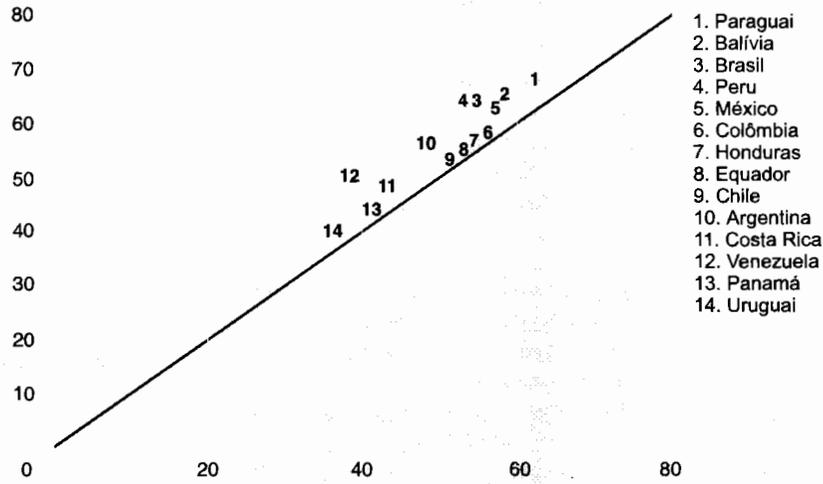


Fonte: Londoño JL, Székely M. Latin America after a decade of reforms. Interamerican Development Bank: Washington, DC; 1997.

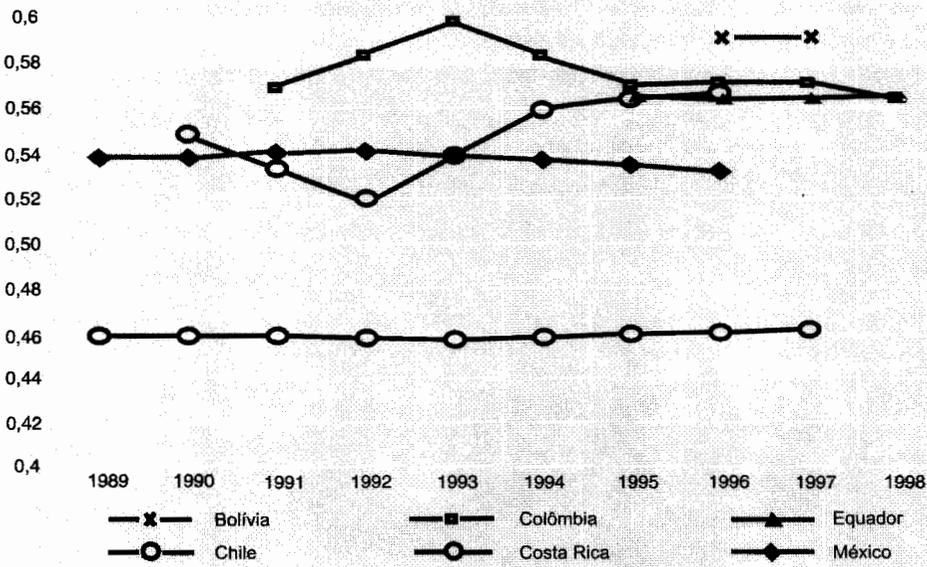
A situação tem retrocedido a níveis piores que os existentes no princípio da década de oitenta. Mais ainda, em alguns países, a desigualdade aumentou nos últimos anos e, em outros, manteve-se estática, sem haver melhora em nenhum.<sup>7</sup> As Figuras 5 e 6 ilustram este fenômeno para os países com informação confiável, utilizando o coeficiente de Gini para os anos com dados disponíveis. A Figura 5 mostra os países nos quais aumentou a desigualdade e a Figura 6 representa aqueles nos quais houve constância.

<sup>1</sup> O coeficiente de Gini varia entre 0 (distribuição perfeitamente igual) e 100 (totalmente concentrada).

**Figura 5**  
**Países da América Latina e Caribe**  
**com aumento da desigualdade no ingresso, 1990 - 1996.**



**Figura 6**  
**Países da América Latina e Caribe**  
**sem aumento da desigualdade no ingresso, 1989 - 1998.**



Fonte: Székely M, Hilbert M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality. Washington, DC: Interamerican Bank; (Documento mimeografado.)

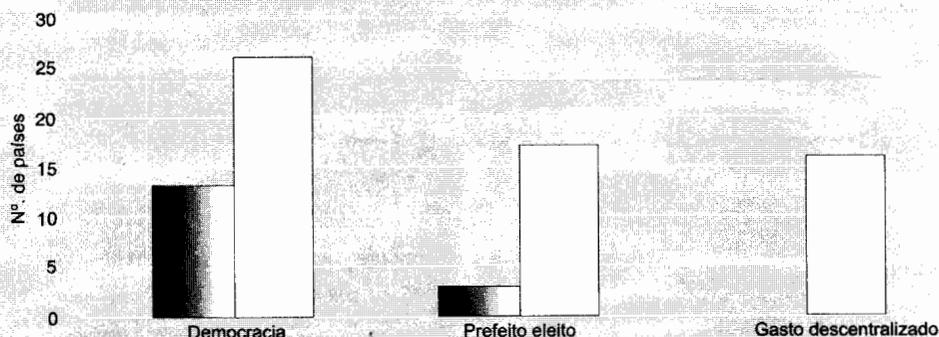
Como conseqüência dos efeitos negativos do novo regime econômico e do ajuste estrutural, intensificou-se a procura de uma melhor compreensão das relações entre a pobreza, a saúde e as condições de vida. Conseqüentemente, tem-se produzido certa revalorização da esfera social, que tem permitido documentar que as desigualdades não se dão somente entre países, apresentando-se também dentro dos países e entre gêneros e grupos de população e são, portanto, problemas que cada país deve abordar mediante políticas públicas e sociais.

Tal revalorização expressa-se na reformulação dos modelos de desenvolvimento, os quais tem dado maior prioridade às políticas sociais. O desenvolvimento do capital humano é uma condição fundamental no novo modelo de desenvolvimento e a saúde figura como um dos seus componentes essenciais e como uma conseqüência desejável. O desenvolvimento humano que associa crescimento econômico em condições de estabilidade com o desenvolvimento social e ambiental adequado aparece, cada vez mais, com maior clareza, como o principal objetivo do Estado moderno.

A crescente consciência sobre a dignidade do ser humano e sobre o direito a seu respeito integral tem sido incluída no conceito de cidadania e está fortalecendo as formas democráticas de governo e convivência. A ampliação e o aprofundamento da democracia como marco de referência da construção de cidadania é o principal condicionante político das práticas sociais que nutrem a gestão de políticas públicas de desenvolvimento na atualidade. Um processo de participação política socialmente legitimada é, ao mesmo tempo, condição e resultado de uma democracia efetiva e o terreno adequado sobre o qual se assentam políticas públicas que respondam às necessidades de desenvolvimento humano.

A Figura 7 ilustra as profundas mudanças que se têm produzido nos processos de democratização regional. O número de países com processos eleitorais democráticos, praticamente, se duplicaram entre 1980 e 1997. A cifra de países com prefeitos eleitos (em lugar de nomeado) se quintuplicaram, e a de países com atribuição descentralizada de fundos passou de 0 a 16 no mesmo período. Estes mecanismos de controle social, apesar de incipientes, constituem um desafio muito importante para as autoridades de saúde e as gerências hospitalares, devido à necessidade de responder, efetivamente, às demandas da população em um contexto de restrição de recursos.<sup>11</sup>

**Figura 7**  
**Países da Região com regimes democráticos, prefeitos eleitos e gasto descentralizado em 1980 e 1997.**

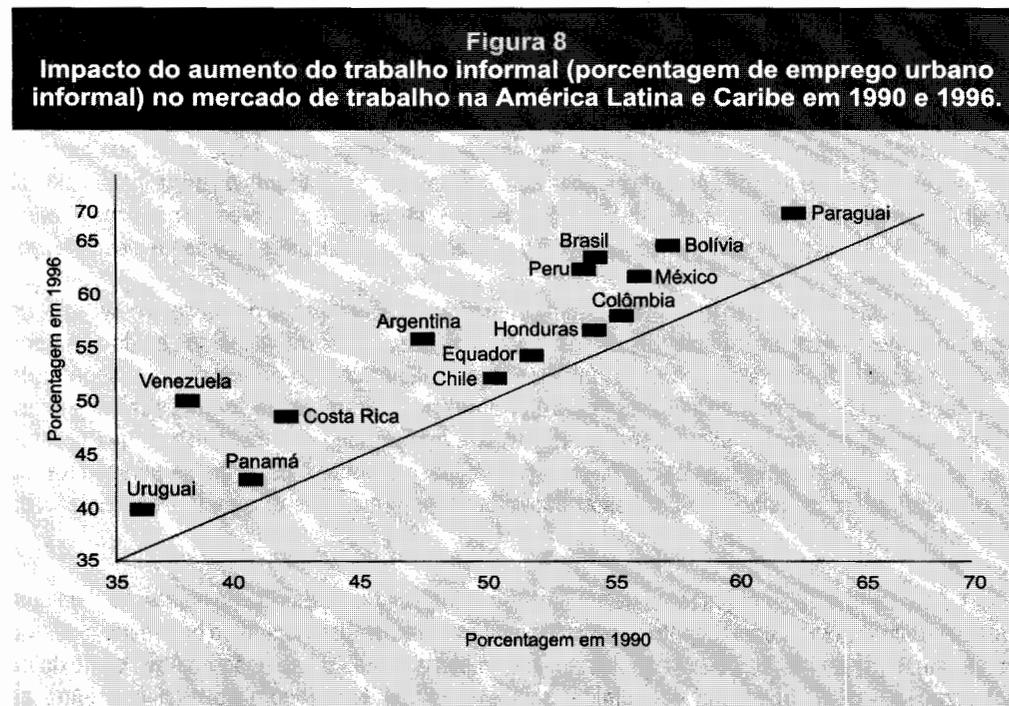


Fonte: Banco Interamericano de Desenvolvimento. Progresso econômico e social na América Latina. Washington, DC: BID; 1999.

<sup>11</sup> Para uma análise detalhada das mudanças políticas e sociais ver Banco Interamericano de Desenvolvimento. Progresso econômico e social em América Latina. Informe 2000: Desarrollo más allá de la economía. Washington, DC: BID; 2000.

Portanto, na atualidade, apresentam-se, simultaneamente, um novo modelo de desenvolvimento, uma revalorização do social e um reconhecimento do papel irrenunciável do Estado para garantir e proteger os direitos cidadãos. O florescimento da capacidade criadora dos indivíduos e das comunidades, bem como sua justa contribuição ao progresso social, são tarefas centrais do fortalecimento do Estado de direito e uma via para assentar e aprofundar a democracia. Para isso, é essencial a proteção social, especialmente no que se refere ao asseguramento de níveis de justiça social e equidade no acesso a quem satisfaz às necessidades básicas eticamente aceitáveis e factíveis. Porém, nas Américas, apesar dos esforços realizados nos últimos anos, a porcentagem de população sem acesso a serviços básicos de saúde tem-se mantido em torno de 20% (por volta de 100 milhões de pessoas).<sup>8</sup>

A progressiva alta dos custos dos serviços e o nível relativamente alto (e de tendência crescente) do gasto individual na saúde sugere que será pouco provável conseguir um aumento substantivo dos recursos disponíveis para a subseção pública. Por outro lado, o aumento do trabalho informal apresenta uma importante limitação relativa ao crescimento do mecanismo do seguro social. Por exemplo, a Figura 8 ilustra a mudança ocorrida no emprego informal urbano entre 1990 e 1995. Em nenhum país houve diminuição do emprego informal e, à luz das tendências de liberalização do trabalho mencionada, não há motivo para supor que isto ocorrerá em médio prazo. Os sistemas de financiamento público e os baseados em cotas sociais têm sido os mecanismos tradicionais de expansão da proteção social em saúde. A existência de um alto número de excluídos,<sup>9</sup> combinada com as limitações mencionadas, apresenta um desafio especial quando se pretende realizar só por esta via este direito social.



**Fonte:** Elaboração baseada em: International Labour Organization. Key indicators of the labour market 1999. Geneva: ILO; 1999.

Isso tem apresentado diversas estratégias que tendem a estender a proteção social em saúde, desde a subseção pública até as instituições do seguro social. Também têm surgido experiências autônomas de auto-asseguramento de grupos populacionais específicos, que convergem para as desenvolvidas vindas de mecanismos tradicionais para assegurar a eficiência e a sustentabilidade.

Este é um elemento central no qual se devem inserir os hospitais: uma inserção que tem de ser compatível com a definição do novo papel do Estado e com o redesenho dos mecanismos de proteção social em saúde.

### **A reforma da política e da administração pública**

No contexto atual de transformações do Estado e da gestão pública, sobressaem-se marcadas tendências que determinam mudanças substantivas na conceituação, na valorização e na prática da gestão pública dos hospitais. A modernização do Estado tem demandado modificação nas suas estruturas tradicionais e revisão na sua participação na economia e nas relações com a sociedade civil. A uma fase inicial de redução do Estado – mediante a transferência de funções econômicas e sociais do governo ao mercado, a privatização de suas atividades e empresas comerciais, como contraproposta ao modelo de estado benfeitor, onipresente e onipotente – tem seguido outra que insiste em modificar as dimensões de suas funções essenciais, destacando seu papel de garantia dos direitos do cidadão, fator de coesão social e articulador da solidariedade coletiva.<sup>10</sup>

Na atualidade, apresenta-se a necessidade de concentrar a ação do Estado em papéis estratégicos para o desenvolvimento do capital humano e do capital social.<sup>10</sup> Entre as atuais propostas de reforma de Estado, destacam-se o fortalecimento do poder regulador e da produção de políticas do governo e a não-atuação do governo sobre bens e serviços públicos (o que nem sempre é sinônimo de privatização). Em outras palavras, tem-se apresentado um novo papel do governo, que parte de sua concentração nas funções promotoras das coesões sociais, facilitadoras da participação cidadã e reguladoras da produção e distribuição dos bens e serviços de interesse público. A atual modernização é entendida como a reorientação do Estado para as *funções próprias e indeclináveis*.

Não obstante, isso não mais justifica uma transferência generalizada de serviços e sistemático desmantelamento do aparato público de proteção social, mas uma reestruturação do Estado de acordo com os critérios da modernização.<sup>11</sup> Conhecendo a realidade latino-americana e dispondo da informação analisada nas considerações anteriores, enumeram-se as muitas razões éticas, humanitárias ou de simples senso comum favoráveis à manutenção dos mecanismos que possam impedir que milhões de pessoas caiam na miséria material ou moral. A partir dessa perspectiva, os custos hipotéticos do Estado do bem-estar são infinitamente menores que os do “não Estado do bem-estar”.<sup>7</sup>

Este debate não gira em torno de alcançar ou de prescindir do Estado do bem-estar – no qual o atendimento à saúde é componente essencial – mas em torno de si, o Estado do bem-estar moderno é coerente à modernização do Estado, isto é, seus limites e formas de atuação no novo contexto de globalização e democratização econômica, social e política. Na procura do equilíbrio entre as considerações de eficiência econômica e a equidade social, este debate deve enfrentar os novos desafios (globalização e vulnerabilidade das economias) e os condicionantes inovadores (governabilidade política e social).

A modernização do Estado e da ação pública está condicionada também pela evolução da noção do que é público, *referida ao que é de todos e por que interessa a todos*.<sup>8</sup> Esta renovada noção do que é público apela também às instâncias e aos agentes que tomam as decisões de interesse comum e protegem, produzem e distribuem os bens públicos.<sup>9</sup> A questão-chave que apresenta este enfoque é que a ação coletiva não só inclui a afirmação e a garantia estatal de direitos do cidadão, mas também compreende a definição, a produção e a distribuição de bens públicos desejáveis, sob o ponto de vista da mesma sociedade. Sob perspectiva consignada, adquirem relevância outros valores e práticas que podem ser qualificados de públicos (públicos e sociais ao mesmo tempo), mesmo que não tenham sido os tradicionais do Estado (públicos e estatais). Mesmo assim, a sociedade se reafirma como ator das decisões e da produção de bens públicos e reivindicam, necessariamente, os valores, os direitos e as responsabilidades dos cidadãos como sujeitos na formação da opinião e da vontade pública.

O crescimento que se está observando no setor público não-estatal estimula e acelera a participação e a interação dos atores sociais na gestão de políticas públicas. A multiplicidade de mecanismos e iniciativas de participação direta da sociedade e das comunidades na gestão destas políticas garante, por sua vez, a possibilidade de expandir e aprofundar a democracia e de ampliar a legitimidade da representação das instituições políticas e da administração pública.

Tudo isto tem desembocado em uma reformulação dos papéis do Estado, do mercado e da sociedade civil, que aponta para a gestão pluralista do Estado do bem-estar<sup>9</sup> e à co-responsabilidade social.<sup>10</sup> Ou seja, que a responsabilidade de bem-estar recaia, simultaneamente, sobre o Estado, o mercado e a iniciativa social, com objetivo de ampliar o exercício pleno dos direitos sociais e promover a participação social em sua gestão, o que supõe a democratização do Estado e a reconstrução da sociedade civil.<sup>10</sup> Daí surge a necessidade de se adotar um enfoque de reforma da administração pública orientado pela transformação substancial do funcionamento do aparato do Estado, por uma *gerência pública necessária* baseada em um estilo de gestão democrática,<sup>11</sup> no aumento da participação social, no desenvolvimento do potencial de ação da sociedade civil e no aperfeiçoamento dos processos participativos de formulação, execução e avaliação das políticas públicas.<sup>11</sup>

Este enfoque reconhece também a evidente necessidade de racionalizar a estrutura e os procedimentos do aparato estatal, de aumentar a qualidade de seus recursos humanos e insumos materiais para a administração pública, do funcionamento democrático de suas estruturas e de maximizar a eficiência e a produtividade social dos recursos designados ao setor público. Ainda assim, é preciso avançar na articulação de mecanismos que assegurem a participação social efetiva nos momentos transcendentais da gestão pública, garantir os direitos do cidadão, a transparência dos atos públicos, seu controle social e a vigência plena do direito a exigir responsabilidades e cumpri-las. Não obstante, a análise e a solução dos problemas de estrutura, funcionamento, recursos e cultura do setor público têm de produzir-se no seio dos processos de formulação, execução e avaliação das políticas.

Arigor, a mudança na gestão pública dever-se-ia apresentar sob a perspectiva do desenvolvimento da capacidade das políticas públicas para mobilizar a capacidade de integração e ação conjunta. Isso exige melhorar a capacidade de gestão do complexo processo de modificações nas relações de poder, a interação entre os fatores de pressão e os interesses pela distribuição dos produtos do desenvolvimento e a mobilização da recuperação das capacidades sociais que estão em jogo.

A maioria dos países da Região, seja no plano dos seus governos ou das comunidades, organizações, associações e cidadãos que compõem a sociedade civil, tentam alcançar um equilíbrio entre interesses e disponibilidades de recursos da coletividade certamente limitados e, com frequência, contrapostos ou conflituosos. A saúde pública não é alheia a esta tensão do interesse coletivo, já que tanto seus objetivos como seu âmbito de atuação pertencem à coletividade. Por isso, a saúde não se limita, mas incorpora também à gestão hospitalar.

Será descrita com maior riqueza de detalhes, na segunda parte do livro, a importância crescente da participação social nas políticas públicas, que leva a considerar a gestão dos hospitais a partir de um prisma ampliado e congruente com o desenvolvimento das sociedades, que ressalte a transcendência crítica não só dos serviços hospitalares, mas também dos valores, dos sistemas, das relações de competências e dos recursos a eles relacionados na sociedade. A gestão do hospital público deverá responder a um paradigma novo, complexo e integrado de gerência pública, no qual as variáveis de racionalidade política e os raciocínios técnicos e administrativos são elementos centrais que se complementam mutuamente e que estão de acordo com a nova racionalidade gerencial.

Os hospitais sejam públicos ou não, atuam em contextos complexos nos quais predominam a incerteza, a turbulência em consequência de fatores, tais como o entrelaçamento do sistema econômico internacional, a acelerada mudança tecnológica, a crise das economias, o inusitado aumento das demandas sociais, a permeabilidade do Estado alcançada pela sociedade, o desmoronamento das barreiras entre o público e o privado e a competência entre estes setores estimulada pela captação e pela gestão dos recursos econômicos. A gerência dos hospitais, e em particular a dos hospitais públicos, necessita antecipar, estrategicamente, uma realidade onde a complexidade, o conflito e a incerteza serão desafios permanentes (veja o Capítulo 6).

### **A reforma do financiamento dos sistemas de saúde**

A situação que se observa na Região, em matéria de financiamento dos serviços de saúde, é o resultado de um processo de reforma muito vinculado com as transformações experimentadas tanto no contexto econômico e social como no das reformas do Estado e da administração pública. Com efeito, passou-se de um paradigma de financiamento intensivo em aportes fiscais (nos anos setenta), que tinha como objetivo declarado a atenção universal, a um que, no seio de uma crise econômica forte e uma importante transformação do papel do Estado, tentou responder à redução do financiamento público dos setores sociais (na década de oitenta). Depois, caminhou-se para outro que, de acordo com um modelo econômico que visa ao crescimento com equidade, propõe uma visão estratégica às possíveis combinações dos instrumentos e fontes de financiamento na provisão de atenção à saúde (característico dos anos noventa).

Nos finais dos anos setenta, já se começava a formular a pergunta sobre quais eram os verdadeiros beneficiários do gasto público, questões que pareciam desafiar a concepção do Estado onipotente. Este enfoque coincidia com a crença de que todos os recursos destinados aos setores sociais eram, por definição, pertinentes. O tema da procura de uma boa alocação de recursos estava fora do marco analítico daqueles que tomavam decisões e desenhavam a política social.

A situação dos anos oitenta pode ser dividida em duas etapas. A primeira corresponde ao início da crise econômica de 1983, à qual se respondeu, em curto prazo, com medidas de emergência que se refletiram em reduções do gasto público. No caso dos hospitais, os administradores puseram em marcha

dois tipos de cobrança aos usuários: primeiro, prestar atenção médica mediante pagamento por parte da família do paciente e, segundo, quando o marco legal assim o permitisse, revitalizar ou iniciar um sistema de cobrança monetária. Na segunda etapa, quando a política econômica mudou o seu objetivo de ajuste e estabilização pelo de transformação estrutural, a reforma do Estado explicitou uma política de separação de funções que também se referia ao setor saúde. A intenção inicial foi separar as funções de provisão daquelas de financiamento.

No começo dos anos noventa, quando recobrou valor ao social, definiu-se o papel do Estado como garantia da provisão de recursos financeiros para atender à população e iniciou-se o debate sobre sua função na provisão direta de atenção à saúde. Em meados dessa década, nota-se que a separação de funções, junto com as falhas que apresenta o mercado como alocação de recursos com equidade, converteu em decisiva a necessidade de reavaliar o papel do Estado. No caso da saúde, isso significou revisar e desenvolver estratégias para fortalecer o papel reitor da autoridade sanitária. O financiamento setorial tem evoluído neste marco de debate sobre os objetivos, a implantação de políticas carentes de avaliação pré e pós a constatação de resultados esperados e inesperados.

Assim como no âmbito macroeconômico, passou-se de um modelo de crescimento que contemplava a política social somente em seu papel como atenuador daquilo que se chama *custo social* a um modelo de desenvolvimento que inclui a política social como parte integral. No setor saúde, passa-se de um esquema de financiamento dirigido a garantir a sustentabilidade financeira para um que procura, simultaneamente, melhorar as condições de acesso, a qualidade e a eficiência na produção e na alocação dos serviços.

No momento em que este capítulo foi escrito, o debate buscou identificar estratégias de financiamento que contribuíssem para obter o acesso equitativo a serviços de qualidade. À luz destes objetivos, a preocupação e o debate, que antes giravam em torno da composição do financiamento, amplia-se ao incluir os mecanismos de pagamentos utilizados para transferir os recursos de entidades intermediárias financeiras a provedores de atenção à saúde. Reconhece-se que os mecanismos de pagamento incluem um conjunto de incentivos que influem na demanda do provedor. Nos parágrafos seguintes, são abordados dois elementos muito vinculados ao financiamento: primeiro, as modalidades de financiamento *para* o setor e, segundo, os mecanismos de pagamento aos provedores (ou modalidades de financiamento no interior do setor).

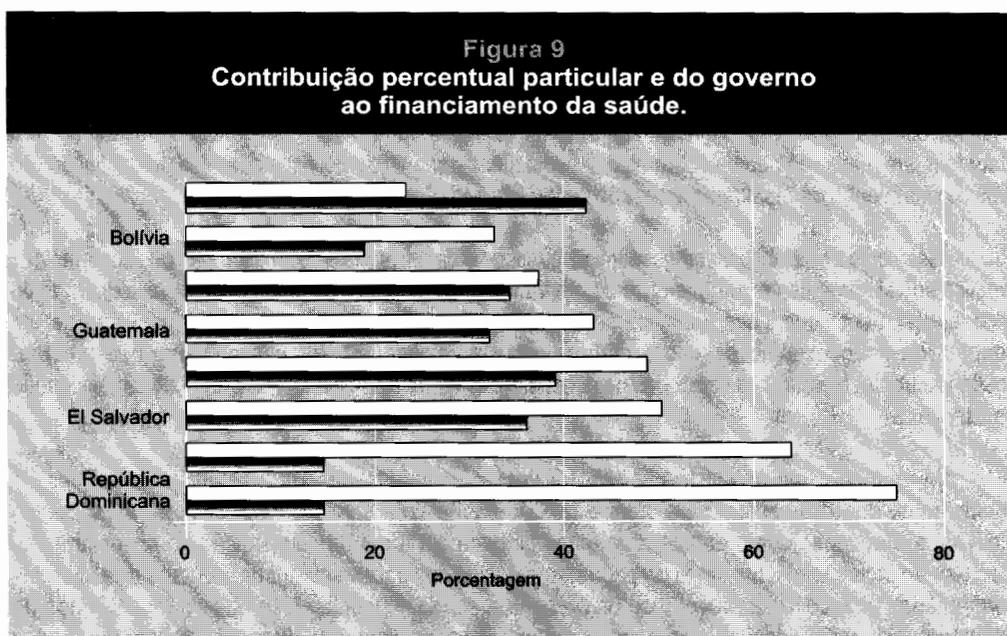
Com relação ao financiamento para o setor, a informação disponível manifesta a necessidade de analisar o potencial – positivo e negativo – dos mecanismos de financiamento que o setor<sup>III</sup> tem para contribuir no alcance dos objetivos setoriais.

A experiência de cobrança aos usuários tem se identificado, claramente, como uma das barreiras de acesso aos serviços. Portanto, é um instrumento útil para reduzir a demanda por atenção menos prioritária ou considerada supérflua. Ao contrário, quando se trata de atenção essencial, a recomendação é prover o serviço sem cobrança ao usuário.<sup>12</sup>

Em relação à composição das fontes de financiamento na Região, a situação é heterogênea. Mesmo não se dispondo de informação que permita fazer uma análise longitudinal da variação da

<sup>III</sup> As modalidades de funcionamento setorial referem-se a financiamento público (por meio de impostos), seguro privado, seguro social e cobrança aos usuários. Como fontes de financiamento identificam-se o governo, os lares, as empresas e o setor externo.

contribuição dos domicílios ao financiamento setorial, as estimativas das contas nacionais de saúde que se têm analisado, nos últimos anos, em um grupo de países, indicam que, como se apresenta na Figura 9, a contribuição particular oscila entre 75%, na República Dominicana, e 23%, na Nicarágua. Neste contexto, é importante ter em vista como a participação dos domicílios no financiamento setorial se relaciona com a iniquidade na carga financeira que eles assumem, pois quanto mais elevada é a contribuição dos domicílios tanto mais regressivo costuma ser o financiamento. Em outras palavras, os grupos de população de camadas mais baixas destinam uma proporção mais alta de sua inclusão para cobrir gastos com saúde do que os grupos de camadas mais elevadas.



Fonte: Organização Panamericana da Saúde, Washington, DC. Elaborado sobre a base das Contas Nacionais do Projeto Reforma do Setor da Saúde na Americana Latina e Caribe (LAC / RSS).

No âmbito dos mecanismos de pagamento a provedores – um tema que influi diretamente no processo de tomada de decisões dos administradores de hospitais –, o diálogo encontra-se num nível mais incipiente que o do financiamento setorial. As variáveis que participam são a unidade de pagamento e o nível de risco implícito em cada um deles. O desafio firma-se em identificar a combinação de uma unidade de pagamento adequada, segundo os objetivos do intermediário financeiro, com uma distribuição de risco que atue como incentivo para a busca da eficiência do provedor. Na prática, os mecanismos de pagamento por atenção hospitalar estão mudando de pressupostos globais, baseados em custos históricos, para os modelos de contratação prospectivos definidos por custo e volume ou por custo por caso.<sup>13</sup>

Em síntese, na medida em que se tem reconhecido o potencial da política de financiamento como um dos melhores instrumentos para conseguir uma maior equidade, reconhece-se o papel redistributivo do financiamento público. Em conseqüência, os países desenvolvem estratégias de financiamento que consideram, de um modo explícito, o financiamento de atenção às pessoas e dos serviços, com características de bens públicos ou primários, para os quais se sugere o financiamento público como o mais equitativo. Nesta mesma perspectiva, direciona-se o financiamento das funções essenciais da saúde

pública. Neste processo, reconhece-se que os incentivos marcam uma diferença nas decisões e que, de fato, afetam a composição e a qualidade dos serviços prestados à população. Conseqüentemente, a análise amplia-se no nível do recurso financeiro intra-setorial e presta uma atenção especial aos mecanismos de pagamento aos provedores.

## Mudanças tecnológicas

As recentes mudanças mundiais estão marcadas, fundamentalmente, pela globalização em todas as esferas da vida. A inter-relação hoje existente em todos os lugares do mundo, sua mútua dependência e a influência de medidas ou resoluções que se tomam a milhares de quilômetros de nosso âmbito de trabalho são um sinal dos tempos. Outro sinal característico é a velocidade com que se produzem as mudanças, mesmo que, às vezes, mostrem uma notável simultaneidade ou não sejam seqüenciais. Cabe acrescentar a complexidade e a variabilidade das fontes de informação, as quais dificultam, com freqüência, sua apreensão, ou seja, complica sua apropriação a partir de um adequado processo de depuração e análise.

Estas características delimitam um cenário de alta complexidade e velocidade crescente no processo de tomada de decisões das organizações, já que, por um lado, existe uma maior oferta de mecanismos e linhas de ação e, por outro, uma maior exigência por parte da demanda quanto ao uso de determinadas tecnologias. Daí também se deriva o fato de que as organizações estão submetidas a uma tensão contínua. Para enfrentá-la, requer-se, em primeiro lugar, uma clara consciência do processo e, em segundo lugar, uma atitude aberta, não só adaptativa, mas também empreendedora, por parte da organização em seu conjunto e das pessoas que a integram.

Se fosse possível assinalar qual tem sido, desde o ponto de vista tecnológico, o fator que tem revolucionado o mundo nas duas últimas décadas, mencionar-se-ia a informação. O acesso à mesma tem-se transformado em rotina diária para milhões de pessoas. À mercê das tecnologias da comunicação, a população e as organizações podem acessar a informação. O barateamento dos custos das equipes e dos programas permite uma maior difusão da informação. Historicamente, tem-se dito que ter informação é ter poder. Hoje, talvez, o poder se visualize mais no fato de ser este quem brinda a informação ou quem a sabe utilizar. Por acréscimo, isso tem gerado um novo balanço entre a oferta e a demanda. Por um lado, pensa-se mais no que as pessoas precisam, desejam ou querem, no que as organizações oferecem. Por outro, têm-se aumentado as possibilidades de induzir demandas (incluídas as de produtos e serviços de saúde) e disseminar ofertas (incluídos produtos e serviços de saúde). A cada dia, intensifica-se o debate sobre a *soberania dos consumidores* e as capacidades e os limites da atividade reguladora das autoridades (incluídas as de saúde) no novo espaço de relação e comércio virtual.

A revolução tecnológica dos últimos anos tem conseqüências diretas sobre o setor saúde e sobre o hospital. Hoje em dia, fala-se da complexidade tecnológica de setor saúde e de seu impacto sobre as práticas profissionais. As novas tecnologias (da imagem, cirurgia não-invasiva, etc.) criam a necessidade de se alcançar uma maior especialização e de se concentrar em determinadas áreas geográficas as atividades de alta complexidade (por ex., a cirurgia cardíaca). Os médicos e outros profissionais devem integrar-se à nova lógica *industrial* da alta complexidade tecnológica, porém, conservando sua identidade cultural e seus valores éticos. Esta revolução tecnológica também induz profundas mudanças na prática da gestão hospitalar. O desenvolvimento tecnológico será abordado com mais detalhe no Capítulo 12.

## Conclusões

Para se alcançar os objetivos apontados, as mudanças geradas na atualidade exigem que os hospitais disponham de novos modelos de trabalho. Estas novas modalidades de trabalho exigem modelos organizativos diferentes. As mudanças deste contexto obrigam as organizações a empreenderem um processo de adaptação que lhes permita atingir os objetivos para os quais foram criadas.

A principal característica que deve prevalecer no novo modelo é a flexibilidade. As organizações já não são uma estrutura rígida com missões e funções invariáveis com o tempo. Pelo contrário, seus limites são hoje difusos. Cabe lembrar como tem variado o antigo conceito de hospital, passando de sua concepção como centro para isolar os doentes da sociedade à idéia de que se trata de um estabelecimento aberto à comunidade destinado a solucionar seus problemas de saúde.

Do mesmo modo, as organizações já não precisam ser auto-suficientes. A inter-relação e a cooperação, bem como a complementaridade, permitem construir redes e formas contínuas de trabalho entre as organizações e dentro delas. Já não se concebem organizações de saúde que, para alcançar seus fins, não se articulem em redes internas e externas. Assim, na atualidade, prevalecem a missão e a visão estratégicas, as políticas e as normas gerais, mais que as regras e os procedimentos. É a preeminência de valores, como a qualidade e o serviço, que prepondera na gestão institucional. Isto não implica nem o desconhecimento nem o descumprimento das normas, mas sua consideração instrumental, ou seja, estas se justificam ao passo que ajudem a alcançar a finalidade da organização, que é prestar um melhor serviço – se bem que seu cumprimento não pode ser considerado um fim em si mesmo. Precisa-se de estruturas flexíveis, que não só permitam estabelecer relações verticais, mas também horizontais e que adotem como centro nevrálgico o cliente externo ou usuário.

Outro elemento fundamental que cabe mencionar é o aprendizado contínuo, tarefa que compete à organização como tal e aos indivíduos que a integram. Tal aprendizado não se entende somente sob o prisma da formação do pessoal e de sua possibilidade de ascender na organização, mas também, e fundamentalmente, como um requisito para o crescimento e a melhoria da própria instituição. Com este fim e com o objetivo de melhorar os serviços que prestem, tal capacitação deve ser oferecida aos profissionais com carências de formação.

Para o adequado alcance dos objetivos das organizações, requer-se que tanto as pessoas quanto os grupos que a integram gozem de uma maior autonomia. Esta autonomia, que se chama desconcentração das instituições, é um processo que se dirige para o interior da instituição. Também deve ser propiciada uma descentralização efetiva da instituição que favoreça o melhor desempenho e a consecução dos seus fins.

Tudo isso está impregnado de um estilo gerencial voltado mais para a coordenação e a supervisão do que para a *ordem e o mando*. Um bom gerente, na atualidade, é aquele que consegue que os demais façam o que lhes corresponde e saibam fazer; é aquele que dirige e delega. Precisa-se, pois, de gerentes que ao delegar mantenham o controle da execução dos planos, não só a responsabilidade final. Também que permitam o desenvolvimento dos indivíduos de uma organização, estimulando sua criatividade individual e de grupo, com o objetivo de facilitar o cumprimento dos propósitos institucionais.

Os elementos descritos articulam a mudança da gestão das instituições e, de forma muito importante, dos serviços de saúde. A inovação tecnológica exerce um impacto no desenvolvimento dos serviços de saúde e pode redundar em maior capacidade de resolução dos problemas de saúde da população, melhor qualidade das prestações de serviços oferecidos, além de incidir nos custos de produção dos serviços.

Não obstante, a inovação tecnológica também pode ter conseqüências negativas por causa da falta de capacitação de pessoal ou de flexibilidade das organizações para enfrentar as mudanças propostas a melhorar o manuseio das novas tecnologias. A crescente complexidade tecnológica influi na gestão do hospital, pois modifica as formas de organização e operação, bem como os requerimentos de recursos e financiamento. Pretende-se que as novas tecnologias constituam ferramentas de melhoria e não de ameaça para o sistema e seus usuários; será necessário melhorar sua efetividade, sua eficácia e as avaliações socioeconômicas que se realizem sobre elas.

## Bibliografia

- 1 Madrid: Ministerio de trabajo y Seguridad social; 1990.
- 2 SÉKELY M, HILBERT M. *The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality*. Washington, DC: Interamerican Development Bank; 1999. (Documento mimeografado).
- 3 ROSEMBERG H, PEÑA M. *Dimensions of exclusion from social protection in health in Latin America and the Caribbean*. Informe apresentado na Reunião Mundial da Associação Internacional de seguridade social, Helsinque, 2000.
- 4 ROSEMBERG H, ANDERSSON B. Repensando la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8 (1 y 2): 118-125.
- 5 World Bank. World development report 1997. *The state in a changing world*. Washington, DC: World Bank; 1997.
- 6 RODRIGUEZ, CABERO G. *La división social del bienestar: posibilidades y límites de la gestión mixta del estado del bienestar*. En: Rodríguez Cabero G. Economía del sector no lucrativo. *Economistas (Madrid)* 1991; (51).
- 7 CERCAS, A. *¿Qué estado de bienestar?* Madrid: Diario 16; 21 de enero de 1995.
- 8 CUNILL N. *Repensando lo público a través de la sociedad*. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Caracas: Centro Latino-americano de Administración para o Desenvolvimento (CLAD); 1997:23-69, 297 – 308.
- 9 JOHNSON N. *El estado de bienestar en transición*. La teoría e práctica del pluralismo de bienestar. Madrid: Ministério do trabalho e Seguridade social; 1990.
- 10 GINER S, SARASA S. *Altruismo cívico y política social*. En: Fundación Pablo Iglesias. *Leviatán*. Madrid: Fundación Pablo Iglesias; 1995; No. 61.
- 11 KLINSBERG B. *La gerencia pública necesaria*. Hacia un replanteo integral. La gerencia pública necesaria. Caracas: Centro Latino-americano de Administración para o Desenvolvimento (CLAD); 1985.
- 12 ENGLAND S, HADDAR M, NGAM A, PINTO M. *Practice and policies on user fees for immunization in developing countries*. Geneva: World Health Organization; 2001. (Document WHO/N&B/1.07.)
- 13 ALVAREZ B, PELLISÉ L, LOBO F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev Panam Salud Pública* 2000(1 y 2):55-69.

## **Capítulo 2**

# **Os princípios reitores das reformas do setor saúde e os hospitais**

Alguns países da Região têm conferido caráter legal ao direito à saúde, o que não significa, necessariamente, que toda a população exerça este direito de forma eqüitativa. Isto, somado a fatores como pressões de caráter econômico, tem impulsionado os processos de reforma do setor saúde. Na maior parte de tais processos, declara-se que seus propósitos ou princípios reitores\* são a melhoria da eqüidade, da efetividade, da eficiência, da sustentabilidade e da participação social.

Os processos de reforma estão tentando adaptar o hospital aos efeitos das mudanças tecnológicas, das mudanças das doenças esperáveis e das mudanças sociais e culturais dos usuários. A aplicação desses princípios reitores tem-se traduzido em importantes efeitos, desenvolvimento de novas modalidades de atenção e mudanças em instrumentos de gestão e em financiamento.

Os primeiros esforços realizados nas reformas do passado centraram-se na introdução de mudanças financeiras, estruturais e institucionais nos sistemas de saúde e em ajustes da organização e da administração da atenção à saúde. A segunda geração destes esforços atenta para melhorias do desempenho na redução de iniquidades e da não-proteção social na saúde, para o aumento da efetividade das intervenções em saúde, para a promoção da qualidade da atenção, para o fortalecimento da função reitora das autoridades de saúde, para a melhoria na prática da saúde pública e, particularmente, para a necessidade de exercer novas formas de gestão dos recursos humanos.

Os princípios reitores enumerados podem ser traduzidos em critérios ou eixos condutores da gestão hospitalar de hoje e do futuro. Estes critérios são: a orientação ao usuário, a melhoria contínua em busca da excelência, a autonomia responsável, a coordenação e a integração em redes, a transparência e a responsabilidade, a participação social e a flexibilidade dos modelos de atenção. A aplicação destes critérios tem que se realizar em um contexto ampliado de execução das funções-chave do Estado (como a reitoria e a regulação) e em um entorno hospitalar com novas formas de gestão e com pluralismo financeiro.

## O direito à saúde

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas, de 1948, estabelece que "Todo ser humano tem direito a um nível de vida que permita a ele mesmo e a sua família gozar de saúde e bem-estar que incluam a alimentação, o vestuário, a moradia, a assistência médica e os serviços sociais necessários. Possuem, ainda, direito à seguridade em caso de desemprego, doença, deficiência, viuvez, velhice...".

As constituições da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde reconhecem a saúde como um direito humano e as responsabilidades que advêm deste princípio. Outras declarações internacionais sobre direitos humanos também assumem, explícitas ou implicitamente, que a saúde é um direito humano que gera determinadas responsabilidades. Tal é o caso do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, da Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial e da Declaração Americana dos Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica).<sup>1</sup>

\* Nesta edição, a palavra reitoria (e suas derivações) foi mantida como no idioma original e deve ser entendida como COMANDO DO SISTEMA.

Do mesmo modo, muitos países da Região recorreram, seja em suas constituições ou em textos legais subordinados a elas, ao direito à saúde.<sup>1</sup> Estes documentos facultam aos poderes públicos a moderação dos interesses de diferentes atores sociais, a fomentação das condições que favorecem a saúde dos indivíduos e as populações, a diminuição ou a eliminação das condições que os prejudicam, o ordenamento dos serviços destinados a recuperar a saúde ou a cuidar das conseqüências da doença, e a regulação da produção e da distribuição dos recursos financeiros, materiais, humanos e tecnológicos destinados a tal fim.<sup>3</sup>

Em quase todos os países da Região, algumas destas atuações têm-se pautado em mecanismos de cobertura frente a contingências específicas que se definem e financiam em condições sociais e publicamente reguladas. Estas atuações designam-se, genericamente, mediante o conceito de *proteção social da saúde* e delas formam parte, entre outros elementos, diferentes modalidades de seguro social.

Porém, o reconhecimento legal de um direito, inclusa sua instrumentação normativa, nem sempre significa sua plena realização prática. De fato, em amplas zonas da América Latina e Caribe, o exercício do direito à saúde tem sido dificultado por diversos fatores, entre os que se destacam os de ordem financeira, cultural, geográfica e de gênero. No final do século XX, porcentagens elevadas das populações dos países da Região não encontraram a forma de obter o que, em matéria de saúde, proclamam as constituições e as leis. Conseqüentemente, tem-se configurado uma *geografia da exclusão social em saúde*. Diversos estudos têm chamado a atenção desde meados dos anos oitenta sobre as causas, características, tendências e conseqüências deste fenômeno.<sup>4 5 6 7</sup>

De fato, tratar de remediar esta situação – que não tem tendência à diminuição mas, inclusive, aumentar em alguns casos –, tem sido uns dos objetivos declarados de muitas das agendas de mudança (genericamente conhecidas como *reformas*) que se têm introduzido nos sistemas de saúde dos países da Região durante os últimos quinze anos.

## Os princípios reitores das reformas

A maior parte dos processos do setor saúde,<sup>8</sup> que desde começos da década de noventa só está se desenvolvendo nas Américas, declara que seus propósitos são melhorar um ou vários dos seguintes aspectos do desempenho dos sistemas e serviços de saúde: a equidade, a efetividade e a qualidade, a eficiência, a sustentação e a participação social.<sup>11</sup> Estes princípios reitores definem-se da seguinte forma:

- *A equidade*, referida às condições de saúde, significa diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível e, em relação aos serviços de saúde, receber atenção em função da

<sup>1</sup> A expressão *direito à saúde* é usada neste texto como sinônimo de *direito à proteção da saúde*. Atualmente, ninguém pode garantir o direito à saúde para todos os indivíduos porque, ainda que pese aos progressos científicos e tecnológicos, o adoecer e o morrer seguem sendo inerentes à condição humana e persiste certo grau de desigualdade inevitável entre os indivíduos, derivada ao menos da diferente carga genética e dos efeitos inevitáveis de alguns comportamentos dos progenitores sobre a saúde de seus descendentes.

<sup>11</sup> Nas Américas, uma reunião internacional definiu a *reforma setorial* como "um processo orientado a introduzir mudanças substantivas nas diferentes instâncias e funções do setor com o propósito de aumentar a equidade em suas prestações, a eficiência da sua gestão e a efetividade de suas atuações e, com isso, lograr a satisfação das necessidades de saúde da população. Trata-se de uma fase intensificada de transformação dos sistemas de saúde realizada durante um período determinado de tempo e a partir de conjunturas que a justificam e a viabilizam". Veja: BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPAS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: Informal da Reunião especial sobre Reforma do setor da saúde. De 29 a 30 de setembro de 1995. Washington, DC: OPAS, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano, 1995.

necessidade (equidade de acesso e uso) e contribuir em função da capacidade de pagamento (equidade financeira).

- A *qualidade* supõe que os usuários dos serviços recebem assistência oportuna, efetiva e segura (qualidade técnica) em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida).
- A *eficiência* indica que a relação entre resultados obtidos e os custos dos recursos empregados é favorável. Este conceito tem duas dimensões: a relativa à alocação de recursos e a referente à produtividade dos serviços. Os recursos são alocados, eficientemente, gerando o maior ganho possível, expressado em termos de saúde por unidade de custo, e empregam-se, eficientemente, quando se obtém uma unidade ou um produto ao mínimo custo ou quando se produzem mais unidades de produtos com um dado custo.
- A *sustentabilidade* inclui uma dimensão política e uma financeira e define-se como a capacidade de o sistema resolver seus problemas atuais de legitimidade e financiamento e superar os objetivos de manutenção e desenvolvimento futuros. Conseqüentemente, a sustentabilidade exige a aceitação e o apoio social e a disponibilidade dos recursos necessários.
- A *participação social* faz referência aos procedimentos dirigidos a permitir que a população geral e os diferentes agentes influenciem na planificação, gestão, provisão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde e desfrutem dos resultados desta influência.

Partindo dos objetivos finais formulados nas reformas, os cinco critérios anteriores permitem avaliar a sua direcionabilidade. Assim, nenhuma reforma dever-se-ia contrapor a estes critérios, e a ideal seria aquela em que os cinco critérios houvessem melhorado. Por sua vez, estes cinco princípios reitores podem servir como referência conceitual para construir variáveis operativas e indicadores associados que permitam seguir com os avanços da reforma e avaliar seu impacto potencial ou real.<sup>10</sup> Por último, quando estes princípios têm em vista as fases iniciais de desenho e negociação da reforma, podem servir também para retroalimentá-la à medida que avança.

Tal como se entende habitualmente, a equidade, referida à situação de saúde, significa diminuir as diferenças evitáveis e injustas ao mínimo possível e, com relação aos serviços de saúde, oferecer e receber atenção em função da necessidade (equidade em cobertura, distribuição, acesso e uso) e contribuir em sintonia à capacidade de pagamento (equidade financeira). Assim, para avaliar os resultados de um processo de reforma do setor saúde no que diz respeito à equidade no âmbito dos serviços de saúde, dever-se-ia poder documentar se a reforma tem influenciado sobre a redução de brechas em algum ou em todos os indicadores selecionados, bens por unidade territorial (departamento, estado, província, município ou área de saúde), bens por grupos de população definidos segundo o gênero, a idade, a raça, o nível socioeconômico ou o esquema de cobertura. Por exemplo, em matéria de cobertura, caberia perguntar como as reformas têm sido modificadas por porcentagens de população coberta de forma regular por um

<sup>10</sup> Isso pode se comprovar consultando, entre outras fontes, os informes dos países apresentados na Reunião Especial sobre reforma setorial, celebrada em Washington, DC, em 1995; o informe Progresso das atividades de reforma setorial, apresentado ao Comitê Regional da OPAS em 1996; o conteúdo dos capítulos de volume II da edição de 1998 do livro Condições de saúde nas Américas; os informes preparados pelos países para a III Revisão da *Estratégia de Saúde para Todos* de 1997 da OMS; o documento sobre A cooperação da OPAS ante os processos de Reforma do Setor Saúde de 1997; o documento aprovado pelo Comitê Regional da OPAS sobre Reitoria dos Ministérios de Saúde nos processos de reforma setorial de 1997; os 25 Perfis dos sistemas de serviços de saúde dos países da Região acessíveis através da página eletrônica da *Iniciativa da Reforma* em Novembro de 2000; os relatórios dos debates sobre reforma setorial, as reuniões dos Ministros de Saúde da América Central, Área Andina e países do Caribe anglófono entre 1995 e 1999 ou os informes das Comissões Nacionais e Grupos de apoio à reforma setorial de vários países da Região durante os últimos anos.

conjunto básico de prestações, coberturas do Programa Ampliado de Imunizações (PAI) em menores de um ano, coberturas do controle pré-natal realizado por pessoal capacitado ou porcentagem de mulheres que usam anticoncepcionais. Em matéria de distribuição de recursos, dever-se-ia avaliar de que forma as reformas modificaram, entre outros, o gasto total e o gasto público em saúde *per capita*, as razões de médicos e enfermeiras profissionais por 10.000 habitantes, ou o número de leitos hospitalares contados por censo por 1.000 habitantes (e, se possível, diferenciando entre subsetores ou distintas redes de prestadores). Da mesma forma, em matéria de acesso, tratar-se-ia de analisar como influenciaram as reformas na porcentagem de pessoas que falecem sem nenhum tipo de atenção médica; a porcentagem de população rural que reside a mais de uma hora de um centro de atenção e de população urbana a mais de 30 minutos; a possibilidade de obter assistência primária no mesmo dia da sua solicitação, a porcentagem de estabelecimentos de saúde que têm reduzido as barreiras funcionais de acesso (por exemplo, de horário, de idioma ou outras) ou no volume das listas de espera cirúrgicas de algumas doenças selecionadas. Com relação ao uso de recursos, tratar-se-ia de averiguar como as reformas influenciam as consultas ambulatoriais ou os egressos por 1.000 habitantes, ou sobre a porcentagem de partos atendidos por pessoal capacitado.

A efetividade indica que as ações empreendidas produzem os resultados esperados nas condições reais em que se acometeram. Muitas ações de saúde podem ser eficazes em contextos determinados (por exemplo, em condições de laboratório, em ensaios clínicos, quando se empreendem em determinados modelos organizativos ou em certos contextos culturais) e não sê-lo (ou requerer importantes adaptações) em outros.

A qualidade supõe, por sua vez, que os usuários dos serviços recebam assistências oportunas, efetivas e seguras (qualidade técnica dos processos assistenciais) em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida ou acolhimento).

Para avaliar os resultados de um processo de reforma do setor saúde quanto à sua efetividade e qualidade no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, dever-se-ia poder documentar se a reforma tem influenciado sobre a redução de brechas em algum ou em todos os indicadores selecionados, por unidade territorial (Departamento, Estado, Província, Município ou área de saúde) ou por grupos de população definidos segundo gênero, idade, raça, nível socioeconômico ou esquema de cobertura. Em matéria de efetividade, analisar-se-ia, por exemplo, como a reforma influencia na mortalidade infantil e materna, na porcentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, na mortalidade devido a algumas doenças previsíveis selecionadas (por exemplo, mortalidade por câncer de colo de útero, complicações agudas da hipertensão arterial ou diabetes *mellitus*), ou na incidência de outras doenças (por exemplo, a infecção por HIV ou AIDS, ou algumas doenças imunoprevisíveis). Em matéria de qualidade técnica, seriam, por exemplo, a porcentagem de estabelecimentos de atenção primária ou hospitais com comitês de qualidade em funcionamento, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis de atendimento, a incidência de infecções hospitalares, ou a porcentagem de pacientes que recebem um informe de alta ou de assistência. Quanto à qualidade percebida (ou acolhimento), seriam avaliados, por meio de uma enquete, o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, a possibilidade que tem o usuário de escolher o prestador de serviços de atenção primária, a margem de sua capacidade de pagamento, a porcentagem de estabelecimentos com programas implantados de melhoria da qualidade e do trato ao usuário (por exemplo, projetos tais como o do *Hospital Amigo*), a porcentagem de estabelecimentos com serviços específicos de orientação ao usuário, a porcentagem de centros de saúde e de hospitais que realizam enquete de percepção e opinião do usuário, ou a porcentagem de estabelecimentos com comissões de arbitragem (ou equivalentes) em funcionamento.

Como se tem mencionado, no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, a eficiência costuma incluir duas dimensões: a relativa à alocação de recursos e a referente à produtividade dos serviços. A este respeito, é importante insistir que a eficiência é uma variável derivada que dá por suposta a efetividade das ações empreendidas. Não é desejável que sejam efetivas e pouco eficientes, porém, pode ser desastroso serem, eficientemente, inefectivos (por exemplo, aplicando, eficientemente, uma prova de diagnóstico inadequada por seu escasso valor previsível ou método de tratamento inefeito).

Para avaliar um processo de reforma a respeito da alocação de recursos, necessita-se ser capaz de responder com clareza a perguntas tais como as seguintes: estão sendo implantados mecanismos mais eficientes de alocação de recursos? Se for assim, quais são os resultados? Existe alguma prova de que a reforma tem influenciado na realocação de recursos para o desenvolvimento de ações intersetoriais (por exemplo, o cuidado da saúde, a prevenção dos acidentes, etc.) ou para programas de prevenção de doenças de alta prevalência (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes ou câncer de colo de útero)? Além disso, dever-se-ia obter dados para avaliar se a reforma tem modificado alguns indicadores selecionados (por unidade territorial ou por grupos de população determinados) que permitam conhecer qual está sendo o sentido da alocação e seu impacto. Alguns destes indicadores poderiam ser as coberturas nos meios rural e urbano do abastecimento de água potável ou dos serviços de esgoto e disposição de excretas, a percentagem do gasto público (ou do orçamento) em saúde que se gasta em serviços de saúde pública, ou a evolução do gasto em atenção primária como percentagem do gasto público em saúde.

Para avaliar as reformas no que diz respeito à gestão de recursos dever-se-ia obter, entre outras, provas de que a reforma haja contribuído no aumento da percentagem de centros de saúde e hospitais que empregam medidas de atividade e rendimento estandardizadas, o número de hospitais que têm melhorado certos indicadores de rendimento (por exemplo, índice de ocupação, média de permanência, número de egressos por leito, grau de uso de sala de cirurgia), a percentagem de centros de saúde e de hospitais que têm negociado compromissos ou contratos de gestão e a dos que contam com orçamentos baseados em critérios de atividade. Quando for possível e pertinente, dever-se-ia estratificar a informação por subsectores (público e privado) e por diferentes redes de prestadores.

A sustentabilidade inclui uma dimensão social e uma financeira e define-se como a capacidade do sistema para resolver seus problemas atuais de legitimidade e financiamento, bem como os objetivos derivados da sua manutenção e desenvolvimento futuros. Por isso, precisa-se da aceitação e do apoio social, bem como da disponibilidade dos recursos necessários. Com relação a este critério reitor, para se avaliar uma reforma, deve-se perguntar se existe alguma prova de que a esta tenha aumentado os valores de variáveis tais como: a percentagem de cidadãos que legitimam ou aceitam as principais instituições prestadoras de serviços de saúde, a disponibilidade de informação desagregada do gasto público e privado em saúde por unidades territoriais junto com a possibilidade de analisar tendências e desenhar cenários, a sustentabilidade em médio prazo dos esforços para aumentar as coberturas, tanto dos programas como dos serviços (por exemplo, atenção ao parto por pessoal treinado, consulta de medicina à demanda ou fomento da qualidade), a capacidade de ajustar gastos em saúde das principais instituições do subsector público, a percentagem de centros de saúde e de hospitais com capacidade para de contratar terceiros, ou a capacidade de administrar empréstimos externos e substituí-los por recursos nacionais.

O último critério reitor, a participação social, encerra um princípio de natureza transversal, pois é, ao mesmo tempo, meio ou instrumento e fim ou objetivo das reformas do setor saúde. Para avaliar uma reforma em matéria de participação social dever-se-ia poder responder ao menos às seguintes perguntas: a participação social apresenta-se como um objetivo da reforma? Quais são as instâncias e os mecanismos que se têm introduzido ou se estão introduzindo para facilitar a participação e o controle social do sistema de serviços de saúde? A que nível – nacional, estadual ou local – tem-se desenvolvido ou estão se desenvolvendo estas instâncias e mecanismos e com que atribuições (por exemplo, para mobilizar recursos, conhecer as necessidades da população, apoiar o planejamento ou a gestão, encarregar-se da provisão de determinados serviços)? Tem-se levado em conta grupos, tradicionalmente, excluídos na tomada de decisões como as mulheres e certos grupos étnicos? Estão sendo introduzidos graus de formalização legal destas instâncias e mecanismos? Se são pertinentes, essas instâncias e mecanismos contam com recursos e capacidade para desenvolver as responsabilidades alocadas?

### **A avaliação das reformas à luz dos princípios reitores**

A maioria dos pesquisadores sobre este tema evidencia a grande dificuldade, quando não a impossibilidade, de estabelecer relações diretas e unívocas entre as ações das reformas do setor saúde e as modificações de muitos dos indicadores habitualmente sugeridos para segui-las e avaliá-las,<sup>12,13,14</sup> especialmente no âmbito da eficiência, ainda que não somente neste âmbito.

Em alguns casos, não é fácil conhecer o momento exato em que se iniciou a reforma ou se esta tem passado por diversas fases e recebeu diferentes denominações. Além disso, em quase todos os casos, os efeitos das reformas produzir-se-ão em médio e longo prazos e serão mediadas por muitos fatores não diretamente ligados a elas, o que levanta dúvida quanto ao estabelecimento de associações entre a reforma e a mudança de certos indicadores da situação de saúde. No entanto, os cinco critérios reitores descritos devem aproximar-se dos efeitos das reformas. Apesar disso, esta avaliação dos efeitos das reformas ver-se-á afetada nos países pelos diferentes pontos de vista das pessoas e instâncias que dela participam. À margem destas considerações, a valoração adequada do impacto das reformas deve ser global; combinar, inteligentemente, numerosas variáveis; empregar indicadores quantitativos e qualitativos; usar indicadores orientadores e sistemáticos; e levar em conta diferentes pontos de vista. Ainda que não seja fácil levar a cabo avaliações de processos complexos como as reformas do setor saúde, os riscos de não fazê-las são muito elevados tanto à saúde da população e dos indivíduos, como para o desempenho dos próprios serviços de saúde e de quem neles trabalha.

No final da década de noventa, uma avaliação dos resultados das reformas do setor saúde, sobre a base da informação disponível para 25 países da Região, permitiu extrair algumas conclusões provisionais que se detalham a seguir.<sup>15</sup>

A primeira conclusão refere-se à diversidade dos processos. Em alguns casos de reforma, as mudanças são substantivas e os projetos de reforma definidos como tais estão sendo debatidos e não estão implantados até esta época. Em outros, foram introduzidas mudanças em áreas concretas (financiamento, modelos de atenção ou modelos de gestão de alguns centros e serviços) sem que se afetassem as responsabilidades fundamentais dos principais atores públicos e privados. Há casos em que as mudanças têm sido substantivas e planejadas, mesmo que com denominações diferentes de *Reforma* (por exemplo, o *Programa para a Modernização do Setor*). Em outros casos, algumas instituições públicas têm suas importantes funções modificadas, porém, outras não. Mesmo assim, em certos países, é possível

caracterizar, ao longo da última década, dois ou três períodos de reforma setorial. Em outros, as mudanças estão sendo substanciais, porém, não estão explícitas suficientemente, sendo chamadas de *Reforma silenciosa*.<sup>16</sup> Por fim, nos países, nota-se sempre algum projeto orientado a introduzir reformas setoriais. Quanto ao processo de reforma, na primavera de 1999, quase todos os países da América Latina e Caribe encontravam-se em algum ponto compreendido entre o desenho e as primeiras fases de sua implantação. Em poucos países, esta implantação estava avançada; em outros, já se começava a falar de uma segunda geração de reforma; e em uma terceira parte, falava-se de uma terceira geração de reforma.

A segunda conclusão é que a diferença do que acontece com o andamento dos processos, na avaliação dos resultados das reformas setoriais, existe notável falta de informação de suficiente qualidade. Detectam-se graves carências nas capacidades nacionais de obtenção, processamento, validação e disseminação sistemática de indicadores que permitam avaliar o impacto das reformas, o estado de saúde e, particularmente, o desempenho dos sistemas e serviços de saúde. É criticada a ausência de séries temporais em nível nacional e de desagregação territorial e populacional de alguns indicadores básicos para avaliar resultados em função dos objetivos propostos (por exemplo, para avaliar a equidade na cobertura e no acesso). Até agora, as reformas não têm contribuído para corrigir esta deficiência essencial. Uma notável exceção parece ser a informação desagregada sobre gasto em saúde (mesmo que se careçam de provas de que tenham contribuído a melhorar a capacidade dos países para analisar tendências). Esta é uma área no qual os organismos internacionais de cooperação financeira e técnica deveriam trabalhar mais para fortalecer tanto a sustentabilidade quanto a adequada direção do esforço reformador nos países.

A terceira conclusão que se extrai é que, com as limitações assinaladas no parágrafo anterior, parece haver provas de que até hoje as reformas podem ter contribuído ou estar contribuindo, primeiramente, com relação à equidade, ao início da redução de brechas na cobertura de uma série de programas e serviços básicos, mediante o desenvolvimento de novos programas, ainda que sem melhorar, substancialmente, a distribuição da maior parte dos recursos já existentes; em seguida, quanto à eficiência, à introdução de mecanismos de alocação de recursos mais eficientes, à introdução de *compromissos, contratos ou acordos de gestão* à preparação dos orçamentos dos estabelecimentos sobre a base de critérios de atividade, ao menos na metade dos países, a melhorar a capacidade para ajustar inclusões e gastos no subsetor público e para cobrar de terceiros; e, por último, a reforçar as tendências que antecedem à descentralização e ao aumento dos espaços de participação social nos diferentes níveis do sistema.

A quarta conclusão é de que, até agora, há poucas provas que respaldem que as reformas tenham contribuído ou estejam contribuindo para melhorar substancialmente: 1) a efetividade global, a qualidade técnica e a qualidade percebida das instituições públicas prestadoras de cuidado às pessoas; 2) a legitimação social das instituições públicas prestadoras de serviços; e 3) a sustentabilidade financeira em médio e longo prazos dos novos programas que se iniciam. Inclusive, com relação à melhoria da equidade no acesso a serviços básicos de saúde, os avanços parecem ser ainda muito modestos, tendo em vista o discurso desenvolvido e o grande volume dos gastos.

Estes aspectos exigem que as autoridades nacionais e os organismos internacionais de cooperação financeira efetuem um andamento pormenorizado e uma avaliação cuidadosa das reformas. Se não se afrontar com rigor esta supervisão em curto prazo, os objetivos finais declarados das reformas poder-se-iam pôr em franca suspeita.

## As reformas do setor saúde e os hospitais

No final da década de oitenta e no começo da década de noventa, a situação dos hospitais da América Latina e Caribe e, em particular dos pertencentes ao setor público, não podia ser qualificada de alentadora.<sup>16</sup> Há quase um decênio de cortes financeiros e um baixo esforço investidor, os edifícios antigos e com má manutenção, as altas porcentagens de equipamentos fora de uso ou as más condições de operação,<sup>17</sup> a carência de insumos básicos e a ausência de sistemas de informação e de esquemas de gestão moderno somaram-se à tradição de atuação isolada dos hospitais do resto da rede e provocaram uma desmotivação dos profissionais e queixas dos pacientes e da população.

Ainda que a situação aconteça em amplas zonas da Região, desde meados dos anos noventa aumentaram, notavelmente, os fundos disponíveis em bastantes países para os setores sociais e, sobretudo para o setor saúde, procedentes de fontes financeiras nacionais e de organismos financeiros internacionais. Estes fundos estão ligados, normalmente, a programas de reforma que têm tratado de privilegiar as ações, modalidades e níveis de atendimento considerados mais custo-efetivos. Com relação ao investimento, tudo isso alentou um debate em torno de como atender, por um lado, às necessidades de investimento (muito postergadas) da rede de serviços já existente (entre eles os hospitais) e, por outro, sobre como fortalecer aquelas estratégias e ações mais orientadas a mudar, entre outros, modelos de atenção, formas de organização, modalidades do exercício profissional e os esquemas de financiamento, em suma, como financiar o urgente sem deixar de financiar a mudança desejada em médio prazo.

Mesmo que cada país tenha tentado resolver este dilema segundo seus próprios critérios, parecem se observar alguns riscos comuns, produto da reflexão individual e coletiva dos países e, dos critérios de concessão dos créditos externos. A seguir, resumem-se as características que mais diretamente estão afetando os hospitais da América Latina e Caribe e que se relacionam, quando procede, com os princípios reitores da reforma.

A primeira característica observada é que, por critérios de equidade (sobretudo no que atribuir à cobertura e ao acesso) e de eficiência (com relação à designação de recursos), a maior parte do financiamento público novo (e, concretamente, os investimentos) está orientado para a atenção primária à saúde e focalizando para as zonas mais desfavorecidas e populações mais vulneráveis. Mesmo que isto possa ser percebido pelos hospitais, particularmente pelos de nível secundário e terciário das grandes cidades, como um risco de ficarem excluídos da corrente principal de recursos, logo se comprovou que não foi assim que aconteceu. Os principais prestadores públicos (ministérios de saúde, instituições de seguridade social, governos estaduais ou locais) e os organismos de financiamento cada vez são mais conscientes da necessidade de conceber os hospitais como parte integrante da rede de serviços públicos e privados de um determinado território.<sup>18</sup> Isto quebra a segmentação vertical tradicional das redes, para impulsionar esquemas de coordenação funcional (e, em alguns casos, de integração) de todos os estabelecimentos de saúde acreditados em uma zona concreta.

<sup>16</sup> Depois da colonização européia, os hospitais da América Latina e Caribe têm transitado (e, em certa medida, ainda transitam) por três etapas sucessivas e diferenciadas, que, em certos casos, mais que se suceder se superpõem: 1) o hospital de primeira geração ou *Hospital de caridade*, de arquitetura de pavilhonar e concebido, basicamente, para o isolamento (desde o século XV até finais do século XIX); 2) o hospital de segunda geração, de financiamento majoritariamente público, estrutura vertical, gestão centralizada e concepção basicamente reparadora (desde a década dos 30 até a atualidade); e, 3) o hospital de terceira geração, de financiamento múltiplo, estrutura modular, enfoque empresarial, gestão descentralizada e concepção de atenção integrada (desde a década de setenta em diante). Os três modelos coexistem ainda no continente e, a última década do século XX poder-se-ia caracterizar como uma etapa de transição entre o segundo e o terceiro.

A característica relativa à efetividade aplica-se com maior assiduidade às redes de um território e influi no estabelecimento de sistemas adequados de gestão da informação, da comunicação e de referência e contra-referência de pacientes, bem como no desenvolvimento de novas modalidades de atenção (por exemplo, a hospitalização domiciliar, a de muito curta estada ou as unidades móveis para atender a determinados problemas das populações em certas zonas), que exigem um nível de relacionamento novo entre os hospitais e os estabelecimentos de atenção primária.<sup>19</sup> Neste caso, também se aplicam critérios de equidade (melhor cobertura e facilidade no acesso), eficiência (uma rede bem organizada, provavelmente, consumirá menos recursos por caso atendido) e qualidade (provavelmente, serão cometidos menos erros e os pacientes e seus familiares ficarão mais satisfeitos).

Em segundo lugar, as reformas do setor saúde procuram modificar as fontes de financiamento e os modelos de gestão dos estabelecimentos sanitários e, em particular, dos hospitais, com vistas a prescindir do critério de orçamento de base histórica e a vincular, cada vez mais, financiamento com atividade. Tenta-se aumentar tanto a efetividade global do hospital (reorientando suas ações para as demandas reais ou esperáveis da população ou da atenção primária), como sua eficiência (deixando de financiar recursos ociosos ou subempregados).<sup>20</sup> As implicações destas ações afetam, por um lado, as relações entre o hospital e os seus financiadores e, por outro, as relações internas do próprio hospital. As relações deste último com seus financiadores, tendem a modificar-se em, ao menos, dois sentidos: primeiro, os financiadores de um mesmo centro inclinam-se por se diversificar (por exemplo, em determinadas condições um hospital do ministério pode vender serviços à caixa de seguro e a uma seguradora do setor privado, além de cobrar co-pagamentos antecipados por determinados serviços a certos pacientes, o qual exige estabelecer sistemas de faturamento oportunos e fiáveis), e, segundo, as negociações do financiamento tendem a ser prospectivas e basearem-se em indicadores de atividade esperáveis para o período seguinte. Por este último motivo, o hospital deve dispor de sistemas que permitam medir a atividade das diferentes unidades e serviços e imputar custos a tais atividades (empregando, por exemplo, sistemas de *case-mix*).

Quanto à terceira característica, as reformas estão introduzindo *compromissos de gestão* anuais ou plurianuais entre os financiadores públicos e os hospitais públicos, que costumam incorporar um desenho dos órgãos de governo e de gestão, as características da atividade esperável do hospital, o montante do financiamento, as modalidades do desembolso e os mecanismos de estímulo ou desestímulo para alcançar os objetivos. A lógica do contrato e da negociação entre partes substitui, desta forma, a antiga lógica administrativa. Quando a atividade que se deve financiar se expressa não só como quantidade, mas também como qualidade técnica e percebida – mediante indicadores apropriados de avanço – e é revisada cada negociação, o financiamento serve para incentivar o estabelecimento e a sustentabilidade dos programas de qualidade dos hospitais.<sup>21</sup>

Em conseqüência, as relações internas do próprio hospital se modificam também porque a gerência do centro tem interesse em estabelecer relação com os diferentes serviços clínicos, empregando a mesma lógica, negociando a atividade esperável e ajustando os incentivos e os elementos decisórios necessários. A gerência, diretamente, ou por meio dos próprios serviços clínicos, esforça-se por dispor de modalidades de vinculação dos profissionais mais flexíveis e de retribuição cada vez mais ligadas à consecução de objetivos previamente pactuados, rompendo com esquemas funcionais puros e escalas salariais demasiadamente rígidas.

Ainda, em alguns casos, as modalidades de vinculação do pessoal variam. Já se têm acumulado algumas experiências, sobretudo em hospitais de nova abertura, em que a gerência é contratada pelo financiador, proprietário de uma empresa privada ou de uma ONG, e esta, por sua vez, contrata o pessoal.

Em outros, uma parte do pessoal (de uma só ou várias categorias, ou de um ou vários serviços clínicos) organiza-se como cooperativa e estabelece seu próprio compromisso de gestão com a gerência do centro. Todas estas experiências devem ser desenhadas cuidadosamente, pactuadas com os implicados, tuteladas de perto em suas fases iniciais, e avaliadas, rigorosamente, nos prazos que se estabeleçam a tal efeito, empregando, para isso, todos ou parte dos princípios reitores e variáveis operacionais descritos anteriormente. Se a avaliação mostra a necessidade de corrigir algum processo, é recomendável fazê-lo, considerando-se o interesse de todos e, em primeiro lugar dos pacientes.

Com relação à quarta característica, as reformas setoriais procuram dotar os hospitais de suficiente autonomia e capacidade de atuação. Ambos os elementos são um requisito de eficiência. O hospital, seja público ou privado, deve cumprir as leis gerais que obrigam às empresas do país onde funcionam e carecem de autonomia a fixar ou a alterar *motu proprio* os termos do compromisso de gestão ou de outros acordos com os financiadores. Porém, dentro desse marco, pode estabelecer sua própria filosofia institucional e nele deve gozar de plena capacidade de manobra para dispor seus recursos da forma mais conveniente para alcançar seus objetivos. Inclusive, trata-se de um hospital privado; este não pode esquecer sua natureza de serviço público integrado em uma rede e seu dever e responsabilidade perante a comunidade que serve.

Em relação à quinta característica, as reformas ressaltam as diferentes dimensões da responsabilidade do hospital ante os demais estabelecimentos da rede e perante a comunidade. Uma dimensão traduz-se no apoio ao atendimento primário de saúde; outra, na participação social em sua gestão; e a última na responsabilidade por suas atuações perante os poderes públicos, administrativos ou judiciais. No primeiro caso, este apoio é prestado, atuando, coordenadamente, com a rede de serviços no melhor interesse dos pacientes e apoiando atividades de saúde comunitária e de formação continuada dos profissionais quando for necessário. Quanto ao segundo caso, cabe consignar a criação de comitês de participação social em numerosos lugares e a vasta experiência acumulada até agora sobre este particular. Em geral, considera-se que estas ações constituem formas de aproximar o hospital à comunidade, uma via para que esta última possa fazer valer seus direitos e um contrapeso efetivo frente ao risco de arbitrariedade.<sup>22</sup> Contudo, tem-se observado que esses comitês tendem a ser mais úteis quando se ocupam das relações do hospital com o entorno do que quando consideram assuntos de gestão cotidiana e que podem ser bons detectores de áreas com problemas, ainda que, dependendo de sua composição, não necessariamente bons elaboradores de soluções. Uma experiência ainda pouco desenvolvida na América Latina e Caribe (que goza de grande tradição no Canadá, nos EUA e em alguns países do norte da Europa) é a mobilização ativa destes comitês para buscar recursos adicionais e de diversas fontes para o hospital. Por último, apesar de ser reconhecido, em alguns países, como um problema emergente, até agora as reformas têm prestado pouca atenção ao tema das conseqüências indesejáveis (má prática) ou inevitáveis da prática médica. Também não se têm documentado experiências relevantes tendentes a diminuir-la ou a encaminhá-la pela via de acordos prévios à via judicial entre as partes.

Por acréscimo, as reformas têm tentado estimular a participação dos trabalhadores do hospital e, em particular, dos clínicos (médicos e enfermeiras) na gestão do centro. As críticas vertidas sobre o esquema tradicional, porque limitavam esta representação a todos ou a uma parte dos chefes ou diretores dos serviços clínicos ou departamentos (quase sempre médicos), têm aberto espaço a modelos de participação, que incorporam ao pessoal de enfermagem e a outros profissionais sanitários no desenho e na manutenção das atividades de formação de pós-graduação ou continuada, em uma ampla rede de comitês ou comissões que zelam pelo funcionamento de diversas áreas ou atividades, bem como nos órgãos de governo do hospital. Isso pode aumentar a efetividade, a qualidade e a eficiência se os gerentes

souberem engajar o critério dos profissionais com os critérios dos pacientes, financiadores, com o resto dos estabelecimentos da rede e da comunidade, e se souberem manter, permanentemente, abertas as vias de informação e diálogo com os profissionais.

Em virtude da sexta e última característica, o hospital deve responder ao critério de efetividade e qualidade. Em vários países, os hospitais e outros estabelecimentos de saúde estão obrigados por lei a colaborar no esclarecimento de qualquer circunstância que tenha produzido, ou possa produzir, danos inevitáveis ou não aos pacientes ou à população que atendem. Sobre este ponto, a elaboração, a adoção e a implantação de protocolos ou de guias de prática clínica, a existência de comitês ou círculos de qualidade e de comitês ou comissões de ética médica, bem como as adoções de códigos de direitos dos pacientes (incluído o do consentimento informado) estão sendo impulsionados em diversos países como mecanismos que podem vincular o fomento da qualidade com a responsabilidade dos hospitais para com os seus pacientes e a sociedade.

Além disso, junto com outros critérios do tipo estrutural e funcional, as características mencionadas foram incluídas em alguns países entre os indicadores empregados pelas autoridades de saúde para a credibilidade geral, para fins docentes, de hospitais públicos e privados. Esta idéia apresenta-se, cada vez mais, não só nos hospitais mas nos serviços clínicos e de apoio, tanto para fins assistenciais (por exemplo, exigindo-se um mínimo de estrutura, processo e resultado para cada um deles e desenhando-se, se for preciso, estratégias de melhoria a prazo fixo ligadas aos contratos programa) como docentes (por exemplo, exigindo-se um número mínimo de participação em foros científicos de diferente tipo de atividades docentes ou de publicações) e investigadores (por exemplo, exigindo-se certos requisitos mínimos para estar de acordo com os fundos públicos de pesquisa). A credibilidade já não se percebe como uma função burocrática ligada só no momento da concessão da licença de abertura com maior freqüência, do exercício da função reitora das autoridades sanitárias para os estabelecimentos de saúde à margem de sua titularidade. Além disso, concebe-se como uma função dinâmica, diversificada em função dos níveis de complexidade e das funções dos estabelecimentos e serviços, e muito vinculada com os programas de melhoria da qualidade.<sup>24</sup> Sobre qualidade, já foi começado a elaborar e a utilizar normas e manuais de âmbito nacional<sup>25,26</sup> e estadual<sup>27</sup>, e o que é mais definitivo, a acumular interessantes experiências em estabelecimentos<sup>28, 29, 30, 31</sup> e no tratamento de doenças concretas.<sup>32</sup>

Por último, porém não menos importante, as reformas têm de facilitar a adaptação do hospital aos efeitos das mudanças tecnológicas e das doenças esperáveis sobre as modalidades de organização, as relações do hospital com o resto da rede de estabelecimentos de saúde e o tratamento clínico. O grau de renovação tecnológica e o redesenho dos hospitais da América Latina e Caribe, como conseqüência dos desafios que demandam a incorporação de novas tecnologias, variam enormemente em função do país, do direcionamento, do tamanho, da missão e das fontes de financiamento dos hospitais. Muitos dos hospitais públicos rurais ou urbanos de pequeno e médio portes subsistem em um ambiente de atraso organizativo ou reconhecida pobreza tecnológica.<sup>33</sup> Entretanto, cada vez mais, hospitais públicos e privados das principais cidades têm iniciado modificações do modelo de atenção similares às dos países desenvolvidos. Entre elas destacam-se a incorporação da telemedicina, a cirurgia ambulatorial ou de curta estada, as unidades de desospitalização, as unidades de cuidados paliativos<sup>34</sup> ou as de atenção geriátrica.

Desde meados dos anos setenta (com a incorporação, entre outras coisas, dos ultrassons e da fibra ótica), os métodos de diagnóstico se vão tornando menos invasivos e mais facilmente aplicáveis de forma ambulatorial. Nos anos oitenta, esta tendência foi reforçada com a aparição de métodos de anestesia

cada vez menos gerais e de cirurgias, progressivamente, menos agressivas. Tudo isso tem reduzido paulatina, porém drasticamente, a necessidade de usar leitos de doentes agudos em benefício destes outros recursos. Tudo parece indicar que esta tendência persistirá no futuro previsível.<sup>35</sup> Não obstante, muitos pacientes continuarão necessitando de serem hospitalizados (por exemplo, os traumatizados e os que padecem de infecções agudas graves, bem como os de idade avançada com reagravamentos de processos crônicos). O desafio, então, é dispor de alternativas válidas e rápidas para transferir o paciente ingressado agudo a unidades deste tipo.<sup>36</sup> O hospital do presente e do futuro deverá prestar crescente atenção à necessária continuidade de cuidados entre as unidades intensivas, de cuidados médios e de cuidados mínimos, localizem-se estas últimas dentro do hospital, em centros de atenção primária ou no domicílio do paciente.

Por outro lado, começa a entrar em vigência um enfoque que tende a situar a análise permanente das características demográficas, epidemiológicas e sociais da demanda de atenção no centro da reflexão estratégica dos sistemas e serviços de saúde e, em conseqüência, dos hospitais. Nesta linha, levam-se a cabo enquetes de domicílios<sup>37</sup> e analisam-se as mudanças das doenças tratadas em hospitais derivados de mudanças do perfil epidemiológico e da existência<sup>38</sup> e as características da oferta de atenção.<sup>39</sup> Porém, ainda se dispõe de poucos dados que indiquem em que medida os resultados destes estudos são usados para orientar ou para reorientar a tomada de decisões.

### **A nova geração de reformas e os hospitais**

Até hoje, as reformas do setor centram-se, principalmente, em mudanças financeiras, estruturais e institucionais dos sistemas de saúde e em reajustes da organização e a administração da atenção à saúde. Muito pouca atenção tem sido dada às melhorias do desempenho do sistema centradas na redução das iniquidades nas condições de saúde e no acesso à atenção à saúde e ao seu financiamento; à redução da desproteção social em saúde; ao aumento da efetividade das intervenções em saúde; à promoção da qualidade da atenção; ao fortalecimento da função reitora das autoridades de saúde; e à melhoria da prática da saúde pública.

A nova geração de reformas para a década que acaba de começar deveria, por conseguinte, reafirmar os critérios reitores definindo objetivos novos. Sem prejuízo das denominações concretas que se adotem em cada caso, cabe prever a presença de oito eixos fundamentais nas futuras agendas de mudança: 1) fortalecer a infra-estrutura, as funções essenciais e a prática da saúde pública, bem como a avaliação dos seus processos e resultados (um dos aspectos mais desatendidos pelas reformas da última década); 2) consolidar a função reitora das autoridades de saúde; 3) ampliar a proteção social no campo da saúde e assegurar o acesso universal aos serviços, à margem de sua capacidade individual de pagamento; 4) propiciar a reorientação de sistemas e serviços de saúde com critérios de promoção da saúde e prevenção da doença, que introduzam as modificações necessárias aos modelos de atenção a fim de prestar serviços com maior integração, e que prestem mais atenção à prevenção e à promoção da saúde; 5) melhorar a qualidade do atendimento; 6) capacitar recursos humanos para sustentar as mudanças mencionadas; 7) assegurar mecanismos de financiamento e de alocação de recursos que sejam eficientes e solidários; e, 8) impulsionar a participação e o controle social nos diferentes níveis do sistema de saúde.<sup>40</sup> O desafio consiste agora em por em prática estas estratégias e alcançar amplo consenso entre todos os atores sobre a importância de sua inclusão na próxima geração de reformas do setor saúde, isto é, incentivar uma mudança que compatibilize equidade com eficiência, uma mudança solidária.

Entre os eixos mencionados, destaca-se a importância que se pretende outorgar aos recursos humanos. É motivo de consenso reconhecer que no setor saúde em geral e nos hospitais em particular, o elemento fundamental é o fator humano, e que os gerentes e administradores costumam queixar-se da falta de motivação generalizada de pessoal, algo em que, periodicamente, coincidem as organizações sindicais e profissionais.<sup>41</sup>

Em relação a este ponto, os hospitais comparam-se com outras organizações sociais complexas; têm características peculiares que é preciso ter em vista,<sup>42</sup> sobretudo em tempos de mudança: 1) são instituições que empregam muitos profissionais que produzem, aplicam, preservam e comunicam conhecimento; portanto, seus gestores deparam-se, diariamente, com o desafio de articular autoridade e conhecimento; 2) para os profissionais hospitalares (como para outros profissionais), são importantes os incentivos econômicos, porém, também os de natureza profissional (prestígio) e de *status* (influência, imagem); 3) em geral, os profissionais sanitários esforçam-se por aprender a trabalhar independente ou autonomamente, a ajudar os outros e a elogiar suas tarefas e sua profissão. Portanto, para motivá-los, convém dispor de incentivos econômicos cada vez mais flexíveis, diversificados e individualizados, baseados em resultados verificáveis e previamente pactuados.<sup>43</sup> Não obstante, mesmo que esta última medida seja necessária, pode não ser suficiente. Para isso, se requer que profissionais e usuários usem uma linguagem clara e compreensível; reconhecer, oportuna e publicamente, os resultados valiosos do trabalho profissional; admitir com franqueza os erros de gestão e corrigi-los, transformando-os em oportunidades de melhoria; estimular a inovação técnica ligada ao desempenho cotidiano, à melhoria do trato aos pacientes e aos familiares e ao fomento das relações interpessoal; consultar, previamente, e disseminar as mudanças na missão, os objetivos, ou os procedimentos gerais da instituição; <sup>44</sup> fomentar as habilidades necessárias para o correto desempenho das tarefas e da promoção profissional; dissuadir de que os comportamentos incorretos não recebam aprovação interna ou externa, e sancionar, pouco e eficazmente, procurando oportunidades alternativas para o sancionado.

Tudo isso exige, ao menos, duas coisas. Em primeiro lugar, exigem-se equipes de gestão capacitadas para solucionar problemas em contextos de crescente complexidade e apreciáveis doses de incerteza. Não bastam ser bons administradores, mas necessitam de diretivas capazes de comunicar e motivar com independência, inclusive em ambientes legais e administrativos e sistemas de distribuição inapropriados. Precisa-se de direcionamento mais capacitado no uso de enfoques probabilísticos e de contingências do que em modelos normativos ou de certezas.<sup>45</sup> Formá-los ao ritmo exigido, provavelmente, seja um dos maiores desafios atuais.<sup>46, 47</sup> Em segundo lugar, que tanto eles quanto o nível diretivo da instituição ou da rede da qual forma parte o hospital seja capaz de conceitualizar e manejar as exigências dos processos de reforma em sua tripla dimensão de mudanças na organização do trabalho, mudanças nas práticas e nos papéis, e mudanças na cultura institucional.<sup>48</sup> Às vezes, utiliza-se do termo *reengenharia* para sintetizar este enfoque de mudança. Tal conceito combina uma lógica de análise por processos, uma mudança drástica na concepção da organização como suporte crítico para o redesenho.<sup>49</sup> Este enfoque tem sido criticado por quem faz frente à crise estrutural financeira da maior parte dos hospitais da América Latina e Caribe e, aos desafios futuros, existem estratégias mais prioritárias, como a integração do hospital no modelo local de atenção, a descentralização da gestão, a capacitação dos recursos humanos, a incorporação de esquemas de garantia da qualidade, a incorporação racional de novas tecnologias e o resgate das menos adotadas na atualidade.<sup>50</sup>

Talvez seja preciso uma sábia mistura de ambos os enfoques. Em todo o caso, parece existir certo acordo em que a orientação dos hospitais do século XXI deverá situar os usuários no centro de um triângulo cujos vértices ocupariam os profissionais da saúde e outros trabalhadores do setor, os financiadores da instituição e os gestores capazes de manter os equilíbrios que, em cada momento, melhor facilitem o cumprimento da missão e dos objetivos institucionais.

### **Os princípios reitores como eixos orientadores da reforma da gestão do hospital**

De acordo com todo o exposto, este livro tenta colocar o hospital no mesmo ritmo das profundas mudanças que se estão produzindo nos hospitais de saúde dos países da América Latina e Caribe. Concretamente, tenta-se apoiar os responsáveis na tomada de decisões em hospitais, localizar suas tarefas como parte integrante das agendas de mudança setorial, bem como traduzir os conceitos gerais e sistemáticos ao âmbito hospitalar.

Os critérios ou eixos condutores da nova gestão hospitalar na década que se inicia podem ser descritos da seguinte forma: por um lado, elementos que se convertem em pilares essenciais da nova missão hospitalar, tais como orientação ao usuário, melhoria contínua da procura da excelência e autonomia responsável no contexto de coordenação e integração em redes e, por outro, elementos estratégicos do entorno que, em grande medida, condicionam ou modulam a mudança hospitalar como gestão contratual pluralismo financeiro, participação social e transparência e responsabilidade. Estes eixos encontram-se muito relacionados entre si e podem funcionar como princípios reitores para equilibrar a orientação das reformas hospitalares apresentadas ou em curso. Assim, a reforma hospitalar ideal seria aquela que permitisse que os hospitais melhorassem em todos eles. Nenhuma reforma deveria se opor a nenhum deles.

A responsabilidade e a transparência na gestão hospitalar permitem legitimar perante a comunidade as mudanças que estejam sendo produzidas. Assim, mesmo tal responsabilidade, unida a fórmulas adequadas de coordenação ou integração na rede com outros estabelecimentos, dá sustento no nível de autonomia desejável. O melhoramento contínuo da qualidade exige a participação social, e esta última não é crível nem sustentável sem mudanças reais nos modelos de gestão. A gestão contratual e o pluralismo financeiro logram plenamente seus objetivos enquanto instrumentos para gerar incentivos adequados destinados a conseguir melhores resultados sanitários e melhor qualidade nos hospitais. Por exemplo, a gerência de um hospital, preocupada tão só por introduzir novos mecanismos de gestão e diversificar suas fontes de financiamento, pode esquecer o papel essencial que ocupam a transparência e a responsabilidade, tanto dos profissionais que nele trabalham quanto da comunidade à qual serve, e enfrentar sérios problemas de legitimidade por isso.

Por outro lado, promover uma reforma que outorgue a autonomia desejável ao hospital público sem que existam mecanismos para garantir a responsabilidade nem adequadas fórmulas de coordenação ou integração com os estabelecimentos de saúde de sua rede de pertinência seria uma opção que, finalmente, poderia comprometer os fins do hospital. Alternativamente, aumentar a participação social sem modificar os modelos de atendimento nem estar disposto a introduzir mudanças nas formas de atender aos pacientes pode originar conflitos insolúveis ou fomentar a desmoralização. Inclusive, o princípio de pluralismo financeiro para os hospitais públicos se tem definido desde óticas em sintonia com a esfera social sempre que a procura e o manejo do financiamento privado pelo hospital público não arrisquem seus objetivos de solidariedade e equidade. Os seguintes capítulos do livro gravitam de uma forma ou outra em torno destes critérios ou eixos condutores tão intimamente relacionados entre si.

## Bibliografia

- 1 Anônimo. *La salud como derecho humano en el derecho internacional*. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):645-650.
- 3 Roehmer M. *El derecho a la atención de la salud*. En: Fuenzalida H, Scholle S, eds. *El derecho a la salud en las Américas*. Estudio constitucional comparado. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde; 1989:19-20. (Publicação científica No. 509.)
- 4 Mesa Lago C. *Social Security and prospects for equity in Latin America*. Washington, DC: World Bank; 1991. (Discussion Paper No. 140.)
- 5 Mesa Lago C. *Health Care for the poor in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992. (Scientific publication No. 539.)
- 6 Organização Internacional do Trabalho, Organização Pan-Americana da Saúde. *Panorama da exclusão da proteção social em saúde na América Latina e o Caribe*. Reunião Regional tripartite da OIT com a colaboração da OPS. Apresentado no México, DF, de 29 de novembro a 1 de dezembro, 1999. (Documento mimeografado.)
- 7 Rosenberg H, Andersson B. *Extensión de la protección social em salud*. Ver Panam Saúde Pública 2000; 8:118-125.
- 10 Organização Pan-Americana da Saúde. *Programa de Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde*. Lineamientos para a elaboração de perfis de los sistemas de servicios de salud em los países de la Región. Washington, DC: OPS; 1998. (Documento mimeografado.)
- 12 McPake B, Kutzin J. *Methods for evaluating effects of health reforms*. Geneva: World Health Organization; 1997:37. (Current Concern Series, ARA paper No. 13, WHO/ARA/CC97.3.)m
- 13 Fundação ISALUD. *Reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Buenos Aires: Fundação ISALUD; 1998:5-8. (Documento mimeografado.)
- 14 Partnership for health sector reform. *Measuring health system performance: a handbook of indicators*. Washington, DC: Partnership for health sector reform; 1997. (Documento mimeografado.)
- 15 Infante A, de la Mata J, López Acuña D. Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación tendencias. *Rev Panam Saúde Pública* 2000; 8(1 e 2):13-19.
- 16 Arroyo J. *O processo do setor da saúde 1990-1995: colapso operativo e reforma sanitária silenciosa*. Na Fac Méd (Lima) 1996;57:188-195.
- 17 Organização Pan-Americana da Saúde. *Las condiciones de salud en las Américas*. Vol. I. Washington, DC: OPS; 1994:352-360.
- 18 Ministério da Saúde, Santiago do Chile. *Sistematización de estudios de red asistencial*. Informe de país. Santiago do Chile: Departamento de Rede Assistencial, Divisão de Investimento e Desenvolvimento da rede Assistencial; 1999.
- 19 Organização Pan-Americana da Saúde, Programa de Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde. *Lineamentos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud*. Washington, DC: OPS; 1998. (Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 3.)
- 20 Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Organização Pan-Americana da Saúde. *Iniciativa reforma do setor da saúde*. Relatório. Foro regional sobre mecanismos de pago a provedores. Apresentado em Lima, Peru, de 16 a 17 de novembro de 1998. Washington, DC: USAID, OPS; 1999. (Documento mimeografado.)
- 21 Caixa Costa-riquense de Seguro Social. O compromisso da gestão: teoria e evidencia. *Rev Ciência Administr Finan Seguro Social* 1997; 5:25-30.
- 22 Virgolini M, coord. *Mesa redonda sobre participação social: estratégias para a transformação*. En: Fundação ISALUD. O hospital na reforma. II Encontro Nacional de Hospitais. Buenos Aires: Fundação ISALUD; 1998:85-101.

- 24 Organização Pan-Americana da Saúde. *A cooperação da OPAS ante os programas nacionais de garantia de qualidade dos serviços de saúde*. En: Ministério da Saúde da Argentina. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião regional sobre os programas de garantia de qualidade dos serviços de saúde no marco da reforma setorial. Apresentado em Buenos Aires, de 17 a 19 de novembro de 1997.
- 25 Ministério da Saúde. Intendência Nacional da Saúde, Manágua. *Manual de funcionamento do comitê de avaliação de qualidade nos hospitais do Ministério da Saúde*. Manágua: Ministério da Saúde; 1996.
- 26 Secretaria Nacional de Saúde, La Paz. Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual de acreditação de hospitais da Bolívia*. La Paz: Secretaria Nacional de Saúde; 1994.
- 27 Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, São Paulo. *Controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar do estado de São Paulo: manual de orientação aos participantes*. São Paulo: Atheneu; 1998.
- 28 Ruelas E, Reyes H, Zurita B, Vidal LM, Karchmer S. *Círculos de qualidade como estratégia de um programa de garantia de qualidade da atenção médica no Instituto Nacional de Perinatologia*. Saúde Pública (México) 1990; 32:207-220.
- 29 Magluta C. *Identificação de mortes evitáveis em um hospital materno-infantil*. [Tese de mestrado.] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1992.
- 30 Kotaka F, Pacheco ML, Higaki Y. *Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo*. Ver Saúde Pública 1997; 31: 171- 177.
- 31 Artaza O, et al. *Hospital Luis Calvo Mackenna: a qualidade e a satisfação usuária, pilares estratégicos da mudança*. Cad Méd Soc (Santiago do Chile) 1997; 38: 41- 47.
- 32 Martínez A, Gray C, García de Alba J, Reyes S. *O desenho de critérios de manejo do paciente diabético como estratégia de garantia de qualidade*. Cad Saúde Pública 1996; 12: 483- 487.
- 33 As diversas estratégias e o diferente ritmo de adaptação às mudanças tecnológicas e organizativas dos hospitais pequenos e medianos, particularmente dos situados no meio rural, é também um tema de reflexão e análise nos países desenvolvidos. Em relação aos EUA veja, por exemplo: Trinh HQ. *Are rural hospitals "strategic"?* Health Care Management Rev 1999; 24:42-54.
- 34 Valentín V, Murillo M, Royo D. Alternativas no modelo de atenção ao paciente em fase terminal. *Rev Administr Sanit (Madri)* 1999; 3: 147-162.
- 35 González G, coordenador. *Os hospitais ante a reforma*. En: Fundação ISALUD. O hospital na reforma. II Encontro Nacional de Hospitais. Buenos: Fundação ISALUD; 1998: 129-153.
- 36 Colomer J, González JI. *Alternativas à hospitalização: uma resposta lógica ao aumento da demanda de serviços de saúde*. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. Gestão sanitária: inovações e desafios. Barcelona: Merck, Sharp and Some, Masson, S.A.; 1998:359-401.
- 37 Ministério da Saúde, Manágua, Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Estudo de demanda de serviços de saúde*. Nicarágua, 1995. Enquete de Lares. Manágua: Ministério da Saúde; 1995.
- 38 Lancman S. *Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil*. Cad Saúde Pública 1997; 93-102.
- 39 Arroyo J. *Automatização hospitalar e deslocamentos da demanda de atenção: Lima 1988-1997*. Lima: Universidade Pública Cayetano Heredia; 1997.
- 40 López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín JM, Zeballos JL. *Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones*. *Rev Panam Saúde Pública* 2000; 8(1 e 2): 147-150.
- 41 National Health Service Consultants' Association. *Low morale in the British National Health Service (NHS): The causes and some proposals for improvement. A paper prepared by the NHS Consultant's Association at the invitation of the Rt. Hon. Stephen Dorell, Conservative Secretary of the State for Health*. *J Public Health Pol* 1996; 20: 133-137.

- 42 Costa M, López E. *Motivação e trabalho em equipe: tarefa cardinal na gestão*. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestão sanitária: inovações e desafios*. Barcelona: Merck, Sharp and Dome, Masson, S.A.; 1998: 313-332.
- 43 O último efeito dos incentivos financeiros sobre o comportamento dos profissionais da saúde é complexo e depende não só das características dos incentivos em si senão de outros fatores entre os que se podem mencionar o marco de valores, o modelo organizativo, e o momento e a forma em que os incentivos se administram. Veja, por exemplo, Magnus SA. *Physician's financial incentives in the five dimensions*. *Health Care Management Rev* 1999; 24:57-72.
- 44 Quem está interessado em conhecer uma avaliação de 10 anos de experiência na aplicação dos conceitos de missão e visão à gestão de 103 organizações sanitárias canadenses sem ânimo de lucro (hospitais em sua maioria) pode consultar: Bart CK, Tabone JC. *Mission statement, content and hospital performance in the Canadian Not-for Profit Health Care Sector*. *Health Care Management Rev* 1999; 24:18-29.
- 45 Peters JH. *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson, S.A.; 1989.
- 46 Organização Pan-Americana da Saúde, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde. II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública. [Informe.] Apresentado em México, DF, de 11 a 13 de novembro de 1998. Washington DC, Organização Pan-Americana da Saúde, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde; 1999. (Documento mimeografado.)
- 47 Repullo JR, Oteo LA. *Reformas y formación de directivos sanitarios*. *Rev Administr Sanit (Madri)* 1999; 3:109-124. [<http://www.dinarte.es/ras>]
- 48 Artaza O, Montt J, Vasquez C. *Estructura de recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio*. *Rev. Saúde Pública* 1997; 2:342-351.
- 49 Oteo LA, Hernández JF. *Rediseño de organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica*. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Merck, Sharp and Dome, Masson, S.A.; 1998:433-458.
- 50 Novaes HM. *Revisão Conceitual: ¿estarán preparados los hospitales latinoamericanos y del Caribe para la reingeniería?* *Educ Méd Salud* 1995; 29(3 e 4):304-320.

## Capítulo 3

# O hospital no sistema de saúde

Compreender, totalmente, o futuro da gestão hospitalar não é possível sem um conhecimento amplo dos processos políticos e sociais dos países da Região das Américas, da forma como transcorrem neles os processos de desenvolvimento, implantam suas políticas sociais e estabelecem acordos com os diversos atores que exercem alguns impactos nas condições de saúde, como desenham e executam as políticas públicas de saúde e organizam as diferentes ações e as entidades responsáveis por tais políticas. Neste contexto sistêmico e histórico, o hospital, considerado ator importante, porém não único, está obrigado não só a modificar sua disposição interna, mas também a modificar a forma como se relaciona com o resto dos atores.

Neste capítulo, são descritas as evoluções dos modelos de atenção e dos sistemas de saúde, e, levando em conta a sua dinâmica, a forma como o hospital do presente e do futuro deve olhar para uma antiga fortaleza da saúde pública: as redes de atenção.

## Modelos de atenção e sistemas de saúde

O modelo de atenção à saúde da população é a forma como a sociedade, ante os determinantes sociais e biológicos da saúde, organiza seus recursos humanos, tecnológicos e materiais para afrontar, integralmente, os riscos da saúde e proporcionar os serviços de fomento, prevenção e de atenção médica, incluindo aquelas modalidades informais de atenção à saúde estabelecidas pela própria comunidade.

O modelo de atenção determina a forma de organização dos sistemas de saúde – nível de atenção primária, secundária e terciária – e influi nas modalidades de atenção (ambulatorial e de internação), no perfil dos recursos humanos que proporcionam a atenção (especialistas, médicos de família, enfermeiras, etc.), em seu estilo de trabalho e o tipo de serviços que proverão, por nível, as relações entre estes e os usuários, na participação comunitária, na coordenação intersetorial e nos mecanismos de financiamento.<sup>1</sup>

Parte do debate sobre o modelo de atenção surge de fortes pressões para conter o gasto hospitalar, com o qual atende a apenas entre 10% e 20% da população, apesar de que constituem, aproximadamente, dois terços do orçamento de saúde. Daí surge a necessidade de efetuar uma mudança que converta os serviços de saúde em sistemas mais efetivos em função dos custos mais equitativos e mais acessíveis. Estas pressões, inicialmente mais intensas no mundo econômico do que no sanitário, têm manifestado a necessidade de reforçar a estratégia de antecipar o dano à saúde por meio do fomento e da prevenção, e de que os serviços de saúde prestem, tanto como for possível, atenção ambulatorial, em centros de saúde próximos ao lar das pessoas e com capacidade para resolver o maior número de problemas de saúde possível, evitando, desta forma, tratamentos desnecessários e, especialmente, a hospitalização.

Em geral, o modelo de atenção e, particularmente, a forma em que se organizam as prestações médicas, têm-se regido muito pela oferta e a estimativa de necessidades supostas. Recentemente, observa-se uma tendência a deixar que seja a demanda que determine a organização dos serviços, a introdução de mecanismos de mercado, como a competência, e a que o dinheiro acompanhe o paciente. Tais mudanças, à margem de gerar grande controvérsia na Região das Américas, têm produzido efeitos cuja evolução ainda não tem sido totalmente esclarecida. Existe consenso quanto às limitações e as imperfeições que tem o *mercado* da saúde, sobretudo quando não se tem desenvolvido, adequadamente, a capacidade para exercer as funções reitora e reguladora do Estado. Sem exercer tais funções, a introdução de mecanismos de mercado pode redundar em prejuízo da equidade e em detrimento da efetividade sanitária, sem que se tenham obtido a eficiência e a satisfação desejadas pelas pessoas.

Modificar o modelo de atenção à saúde é uma tarefa complexa, pois implica mudar os conteúdos da atenção à saúde, as práticas de trabalho, a distribuição dos recursos de investimento e as pessoas e suas competências nos sistemas de saúde, nas normas que regem o funcionamento do setor e nas relações entre os diferentes componentes do sistema, que têm funcionado durante décadas.

Os países da Região tentam modificar tais modelos como resposta às mudanças epidemiológicas, demográficas, culturais e tecnológicas que se têm produzido nas últimas décadas, bem como pelas pressões de caráter econômico. Entre alguns dos elementos de mudança destacam-se os seguintes: a necessidade de dispor de sistemas sociais solidários para a proteção financeira eqüitativa de todas as pessoas; a necessidade de priorizar o fomento da saúde e a prevenção da doença e de comprometer nisso o conjunto da sociedade; a importância destacada da atenção ambulatorial baseada no modelo biopsicosocial; a vontade de co-responsabilizar as pessoas e as comunidades na implantação e no controle de políticas e estratégias de saúde e a necessidade de melhorar as competências dos governos em âmbitos, tais como a descentralização, a reitoria, a regulação dos sistemas de atenção e de integrar, cooperativamente, todos os agentes nos objetivos públicos de saúde.

O modelo de atenção deve organizar a prestação de serviços a partir da pessoa, de sua família e de seu entorno comunitário, isto é, a partir de uma base local. Como o modelo se fundamenta nos problemas de saúde e nas necessidades das pessoas, não deve organizar a prestação em níveis rígidos e segmentados de atenção, mas em redes que incluam os hospitais como um membro que atua junto com diversas entidades igualmente relevantes. Esta visão precisa de uma análise funcional da organização da prestação de serviços de saúde que implique a identificação dos problemas de saúde e as expectativas das pessoas, o papel que devem desempenhar estas últimas, as organizações sociais, os governos locais e o hospital no contexto de uma rede de atenção. Sobre estes referentes, o conceito de redes de serviços de saúde tem questionado o antigo e obsoleto paradigma segundo o qual o hospital era em princípio, praticamente, a única entidade prestadora de serviços de atenção à saúde e, posteriormente, o eixo do sistema de saúde.

### **Os sistemas de saúde**

A posição que ocupam os hospitais nos sistemas de saúde tem sido determinada por um modelo de atenção histórico, biomédico e curativo, e por uma cultura de auto-suficiência por ser, junto com o médico, a instituição com mais poder que desempenhava um papel modulador e hegemônico do sistema sanitário.

Dada a necessidade de proporcionar melhores serviços de atenção e de racionalizar os custos, começa-se a debater a função do hospital no contexto de uma organização da prestação de serviços, na qual participa uma crescente pluralidade de entidades e se empreendem numerosas atividades, com o objetivo de procurar respostas mais flexíveis e adaptadas às necessidades e às demandas das pessoas e das comunidades.

Os sistemas de saúde estão formados por todas as pessoas e entidades cujo objetivo principal, ainda que não único, é melhorar as condições de saúde. Os diversos atores que participam deles deveriam estar integrados, ao menos coordenados, algo que, com freqüência, não ocorre. A realidade da Região mostra níveis de segmentação e desintegração de grande profundidade. Assim, os países nem sempre têm tido a capacidade de definir e implantar políticas públicas e nacionais de saúde. Outros objetivos destacados são também a eqüidade no alcance dessas melhorias e a capacidade do sistema para dar

resposta não só às necessidades percebidas de saúde, mas também a variadas aspirações do cidadão no âmbito do respeito a sua dignidade, autonomia e direitos.

Os sistemas de saúde, após serem considerados entidades simples e de escassa efetividade, durante o século passado experimentaram um crescimento extraordinário, mesmo sem terem empregado todo o seu potencial para melhorar a saúde. Este último é motivo de forte controvérsia e tem sido apontado como causa principal – mais importante que a insuficiência de recursos – das falhas na forma em que os sistemas se organizam, modelam suas estratégias e priorizam suas ações. Portanto, os sistemas de saúde podem desperdiçar parte de seu potencial como consequência de deficiências em sua estrutura, gestão e organização e de seu financiamento inadequado.

### **A saúde e os sistemas de atenção**

Nos países da Região, a saúde é um bem de caráter social. À semelhança da educação, a saúde contribui, notavelmente, no desenvolvimento do capital humano e é um fator-chave no desenvolvimento sustentável das sociedades.

No contexto de um sistema de saúde, as pessoas não podem reduzir seu papel ao de meros consumidores, pois compartilham a responsabilidade de sua saúde, não só ao adotar hábitos saudáveis ou ao acatar as recomendações dos profissionais sanitários, mas também pelo o fato de gerar determinantes de sua saúde. As condições de saúde também dependem de que se alcance um equilíbrio entre autonomia, liberdade e bem comum, e entre a ação e a participação do Estado, das pessoas e da sociedade civil.

Os sistemas de saúde têm sido objeto de uma ampla controvérsia sobre se a saúde é consequência do desenvolvimento ou se este último só é possível em populações sanas. Desses debates, desprende-se a idéia, entre outras, de que a responsabilidade da saúde parece depender, exclusivamente, dos trabalhadores sanitários, idéia esta que se contrapõe ao fato de que eles só são um elemento a mais da rede de fatores de que depende a saúde. O sistema de saúde pode abarcar, praticamente, todos o afazeres humanos ou, de um ponto de vista mais restrito, tudo o que é diretamente relacionado com a prestação de serviços de atenção à saúde.

Hoje, sob a perspectiva dos governos, os sistemas de saúde não só têm que contribuir para melhorar a saúde da população em resposta a suas expectativas, mas também a fomentar a competitividade dos países, a fim de alcançar os melhores resultados de saúde com os recursos disponíveis. As condições de saúde precárias aumentam os custos financeiros e afetam a produtividade; a atenção sanitária deficiente traz custos políticos e o gasto excessivo reduz a competência.

O debate sobre os sistemas de saúde e sua contribuição ao bem-estar dos países não está finalizado e alentará controvérsias durante muitos anos. Contudo, reconhece-se que tais sistemas são responsáveis por boa parte do progresso sanitário alcançado em décadas recentes. Este progresso está longe de ser uniforme entre os países, inclusive entre aqueles com níveis similares de ganho e gasto em saúde.

### **As ações dos sistemas de saúde**

Os sistemas de saúde, além da organização da prestação de serviços de atenção médica, incluem intervenções coletivas ou de saúde pública, como a promoção de estilos de vida saudáveis, vacinações,

campanhas sanitárias e intervenções sobre o ambiente. Estas ações, que beneficiam a toda a população, têm sido chamadas de *bens públicos*, para distingui-los dos serviços pessoais, ou *bens privados*. Mesmo que estes últimos representem para a população uma obtenção de saúde a custos elevados, não podem deixar de ser provistos. Nos últimos anos, tem-se atentado para benefícios de ações que são empreendidas pelos sistemas de saúde em outros setores, como as propiciadas no campo da educação e da moradia e, especialmente, naquelas de natureza setorial que traduzem estratégias coerentes e persistentes, que comprometem a liderança das autoridades locais e que conseguem a participação da cidadania.

A separação das atividades dos sistemas de atenção à saúde em bens públicos e privados advém de uma linguagem mais econômica do que sanitária e apesar de ser ainda muito controversa, tem sido incorporada no jargão dos serviços de saúde com a vantagem de estar aportando idéias ao debate atual que gira em torno dos conteúdos, prioridades e estratégias de promoção e fomento da saúde e tratamento e reabilitação da doença. Estas áreas de atuação, junto com a forma como se organiza a prestação dos serviços, conformam, entre outros elementos, novos modelos de atenção sanitária. Nos últimos anos, tais modelos têm experimentado profundas mudanças e têm sido avaliados.

### **Os sistemas de saúde da América Latina e Caribe**

Os sistemas de saúde da Região, com diferentes bases, originaram-se a partir de pressões econômicas e demandas sociais e caracterizam-se por sua importante segmentação e fortes desigualdades quanto a sua cobertura e qualidade. O âmbito público (estatal ou municipal) de prestação destinada aos segmentos mais pobres da população tem crescido sem os adequados incentivos necessários para aumentar a cobertura e a eficiência, e os custos incorridos não têm sido proporcionais aos resultados observados. Por sua parte, o âmbito privado, que atende aos segmentos de maior nível econômico da sociedade, tem-se desenvolvido na ausência de mecanismos adequados de regulação dirigidos a reduzir o impacto negativo das imperfeições do mercado.

Em diferentes ocasiões, questiona-se a utilidade dos esforços realizados para elaborar diversas classificações dos sistemas de saúde existentes.<sup>2</sup> A partir de uma análise da estrutura e da dinâmica do setor saúde na Região, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)<sup>3</sup> classificou, com fins descritivos, os sistemas regionais em quatro categorias básicas: sistemas segmentados, sistemas intensivos no uso de contratos, sistemas públicos integrados e sistemas públicos administradores de contratos. Nos países da Região, a característica destes sistemas é a dificuldade de inseri-los em uma dessas categorias. Em todo o caso, o mais comum são as deficiências em marcos regulatórios comuns no desenvolvimento de relações funcionais e contratuais entre setores institucionais, na focalização dos mais pobres, na existência de brechas de cobertura, equidade e eficiência, e em uma insuficiente capacidade para avaliar as insuficiências do desempenho geral do sistema de saúde.

As tentativas para organizar numerosos setores institucionais em um âmbito integrado, regulado e orgânico, requererá organizar e integrar a pluralidade e evitar assim os extremos do monopólio no subsector público e a atomização anárquica no privado. Na procura de sistemas de saúde equitativos, solidários e eficientes, surge a necessidade de estruturar a diversidade. Com tal fim, têm sido propostas políticas públicas de saúde, compra estratégica de provedores, organização de provedores públicos e privados em redes integradas de atenção, regulação da qualidade, regras de jogo comuns e transparentes e transferência de poder a pessoas e a comunidades locais.

## A organização de sistemas de atenção à saúde

Os serviços de atenção à saúde podem se organizar de diferentes formas: como sistemas estruturados, como prestadores relacionados funcionalmente em virtude de seus processos produtivos ou por meio de diversas formas de relação estabelecidas, exclusivamente, em função de elementos conjunturais. Os primeiros têm tido claras vantagens na hora de conter custos, porém, arriscam-se a *capturar* grupos de interesse e costumam ser questionado por sua rigidez, sua reduzida eficiência e sua limitada capacidade de resposta às necessidades de seus usuários. Os segundos têm flexibilidade e capacidade de inovação, mas apresentam a desvantagem de expor as pessoas aos riscos financeiros da doença e a sociedade ao risco de aumentos de custos sem correlação de efetividade, a menos que existam adequados ajustes financeiros, incentivos efetivos e capacidade de regulação para minimizar tais inconvenientes.

## Competência frente à cooperação

Os serviços de atenção à saúde podem adotar uma configuração mais dispersa e competitiva ou mais concentrada na procura dos benefícios das economias de escala. Os extremos de tal configuração têm inconvenientes. Por um lado, a rigidez burocrática e a perda de capacidade de resposta; por outro, a redução da efetividade, a conseqüência da segmentação e a fragmentação. A isso se deve acrescentar que hoje em dia muitos países procuram a fórmula que permita harmonizar flexibilidade e autonomia, para incentivar a criatividade, a inovação, a eficiência e a capacidade de resposta ao usuário, junto com a possibilidade de cooperar em rede para otimizar a capacidade do sistema de alcançar melhores resultados em saúde com determinado nível de recursos.

Na procura deste equilíbrio, pensa-se conferir autonomia de decisão ao hospital – tema que se abordará em detalhe nos próximos capítulos – e equilibrá-la com a responsabilidade de cumprir objetivos de saúde e realizar uma gestão transparente e com a capacidade dos usuários de exercer parte do controle social.

Tem-se debatido se a autonomia de gestão é compatível com uma configuração em rede. Os defensores de tal proposta impõem restrição à autonomia concedida ao administrador da rede na produção de mudanças e modificação de objetivos em cada ponto da mesma. Além disso, procura-se desenvolver incentivos coerentes que estimulem mais a cooperação do que a competência, mais os resultados em saúde do que o mero aumento de atividade. Mesmo assim, deve-se atentar para a proteção financeira das pessoas em maior risco e com menos recursos e pela manutenção da oferta de caráter estratégico. Quando há autonomia em um mercado desregulado, cabe esperar que sobreviva o mais eficiente e que aqueles estabelecimentos ineficientes e de má qualidade se vejam obrigados a fechar. No entanto, esta última possibilidade nem sempre é possível e muito menos conveniente, sobretudo na Região, devido a suas peculiaridades geográficas e sociais. Por isso, nem sempre é questionável manter subsídios à oferta, ao menos na situação atual da Região.

Neste contexto, os hospitais apresentam-se como a organização mais complexa, que participa na prestação de serviços de saúde. Suas funções têm atravessado um período de rápidas mudanças à medida que o modelo de atenção tem alterado o equilíbrio entre a atenção de pacientes hospitalizados e a atenção ambulatorial, e que têm aumentado as pressões financeiras. Portanto, a questão mais difícil é encontrar a forma de integrar os serviços hospitalares no seio do sistema de saúde, o qual está alterando, definitivamente, a posição que estes nele ocupam.

## Funções-chave para reverter a segmentação e a desintegração

O sistema de prestação de serviços de atenção na Região está, no geral, muito fragmentado, o que repercute na efetividade e na equidade. Tal fragmentação é produto de uma pluralidade histórica mal articulada ou de políticas de descentralização que não têm podido transitar, adequadamente, do controle hierárquico à integração regulada.

A função reitora do sistema de atenção de saúde dá competência à autoridade sanitária e inclui a regulação da prestação de serviços, especialmente no âmbito da qualidade. No cumprimento desta função central, os governos não podem esquecer-se da formulação de políticas de formação e do desenvolvimento do recurso humano, de investimento, de introdução de tecnologias efetivas de custo e de pesquisa científica. A tarefa de harmonizar as estruturas, os recursos disponíveis, os incentivos organizativos com os objetivos globais das políticas públicas é outra das funções-chave de reitoria, que não se deve deixar ao arbítrio exclusivo dos provedores de serviços. A debilidade que mostram algumas autoridades sanitárias no cumprimento de tais funções é, em grande medida, responsável pela segmentação e pela fragmentação dos sistemas de saúde da Região, nos quais os diversos agentes estatais e privados não compartilham normas e enfrentam sérias dificuldades de cooperação entre eles, em detrimento da qualidade de atenção. O cumprimento das tarefas descritas obriga a modificar os âmbitos de atuação dos hospitais da Região, desenhar políticas, priorizar atividades, transformar estas prioridades em incentivos de caráter estratégico, exigir o cumprimento de políticas e modificar, substancialmente, os processos dos prestadores. Tudo isso explica, em parte, a rápida mudança de posição que se está observando nos hospitais da Região nos últimos anos.

## O desafio da organização da cooperação

Atualmente, o hospital enfrenta o desafio de exercer a *prática cooperativa*. O centrismo do hospital e a compartimentalização excessiva do hospital devem ceder seu espaço ao hospital que dê valor ao conjunto da rede de serviços e coopere, eficazmente, com seus usuários (internos e externos) antes e depois da hospitalização. Esta evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos desnecessários tributários da compartimentalização do hospital e de outras estruturas de atenção à saúde. O objetivo da integração do hospital em uma rede de serviços é coordenar melhor a cadeia de serviços que os profissionais devem oferecer aos pacientes.

A função tradicional do hospital era atender, em um leito institucional, a pessoas doentes, isto é, prestar um serviço, eminentemente, curativo. A necessidade crescente de se desenvolver atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde e, sobretudo, de desenvolver opções frente à hospitalização, pressionam, fortemente, a cultura hospitalar tradicional. Em benefício da qualidade da atenção, da luta contra as infecções hospitalares e contra outros riscos da hospitalização, e sob fortes pressões financeiras, os hospitais vêem-se forçados a orientar a sua atividade para a atenção ambulatorial, recorrendo menos à hospitalização e, em conseqüência, reduzindo o número de leitos.

Este movimento de procura de opções frente à hospitalização e de eliminação da fragmentação persistirá sob a influência do progresso das tecnologias médicas e frente à necessidade imperiosa de controlar o gasto e aumentar a qualidade dos serviços sanitários. Esta corrente, reforçada pela necessidade de potencializar redes de serviços, põe em dúvida a missão e as funções tradicionais do hospital. Em vista das mudanças no modelo de atenção e o grau de diversificação das modalidades de intervenção, já não

se pode contemplar o hospital como a *cúspide* do sistema sanitário. O hospital está perdendo suas fronteiras tradicionais e mudando sua posição no sistema de saúde. Já não é possível concebê-lo senão como integrante de uma *rede de serviços*, um conceito que ganha protagonismo com grande avanço em planejamento sanitário.<sup>4</sup>

### As razões da mudança de posição do hospital

Os desafios que enfrentam os hospitais para cooperar em rede obrigam-nos a reformular a posição que ocupam no sistema de saúde. O desenvolvimento hospitalar, com frequência, está determinado por influências e pressões de grupos médicos, pela capacidade de *lobby* político de certos especialistas ou líderes sanitários. Tal estilo de desenvolvimento é, hoje em dia, insustentável e está dando lugar ao desenvolvimento baseado em evidências (*evidence based*) e em critérios de efetividade do custo social. Com relação a este último aspecto, o foco de atenção tem passado do leito e do caso individual (visão ética individual) para populações e decisões tomadas sobre a base de critérios de efetividade dos custos (visão ética social). O mesmo ocorre em relação à introdução de tecnologias médicas nos hospitais: antes introduzidas por pressões da indústria e do mercado, por meio dos grupos médicos; hoje se elaboram protocolos, caminhos críticos para o diagnóstico e o tratamento baseados no conhecimento verificável, com o qual se pretende diminuir a variação injustificada na prática clínica e a relacionar o uso das tecnologias com seu impacto social. Estas mudanças afetam, sem dúvida, a forma como se contempla o hospital e a posição que este ocupa no sistema de saúde. Os processos hospitalares estão cada vez mais determinados ao exterior, e esses determinantes podem se resumir nos cinco itens seguintes.

1. Os hospitais recebem requerimentos de produção assistencial cada vez mais explícitos do sistema de saúde. Já não é o hospital que decide e define por si próprio sua oferta de serviços e que depois cobra por isso. A tendência observada na atualidade mostra que agências nacionais ou territoriais traduzem prioridades sanitárias (planos de saúde) em mecanismos de pagamento que determinam os processos produtivos hospitalares.
2. As mudanças no âmbito do financiamento e nos mecanismos de pagamento tendem a mostrar-se às redes de atenção como o novo cliente do hospital. O centro de tais redes já não é o hospital, mas diversas portas de entrada que atuam como ordenadores e desenhistas do conjunto do sistema.
3. As mudanças no modelo de atenção nos hospitais da Região destacam-se na antecipação do dano e no acercamento da saúde ao *habitat* das pessoas, o que se reflete no desenvolvimento de atividades fora do hospital e em que existam mais dispositivos diferentes dos hospitalares, tais como centros ambulatoriais de saúde, diagnósticos e terapêuticos ou estabelecimentos comunitários para o tratamento de pacientes crônicos ou deficientes. Além disso, as mudanças de modelo questionam que a alta complexidade tecnológica só se encontre no hospital, já que hoje em dia muitos centros ambulatoriais estão dotados de tecnologias médicas complexas.
4. Há anos, o ensino das ciências da saúde dava-se quase exclusivamente no hospital. Atualmente, o ensino também se dá em centros ambulatoriais, o qual questiona o paradigma docente de antes, segundo o qual a atividade docente e assistencial devia transcorrer em torno do leito hospitalar.
5. A necessidade de melhorar as razões da efetividade dos custos e os níveis de satisfação dos usuários obrigam a regular mais as atividades hospitalares. Para isso, estão se criando agências governamentais ou independentes, com o intuito de se avaliar tais atividades desde o exterior do hospital.

O critério de efetividade social aplica-se às redes de um território e tem a ver com o desenho e a implantação de sistemas adequados de uso da informação, de comunicação e de referência e contra-referência de pacientes, bem como com o desenvolvimento de novas modalidades de atenção, tais como: o hospital-dia, na internação domiciliar os sistemas de hospitalização abreviada, as unidades móveis de atenção domiciliar, etc., que impõem novos tipos de relação entre os hospitais e os centros de atenção primária.

## O hospital e as redes de serviços

Ao formar parte de uma rede de serviços de saúde, o hospital amplia seu horizonte de atuação, enfrenta relações mais diversas e persegue um objetivo mais preciso: a efetividade social.<sup>5,6</sup> Ao mesmo tempo, dispersam-se seus contornos definidos. Há alguns anos, era fácil cotar os limites arquitetônicos do hospital. Hoje não só sua arquitetura tende a ser mais modular e flexível, como também os limites de suas funções são também mais difusos. Cada dia será mais difícil e arbitrário separar o sistema sanitário por níveis, e o melhor indicador de que o hospital mudou sua posição no seio do sistema de saúde será a quantidade e a qualidade dos seus vínculos com a rede, à medida que se têm desdobrado seus limites.

As redes de atenção são sistemas nos quais, por meio de um conjunto de recursos assistenciais, satisfazem-se às necessidades de saúde de uma população determinada em uma área geográfica dada. O conceito de *redes de atenção* se ajusta, perfeitamente, à teoria de sistemas e às novas tecnologias de gestão de organizações de serviços, tais como a gestão estratégica de qualidade e as que tratam as organizações como espaços de conversação, acordos e compromissos.<sup>7,8,9</sup>

## Redes de atenção

Uma rede sanitária é um conjunto de pessoas e organizações, formais ou informais, com sua própria identidade, que, independente do seu tamanho, regime de propriedade e nível de complexidade, compartilham objetivos comuns, uma missão explícita comum, e geram atividades suficientemente definidas, diferenciadas e complementadas entre si, que se entrelaçam e se interconectam com uma multiplicidade de outras redes formais e informais em prol de objetivos também compartilhados.

Uma rede pode possuir um território ou uma população determinada, uma estrutura funcional ou administrativa semelhante a um sistema aberto, e os componentes para se relacionar entre si de diversas formas: horizontal, voluntária, complementar e flexível. Desenvolve e adota capacidade de coordenação e gestão da informação e procedimentos para acreditar e reconhecer as suas unidades, definindo as características gerais delas e suas próprias normas de funcionamento.

A comunicação e os sistemas de informação são um elemento-chave da qualidade dos vínculos, da efetividade de uma rede e sua capacidade de adaptação. As redes bem-sucedidas requererão clareza nos mecanismos de tomada de decisões, na resolução de conflitos e em mecanismos de suporte financeiro e de controle de gestão coerentes com seus objetivos.

Por outro lado, a efetividade social demanda que o hospital, como elemento da rede, adapte seus processos produtivos às novas exigências epidemiológicas e às crescentes expectativas dos usuários. Isso implica revisar, criticamente, as relações entre o custo e a efetividade das tecnologias que nele se empregam, a qualidade de seus serviços, a adaptabilidade de seus recursos humanos e as modalidades que adota para organizar e administrar sua estrutura e recursos.

## As conseqüências da desintegração

A ausência de redes e de capacidade de colaboração contribuem, na Região, para explicar por que em uma localidade se duplicam e se subutilizam recursos tecnológicos e humanos, enquanto que outras carecem deles; porque se realizam intervenções em um serviço de urgência ou em um hospital universitário que podiam ser efetuadas a menor custo, com maior acesso e satisfação ao usuário em um centro de saúde comunitário; ou porque algumas pessoas solicitam atenção médica em diversos centros de atenção sem que ninguém se responsabilize em solucionar seu problema.

A segmentação e a fragmentação de tal prestação de serviços explicam também que a atenção médica que recebem as pessoas de mais alto nível seja muito similar à que se presta nos estabelecimentos de saúde de qualquer parte do mundo desenvolvido. Entretanto, as pessoas de baixo nível social vivem em um entorno que enfrenta profundas limitações para lhes oferecer uma atenção acessível e de qualidade, o que redundará em aumentos de uma mortalidade evitável em detrimento da qualidade de vida das pessoas.

## Identificação de necessidades

No estudo de uma rede de serviços devem ser avaliados quatro aspectos básicos: cobertura, efetividade, eficiência e qualidade percebida. Uma vez determinadas a demanda e a capacidade de oferta, conforme os níveis de complexidade, deve-se precisar a brecha que existe nas prestações. No marco das políticas setoriais, a identificação destas brechas permite avançar no estabelecimento de prioridades para designar recursos, bem como realizar intervenções destinadas a otimizar a oferta instalada e a melhorar a produtividade dos recursos físicos, humanos e tecnológicos. Isso exige conhecer, entre outros, a procedência e os fluxos das pessoas, seu acesso aos serviços de saúde e o tempo de espera, e identificar as competências e a capacidade de cada nível para satisfazer à demanda atual e potencial de atenção em virtude de sua capacidade de desenvolvimento e de contribuição à rede.<sup>10,11</sup>

Uma das principais vantagens do sistema de organização em redes é que permite estimar a demanda (tanto a atual quanto a esperável em médio e longo prazos) e a oferta de uma forma lógica e em termos estruturais e funcionais. Dessa forma, é mais fácil conhecer as brechas atuais e esperáveis de atenção e, em conseqüência, propor e implantar linhas de intervenção para reduzi-las. As redes têm que se organizar de tal forma que permitam estimar as necessidades de saúde das pessoas em todos os pontos de entrada e direcioná-las até o serviço assistencial capaz de satisfazê-las.

## Formas de configuração

Os estabelecimentos de saúde que costumam incorporar-se à gestão em rede são os centros de atenção primária e os hospitais de diferente nível de complexidade. As formas de configurar as redes para poder satisfazer às necessidades de saúde e as brechas detectadas são diversas. Depois de identificar as populações, priorizar suas necessidades e decidir quais os instrumentos de alocação de recursos serão utilizados (aplicando critérios de saúde e equidade, tais como: compromissos ou contratos de gestão), pode-se estabelecer, por exemplo, vínculos entre centros de saúde local e um hospital comum de 40 leitos, entre vários clínicos que trabalham em diferentes lugares, escolher o grupo de idade sobre o qual atuará, o programa de saúde que se implantará ou as doenças que serão tratadas, o tipo de serviços que serão prestados – diagnósticos ou terapêuticos, de apoio, etc.–, bem como decidir os níveis de complexidade que tomarão parte e os estabelecimentos que atuarão como centros de referência.

## **Exemplos de redes**

### **Um exemplo de uma rede construída a partir de necessidades locais: a rede de serviços de saúde mental e psiquiatria no Chile**

Tal rede inclui os seguintes aspectos estruturais e funcionais: 1) estruturas de menor complexidade, tais como organizações e redes comunitárias e instituições de saúde de propriedade municipal e privada (fundamentalmente sem fins lucrativos), nos quais se realizam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; 2) estruturas de média complexidade, tais como centros de atenção primária (APS), que prestam atenção à saúde mental, centros especializados de saúde mental (centros comunitários de saúde mental familiar - COSAM), equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial; 3) dispositivos especializados em saúde mental, como comunidades terapêuticas, estrutura geral de atenção médica secundária e terciária, centros de referência de saúde (CRS), que prestam atenção à saúde de especialidades; centro de diagnóstico terapêutico (CDT) geminados a hospitais; e estruturas para a atenção de urgência e internação.

Todas estas redes públicas ou privadas encontram-se em fase de credibilidade pela autoridade sanitária (Ministério da Saúde), a qual, além de sua função reitora, fixa normas. As relações são de tipo administrativo e funcional nos estabelecimentos de dependência estatal, e funcionais entre as estatais, municipais e privadas. O financiamento das atividades efetua-se por meio de transferências fiscais para os dispositivos públicos, e por transferências, contratos ou compra de serviços, desde os serviços públicos a municípios ou aos privados, junto com uma contribuição parcial das próprias pessoas e de instituições de beneficência.

### **Exemplo de uma rede de alta complexidade**

O Fundo Nacional de Saúde do Chile (FONASA), como seguro público, desenvolveu uma rede para garantir o acesso a seus beneficiários pediátricos a prestações de alta complexidade, tais como cirurgia, oncologia e transplantes.

Os serviços de saúde do país (entidades públicas descentralizadas que coordenam redes territoriais compostas por hospitais de diferente complexidade) encaminham pacientes aos hospitais de referência, fundamentalmente públicos (hospital Luis Calvo Mackenna) e privados quando há *déficit* de oferta, conforme protocolos clínicos preestabelecidos. O seguro público credita nos centros e financia o programa por meio de um mecanismo de pagamento associado a diagnóstico. O custo da *cesta básica* foi obtida de um estudo de custos efetuado por técnicos do seguro junto com as equipes clínicas. Anualmente, negocia-se e evidencia-se um compromisso de gestão entre o seguro e os prestadores, com o financiamento ajustando-se aos resultados.

O desafio que muitos países começam a enfrentar é articular redes de serviços (públicos e privados, comunitários e descentralizados), que vão superando a gestão burocrática e hierárquica; e a linha divisória entre atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação, as barreiras gerenciais entre o nível primário e o especializado, aumentando a capacidade de resolução, articulando prestadores públicos e privados de diversos tipos, garantindo a continuidade da atenção e aumentando a participação de pessoas e o controle social.

O desenho destes sistemas configurados em redes inclui, também, intercâmbio de pessoal, capacitação e apoio técnico e intercâmbio de informação e em sua construção é essencial avaliar o fluxo de pacientes, a qualidade da informação, a capacidade de resolução de problemas dos diferentes níveis e estabelecimentos e seu potencial conjunto para satisfazer às demandas de atenção da população.

Para introduzir políticas públicas de saúde em atividades prioritizadas e em decisões de investimento e alocação de recursos, é importante avaliar o desempenho e as funções dos serviços de atenção em uma área geográfica determinada. Hoje, existem métodos e indicadores úteis para avaliar a efetividade de uma rede de serviços e há numerosas experiências sobre redes de serviços,<sup>1 2,13</sup> dispondo-se de métodos para identificar necessidades de saúde, definir pacotes de serviços e avaliar solicitações de investimento, recursos humanos e tecnologias. O essencial, sem dúvida, é a decisão política de configurar a prestação de serviços em rede, para a qual não se precisa uma burocracia nem depositar a confiança em instrumentos de mercado, mas harmonizar o estabelecimento de prioridades, sua tradução em orçamentos ou contratos vinculados a resultados e o desenho e a implantação de sistemas de incentivos. Tudo isso com vistas a alcançar níveis ótimos de efetividade e cooperação. Além disso, dever-se-á decidir quem deve desempenhar a função específica de articular o sistema, isto é, a função de administração da rede.

Para que a rede possa cumprir, adequadamente, sua missão é preciso esclarecer qual é a sua missão e quais estabelecimentos a conformam, os serviços que se oferecerão em cada ponto de atenção, o tipo e a magnitude das necessidades de saúde que devem se satisfazer, os principais fluxos de pessoas, as insatisfações existentes (por exemplo, listas de espera ou recusa), sua articulação com outras redes, sua planificação, operação e controle. Dado que, por defeito, toda esta informação, normalmente, é disponibilizada em cada estabelecimento da rede de forma isolada, será preciso também estruturar sua administração. Por isso, é de extrema importância que às unidades locais de atenção, que atuam como porta de entrada da rede, recaia a responsabilidade e as competências de tal estruturação. Será nestas redes que, teoricamente, poder-se-á conjugar a melhor decisão técnica com a qualidade percebida e a contenção de custos.

Esta nova concepção estratégica do trabalho no setor saúde conjuga o desenvolvimento organizativo e o fortalecimento da capacidade resolutiva das unidades mais próximas ao *habitat* das pessoas com a potencialização destas ações nos hospitais. Para isso, desenvolvem-se novos modelos e formas de atenção, como a atenção domiciliar, a cirurgia eletiva ambulatorial, o egresso prematuro, ou a hospitalização-dia. Para que os cidadãos assumam esta estratégia, será necessário prestar especial atenção à educação sanitária.

## **Requisitos para o adequado funcionamento de um modelo de rede de serviços de saúde**

Para que uma rede funcione adequadamente é necessário que disponha de portas de entrada mais próximas ao domicílio das pessoas; que conte com um alto nível de resolução e com amplo poder para readequar a rede às necessidades de saúde. A configuração da rede tem que estar, em grande medida, determinada pelos requisitos deste primeiro nível, o qual é congruente com as estratégias baseadas na atenção primária como eixo do modelo de atenção à saúde.

O hospital e todas as suas unidades clínicas não têm que estar orientados para seu interior. Devem satisfazer às necessidades detectadas nas portas de entrada da rede. Isto demanda amplos níveis de autogestão clínica e capacidade para se adaptar, continuamente, às mudanças das demandas da rede. Com este fim, devem-se criar entidades de âmbito territorial nas quais recaia a responsabilidade integral à saúde de uma determinada população. Daí surge uma nova responsabilidade ou função: a da *gerência ou administração da rede*, cuja principal ferramenta de gestão tem que ser a informação epidemiológica.

### **A administração da rede**

O administrador da rede deve ter competências nos seguintes âmbitos: fluxos dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos, controle dos processos produtivos, gestão da informação e das relações entre os estabelecimentos da rede. Sobre o administrador recai a função de organizar os diferentes componentes da rede e satisfazer às necessidades de saúde da população coberta pela rede, atendendo às políticas de saúde pública. Também deve ser capaz de tornar-se independente dos fatores de produção dos serviços para fazer frente, efetiva e eficientemente, às necessidades de saúde, planejando políticas locais, estabelecendo normas, articulando os prestadores e controlando resultados. Tal controle administrativo tem que se adaptar às mudanças observadas nos resultados em saúde, incluída a qualidade de vida e os princípios da eficiência microeconômica, o que obriga a administrar e a manter sistemas adequados de informação sanitária.

Por outro lado, na administração de redes, a autoridade sanitária desempenha um papel de importância fundamental, já que, no cumprimento de sua função reitora e reguladora, é quem tem que elaborar as políticas de saúde e procurar os incentivos adequados e cuidar para que o desenvolvimento da rede se encaixe de forma coerente com os objetivos nacionais de saúde.

### **Participação e controle social**

Por acréscimo, o bom funcionamento da rede exige controle e participação social efetivos, transparência e responsabilidade. Para isso, é útil que os objetivos sanitários da rede se traduzam em declarações explícitas de direitos dos cidadãos nos quais se consegue o que é exigido e esperado da sua rede com relação, por exemplo, ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde. Além disso, deve-se assinalar, claramente, a forma como o cidadão pode exigir os compromissos que a rede tem para com ele. Desta forma, o hospital, a partir do lugar que ocupa na rede, poderá conhecer não só a demanda de atenção específica da população, mas também as condições e os objetivos da prestação de seus serviços, suas obrigações, estipuladas em tal declaração e a forma de reorientar sua oferta de serviços.

Por último, os valores democráticos têm que ser os pilares em que se forjem e se mantenham as relações entre os elementos da rede, e isso se deve refletir em estilos de gestão participativa, mais horizontal do que hierárquicos, e em uma efetiva participação comunitária. Para o adequado funcionamento deste modelo, é preciso procurar, em cada ponto da rede, plena capacidade de se administrar no cumprimento de uma missão comum. Desta forma, o hospital, ao tempo que se relacione com outros estabelecimentos, poderá estabelecer vínculos horizontais como elementos próprios e alheios à rede.

### **Disposição em abrir as barreiras à cooperação**

Para que esta nova concepção de trabalho se cristalize, é imprescindível se despojar da antiga concepção da medicina individual e trabalhar em equipe e estabelecer mecanismos de retroalimentação. Mesmo assim, o hospital deve sofrer a mudança mais transcendental, o qual, depois de abrir seus muros ao exterior, tem que se converter em um elemento a mais da rede. O hospital já não deverá competir com as instituições de menor capacidade resolutive, mas descentralizar os serviços e as prestações que se possam prover em outros estabelecimentos da rede (clínicas, policlínicas, lares maternos, lares de idosos, centros para deficientes físicos ou mentais <sup>14</sup> e outros hospitais ou estabelecimentos públicos e privados), mesmo que para isso tenha que pôr à disposição da rede, inclusive alguns de seus próprios recursos humanos. A tal efeito terá de empregar instrumentos e estratégias de negociação, ganhar a colaboração e a participação efetiva da comunidade, participar na gestão da rede e, junto com os outros estabelecimentos, participar no controle social.

Por acréscimo, o hospital, como organização médico-social imersa na rede, terá que proporcionar à população acesso a serviços sanitários integrais, tanto preventivos quanto curativos, e contribuir com um tempo à pesquisa biopsicosocial e à formação do pessoal de saúde.

### **Objetivos e dificuldades**

Atualmente, a inserção do hospital em redes de atenção apresenta diversas deficiências. Na realidade, em muitos países latino-americanos, as interações do hospital com os demais estabelecimentos da rede se produzem em um contexto de relações hierárquicas, não-sistemáticas, espontâneas e pouco reguladas. Em alguns casos, os sistemas de atenção estão desintegrados e não conformam redes. Em outros, as redes só parecem existir sobre o papel, enquanto a articulação entre níveis e entre estabelecimentos é evidentemente insuficiente. A melhor forma de demonstrá-la é definindo os fluxos dos pacientes.

Na Região, a tradição de desenvolvimento segmentado e desintegrado dos serviços de saúde e a cultura sanitária dos *feudos* conspiram contra a configuração em redes. Por outro lado, a tentativa polar de estruturar burocrática e centralizadamente os serviços ou de deixar ao mercado e à liberdade do consumidor a responsabilidade de configurar o sistema, também têm suposto uma escolha para superar os erros da organização da prestação de serviços.

A realidade mostra que uma grande maioria de pacientes é referida desnecessariamente, depois tendem a ser *capturados* pelo hospital, e quando voltam novamente aos níveis inferiores de prestação, regressam com informação insuficiente. Tudo isso compromete o acesso, a qualidade e a efetividade dos serviços. A experiência demonstra que, caso disponham de muitos manuais de referência e contra-referência, poucos os consultam e logo ficam obsoletos.

Na cultura hospitalar, com frequência, perde-se de vista as necessidades de saúde da população e a organização se atém a sua capacidade de oferta e de cumprir objetivos de produção industriais, o que perpetua o paradigma hospitalocêntrico. A visão e a missão do sistema em seu conjunto não está bem definida nem explicitada, desembocando em superposição de funções, inadequada competência e tendências marcadamente entrópicas do sistema.

A estrutura e a cultura organizativas explicam que o hospital clássico tende a não reconhecer a existência de prestadores de diferente natureza (sejam estatais, privados, municipais ou organizações não-governamentais) e tenha dificuldades para colaborar com eles. As disposições legais e regulamentares dos prestadores públicos costumam fomentar uma cultura organizativa pouco sensível ao entorno, pouco receptiva às necessidades do usuário, mostrando escassa capacidade de autocritica e uma tendência a atuar mais centrada nos processos burocráticos do que nos resultados. A cultura centralista dos países da Região perpetua-se em estruturas informais de natureza sindical nas quais pesam mais os interesses dos fatores de produção do que as necessidades dos usuários. A cultura é, excessivamente, legalista e autoritária, a qual consolida estruturas rígidas e paralisam a capacidade de resolução, a criatividade, a inovação e a melhoria contínua, ao tempo que reduz a flexibilidade necessária para estabelecer nexos com outras organizações da rede.

Por parte dos prestadores, entre as dificuldades que existem para se adotar configurações em rede sobressaem-se as seguintes: diversidade de proprietários estatais, municipais e privados que trabalham isoladamente em diferentes segmentos sociais e econômicos da população. Tais políticas sanitárias públicas são insuficientes e demasiadamente rígidas para regular, adequadamente, o financiamento de ações destinadas a melhorar a equidade, a reduzir a segmentação e a procurar incentivo. Além disso, mantêm um modelo e uma cultura de caráter médico. Particularmente na Região, destacam-se como dificuldades a forma de superar a falta de cooperação entre o setor estatal e o privado e a desintegração resultante da controversa e, insuficientemente, avaliada municipalização de importantes setores dos serviços de atenção.

Ao contrário, a principal fortaleza do sistema de atenção organizado em redes deve ser sua capacidade de gerar uma visão holística, economias de escala e maximizar o uso dos recursos. Justamente estas áreas são onde hoje se apreciam notáveis carências como conseqüência de um aproveitamento ineficaz do potencial das redes. Até pouco tempo, ocorre direcionamento para dependência administrativa e não para vínculos internos da rede e ferramentas mais efetivas para estabelecê-los (os sistemas de informação), nem para reconfiguração dos processos conforme as necessidades de saúde.

### **A filosofia de redes surge do interior do hospital**

De uma perspectiva sistêmica, o hospital constitui um sistema aberto que desenvolve relações dinâmicas com o entorno, particularmente com os demais componentes da rede assistencial. Deste prisma, para poder se relacionar adequadamente com outras organizações, no seio do hospital devem-se integrar visões que cristalizem na consolidação de redes internas. Ao menos dos elementos específicos, merecem especial menção a este respeito<sup>15</sup> a integração médica em equipes de gestão multidisciplinar e a integração de enfoques disciplinares na gestão.

**A integração médica em equipes de gestão multidisciplinares.** A gestão hospitalar tem evoluído até níveis de complexidade que impedem que a gestão clínica e a responsabilidade recaiam em pessoas com um perfil uniprofissional. Mais razoável seria que estas fossem assumidas por equipes de pessoas com diferente formação profissional. Isso supõe que o papel do médico mude, pois dentro de equipes multidisciplinares sua participação será mais paritária e menos hierárquica.

**A integração de enfoques disciplinares na gestão.** No futuro, será necessário que a gestão se sustente em diferentes disciplinas: a epidemiologia, a economia da saúde e a ética. A este conglomerado têm que se acrescentar as contribuições das ciências sociais e do comportamento, as quais contribuirão a construir a gestão hospitalar como uma área de especialidade multidisciplinar. Assim, enfoques como a avaliação econômica, a avaliação de tecnologias de saúde, o uso da medicina baseada em evidência (*evidence based medicine*) e o *marketing* social poderão adquirir seu maior potencial.

## Tipos de articulação de redes

O fortalecimento do princípio de complementaridade procura colher os benefícios da sinergia do trabalho em rede. No contexto de diferentes redes e sob a orientação da autoridade sanitária, o hospital poderá desenvolver diferentes tipos de integração. A sistematização que faz a Divisão de Investimentos e Desenvolvimento Assistencial do Ministério da Saúde do Chile <sup>10</sup> pode ser útil, como exemplo, para entender este conceito. De acordo com tal enfoque, podem-se reconhecer os seguintes tipos de integração:

**Intra-rede pública total.** Refere-se às práticas colaborativas nos âmbitos assistenciais e administrativos entre estabelecimentos dependentes de uma mesma unidade administrativa territorial (Direção do Serviço de Saúde, Direção Regional de Saúde, Direção Provincial de Saúde). O desenvolvimento de estruturas administrativas ou de apoio clínico comuns para estabelecimentos geograficamente próximos (bancos de sangue, serviços de esterilização e de apoio logístico, tais como manutenção ou outras compartilhadas, laboratórios, etc.) constitui uma das expressões desta orientação.

**Inter-redes públicas de saúde.** Este conceito refere-se à colaboração entre redes assistenciais de territórios geograficamente diferentes. O desenvolvimento deste tipo de complementaridade significa otimizar o uso da rede assistencial para o conjunto de um território (região, macrorregião) ao obter a maior resolução segundo a capacidade resolutive de cada nível.

**Pública e privada.** Em vários países, devido à importante presença do setor privado, a complementaridade entre o setor público e o setor privado pode contribuir, substancialmente, a aumentar a capacidade de resposta frente aos problemas de saúde da população e a melhorar a eficiência global do uso de recursos.

Assim, o hospital do novo século perde seus muros e emprega vínculos mais variados e de maior valor com outros estabelecimentos e com a comunidade. O hospital do milênio já finalizado estava recolhido para si próprio, e o do milênio que acaba de começar está cada vez mais integrado no conjunto social e é mais pródigo em relações.

## O hospital privado como ator adicional nas redes de serviços de atenção

Como hospitais privados consideram-se aquelas instituições de atenção médica, tanto ambulatorial como de internação de baixa, média e alta complexidades, e de dependência privada, com ou sem fins lucrativos. <sup>16</sup> Com diversos graus de participação, em todos os países da Região existem estabelecimentos privados que costumam orientar sua atividade para o lucro e a satisfação de sua demanda sem colaborar com a rede estatal de prestação de serviços para alcançar objetivos sanitários comuns.

Tradicionalmente, uma parte da infra-estrutura hospitalar da Região tem sido de propriedade privada. Em 1997, os hospitais privados com previsão de lucro representavam 47% do total de hospitais e os privados filantrópicos, 7,8%. Os hospitais públicos da América Latina e Caribe (subsetor público mais instituições da seguridade social) representavam 44,4%. Em 10 países, todos os hospitais são públicos e, no restante, as porcentagens variam amplamente, desde 69% de hospitais privados no México até 62% em Honduras (dos quais 23% são filantrópicos), ou 19% no Brasil. Contudo, só 34,9% dos leitos pertencem a hospitais privados com previsão de lucro e 11,4% a hospitais privados de tipo filantrópico; 52,7% de leitos restantes encontram-se em hospitais públicos. Os hospitais privados tendem a ser de menor tamanho do que os públicos<sup>17</sup> e incluem a maior parte de hospitais psiquiátricos e para doentes crônicos, se bem que a demanda crescente para formação de recursos humanos em saúde, em formadores e investigadores, tem ocorrido também no hospital privado, funções estas que, habitualmente, desempenhavam os hospitais estatais.

Os hospitais privados com previsão de lucro e uma parte dos filantrópicos se localizam, fundamentalmente, nas cidades de tamanhos grande e médio, mesmo que existam muitos exemplos de instituições localizadas em zonas afastadas cujos serviços estão dirigidos a amplas faixas da população. Este último caso se dá, principalmente, naqueles países onde a seguridade social tem tido grande desenvolvimento e tem escolhido os prestadores privados para brindar os serviços de saúde.

Os hospitais privados têm monopolizado as tecnologias mais sofisticadas e os especialistas de maior renome. A incorporação constante de tecnologias com os custos crescentes que acarretam o não-financiamento dos sistemas de seguridade social (cuja base arrecadadora está ligada ao trabalho) e o empobrecimento de vastos setores da população têm diminuído a rentabilidade das instituições com fins lucrativos e posto em dúvida a sobrevivência de algumas delas.

As entidades filantrópicas surgidas em consonância com correntes religiosas e humanistas, muitas vezes traídas pela imigração de fins do século XIX, também percebem as dificuldades de sua viabilidade financeira devido à crise dos ideais que sustentaram suas origens e à falta de subsídios públicos e privados. Quanto a sua integração no subsistema público, estas entidades devem resgatar alguns projetos que, na prática, complementam-se para satisfazer às necessidades de populações de referência. O grau de integração entre ambos os subsistemas não só varia de um país para outro, mas, surpreendentemente, mostra diferentes níveis de articulação. Dado que o cumprimento de objetivos gerais de saúde (basicamente, políticas preventivas e de atenção primária) depende em boa medida dos ministérios e estes, historicamente, têm desentendido seu papel regulador no sistema de saúde (em especial as instituições vinculadas com o âmbito privado e a seguridade social), o grau de participação destas últimas em tais políticas é certamente variável.

### **Privatização ou regras para a cooperação**

A privatização de hospitais públicos caracterizou-se como um dos mecanismos para reduzir o peso do aparato fiscal na prestação de serviços sanitários dentro das reformas econômicas dos anos oitenta. As iniciativas de privatização no setor saúde implicaram um esforço de contenção dos gastos, que ficam claramente expressadas em publicações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. Para lá do debate que geraram estas iniciativas, em quase todos os países desenvolveram-se estratégias para aumentar a recuperação de custos e oferecer a terceiros determinados serviços hospitalares.

Na Região, só Porto Rico implantou uma reforma total na prestação de serviços de saúde, que se iniciou com um projeto piloto em um setor geográfico da população no final da última década. Esta reforma

supôs a privatização de todos os serviços de saúde prestados a pessoas que, habitualmente, os recebiam em centros públicos de saúde. Como este modelo ainda se encontra em fase de implantação, não se dispõe de suficientes dados para estimar sua atividade em função do custo.

Contudo, parece que, atualmente, o debate está se passando de privatização dos hospitais estatais para estratégias de constituição de regras comuns para estabelecimentos públicos e privados, melhoria da capacidade de colaboração entre estes no cumprimento de objetivos sanitários públicos comuns, melhoria da capacidade de regulação dos prestadores estatais e privados, especialmente no âmbito da qualidade dos serviços, e obtenção de maior efetividade do sistema de prestação de serviços, deixando em segundo plano as controvérsias sobre o regime de propriedade dos estabelecimentos sanitários.

Por outro lado, deve-se ressaltar a indubitável tendência à convergência, já que tanto o hospital público quanto o privado estão mudando na mesma direção. O hospital público tende a se flexibilizar e a mudar de posição dentro do sistema de saúde, incorporando tecnologias de gestão próprias do mundo privado. Por sua vez, o hospital privado, devido às pressões políticas e financeiras do entorno, tendem a se preocupar mais por sua legitimidade social e a incorporar fórmulas de saúde administrada próprias do setor público. Para favorecer esta tendência, será fundamental melhorar a definição de objetivos e políticas sanitárias públicas (isto é, a função de reitoria), que orientem o funcionamento de ambos os tipos de hospital e, ao mesmo tempo, aumentar a capacidade de regulação do setor público em um marco de transparência e confiança.<sup>18</sup>

À margem desta controvérsia, tem que reconhecer que, na Região, uma parte importante da infraestrutura hospitalar não é de propriedade pública; por isso, é importante pensar no lugar que têm que ocupar tais estabelecimentos para alcançar os objetivos de saúde pública que os países se propõem. Não é raro que, em consonância com esta visão, os ministérios de saúde configurem um *Ministério dos hospitais estatais*, desfragmentando, desta forma, seu papel reitor e regulador, com freqüência, por falta de instrumentos e competências e, às vezes, pela permanência de antigos paradigmas.

No contexto da adequada regulação para gerar regras comuns, a qualidade da prestação de serviços adquire um papel de suma importância. Em outros capítulos deste livro, será abordado *in extenso* este tema. Destaca-se que não só basta desenhar um conjunto de normas para formular autorizações, senão o desafio volta-se para adotar instrumentos de credibilidade e controle dos diversos processos assistenciais públicos e privados em igualdade de condições.

## **O desempenho de sistemas de saúde e hospitais no marco de redes de atenção**

No centro dos diferentes níveis de saúde e o importante gasto sanitário dos países, tem surgido a necessidade de se avaliar os resultados dos serviços e o sistema de saúde em conjunto.<sup>19,20</sup> Isso significa saber que impacto tem tais resultados nos níveis de saúde da população e a que níveis de gasto; quanta equidade se alcança no financiamento das ações, quanta proteção e seguridade social; tem-se dado preferência às pessoas com mais necessidades e menor ganho; como a população percebe a atenção de saúde que recebe; qual é a capacidade do Estado para exercer as funções de reitoria e de regulação e a dos sistemas de saúde para definir objetivos de saúde, determinar prioridades, selecionar intervenções efetivas de custo e elaborar e implantar planos de saúde; e, por último, articular mecanismos de pagamento que melhorem a eficiência dos prestadores, vinculando aplicações financeiras com objetivos de saúde.

Dado que resultados financeiros bem-sucedidos podem não ser suficientes para garantir resultados nos complexos sistemas de saúde da Região, os outros aspectos que têm que se avaliar e que exercem uma poderosa influência, especialmente, na atenção médica são as estruturas ou formas organizativas, as configurações da prestação de serviços e os vínculos entre os diversos atores intervenientes. Quem, em seu processo de reforma, esqueceu-se destes últimos aspectos, provavelmente, deverá gastar muita energia para reverter os novos problemas. Como exemplo, cita-se, sabendo-se das controvérsias, o enfraquecimento das redes de atenção observado em alguns processos de autonomia hospitalar, como ilustra o caso colombiano.

Assim como os sistemas e as redes de serviços devem ser avaliados constantemente, os estabelecimentos hospitalares cada vez mais estarão sujeitos à avaliação de seu desempenho.<sup>21</sup> O fato de que as transferências de recursos estejam ligadas contratualmente – por meio de compromissos de gestão ou de outros mecanismos a resultados favoráveis nos âmbitos de produção, gestão financeira, qualidade técnica e satisfação do usuário – é importante que se criem instrumentos que permitam levar a cabo tal avaliação.

Em capítulos posteriores deste livro, será descrita a forma de elaborar indicadores, que, além de serem úteis para administrar estabelecimentos sob a ótica da qualidade, também são essenciais para estabelecer compromissos ou contratos com as entidades financeiras. Além disso, os métodos de avaliação contribuem para mostrar a gestão pública de um estabelecimento, para procurar um controle social efetivo e para facilitar a comparação de diferentes estabelecimentos e fomentar o aprendizado e a colaboração entre eles.

Além disso, a avaliação também tem que oferecer informação válida aos responsáveis da tomada de decisões para orientar os investimentos em infra-estrutura, modificar as existentes, capacitar ou mobilizar pessoas, mudar fluxos ou relações, modificar estruturas ou funções e adaptar os recursos e as prestações a fim de satisfazer às necessidades de saúde detectadas.

A mesma visão estratégica e filosófica da gestão da qualidade que em microgestão deve ser aplicada nos hospitais – tema que se analisará em capítulos posteriores – pode-se aplicar às redes de serviços de saúde que integram o nível da mesogestão. Vale lembrar que os processos estratégicos de uma rede de serviços têm que estar em sintonia com os que se desenvolvem nos diversos tipos de estabelecimentos que a integram.

## **Conclusões**

Frente à complexidade dos sistemas de saúde e dos contextos sociais e econômicos em que estes se encontram imersos, unida às necessidades de saúde da população, as reformas atuais dos serviços de saúde tendem a ser sistêmicas e a abarcar mais aspectos além dos, exclusivamente, financeiros. Isto obriga os países da Região a enfrentar temas sanitários, tais como as políticas centrais do Estado. Dentro destas políticas, e no que diz respeito ao futuro da gestão hospitalar na América Latina e Caribe, podem-se apreciar os seguintes debates.

Primeiro, um debate sobre os modelos de atenção que persegue o objetivo de conceder mais importância à antecipação do dano à saúde, atuar de forma multissetorial, procurar que a equipe de saúde reconsidere suas competências e incorporar ao cidadão com todos seus direitos e deveres.

Segundo, um debate sobre a forma de organizar a prestação de serviços, a fim de contribuir, eqüitativamente, a obter os melhores resultados em saúde e satisfação das pessoas com determinados níveis de recursos. Neste debate, abordam-se as formas de superar a segmentação e a fragmentação dos sistemas de saúde da Região, para o qual é chave retomar o antigo conceito *das redes de atenção*.

Por último, cabe citar o debate atual sobre o futuro do hospital, segundo o qual este constitui um agente mais central das redes de atenção. Assim, o hospital, dotado de maior autonomia de gestão, tem que ser capaz de contribuir com flexibilidade e em colaboração com outros agentes, agora tão ou mais relevantes que ele, a dar respostas oportunas e de qualidade às necessidades de saúde da população.

## Bibliografia

- 1 Concha M, Aguilera X. *Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999. (Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 3.)
- 2 Medici A. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2000:9-26.
- 3 Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo estructurado hacia un modelo innovador para las reformas de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 1997. (Documento de trabajo No. 353.)
- 4 Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial, Ministério da Saúde, Chile. *Sistematización estudios de red asistencial de salud*. Serie Resultados Regionales. Santiago do Chile: Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial, Ministério da Saúde; Chile 1999. (Documento de trabalho No. 13.)
- 5 Espejo F. Redes de atención en salud mental. *Rev Chilena Psiquiatr* 1996; 13:118-124.
- 6 Espejo F, Verdessi D, Artaza O. *Redes de atención*. Santiago do Chile: Ministério da Saúde; 1999.
- 7 Solimano G, Pepper S. *Perspectivas de la red asistencial de salud en Chile*. Santiago do Chile: Corporação de Saúde e Políticas Sociais, Organização Pan-Americana da Saúde; 1999.
- 8 Ministério da Saúde, Chile. *Organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación*. Normas técnicas Unidad de Salud Mental. Santiago do Chile: Ministério da Saúde; 1999.
- 9 Unidade de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Chile. *Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria*. Santiago do Chile: Unidade de Saúde Mental; 2000.
- 10 Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial, Ministério da Saúde, Chile. *Desarrollo de la red asistencial*. Santiago do Chile: Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial, Ministério da Saúde; 1999. (Documento de trabalho No. 1.)
- 11 Ministério da Saúde, Chile. *Estudio de red asistencial*. Guia metodológica. Santiago do Chile: Ministério da Saúde; 1977.
- 12 Organização Pan-Americana da Saúde, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. *Una selección de ponencias del Seminario Intenacional Desarrollo de la Red Asistencial: Experiencias y desafíos. Santiago do Chile de 10 a 11 de novembro de 1999*. Santiago do Chile: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999. (Série 21 Organização e gestão de sistemas e serviços de saúde.)
- 13 Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião Centro-americana de Redes de Serviços de Saúde. Informe Final. Apresentado em São José, Costa Rica, de 20 a 22 de agosto de 1997. Washington, DC: OPS, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 1999. (Série 15 Organização e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.)
- 14 Poblete N, Varela ME. *Red de alcohol y drogas*. Prevención y tratamiento de alcohol y drogas. Santiago do Chile: Universidade do Chile; 1997.

- 15 Ampuero L, Arteaga O, Astorga I, Pinto AM, San Martín H. *Sistematización de estudios de red asistencial : Informe de país*. Santiago do Chile: Divisão de Investimentos e Desenvolvimento da Rede Assistencial, Ministério da Saúde; 1999.
- 16 Organização Pan-Americana da Saúde. *El hospital público*. Tendencias y perspectivas. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicação HSS/SILOS 39.).
- 17 Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. Vol I. Washington, DC: PAHO; 1998:265-267. (Scientific publication No. 569.).
- 18 Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2000.
- 19 Organização Mundial da Saúde. *Mejorar el desempeño de los sistemas de la salud*. Informe sobre la salud en el mundo 2000.
- 20 Carrillo E, Rosales C, Blanco J. *Sistema de evaluación del desempeño para la gestión*. São José, Costa Rica: Ministério da Saúde.
- 21 Olivares P. *Indicadores de gestión sanitaria para la evaluación del desempeño*. Santiago do Chile: Fundação para o desenvolvimento da rede hospitalar pública; 1998.

## Capítulo 4

# Tendências de mudança nos modelos de atenção e na gestão do hospital

Os temas desenvolvidos nos capítulos precedentes mostram que o setor saúde, bem como os hospitais, constituem um sistema aberto que não é alheio aos fenômenos que afetam ao conjunto do tecido social. As mudanças sociais, políticas e econômicas anteriormente descritas, obrigam o hospital a mudar. Junto com esta necessidade de abandonar esse *statu quo*, no capítulo anterior indica-se que o hospital não está só, o que explica a necessidade de que tal mudança deve ser apreciada no contexto das relações que o hospital começa a estabelecer com muitos outros atores.

Nos anos recentes, dadas as numerosas razões analisadas nos capítulos precedentes, é possível observar a aparição de uma demanda de cidadania de melhores serviços de saúde, o que obriga os hospitais a se transformarem em empresas sociais a serviço das necessidades de saúde das pessoas. Nesse sentido, têm-se desenvolvido tendências de mudança na organização, cultura e gestão hospitalar.

### **O *statu quo* impossível**

Esta expressão cunhada pelo pesquisador canadense Contandriopoulos, em 1994, traduz a situação atual do setor saúde e dos hospitais: a urgência e a envergadura das mudanças que se têm de propiciar é tal que é impossível permanecer imóvel.<sup>1</sup> É necessário empreender reformas estruturais e profundas e não descansar tranquilamente em um *statu quo* impossível de manter. Vejamos algumas das razões que impulsionam esta mudança inevitável.

### **As tendências que pressionam as mudanças**

Na evolução que têm apresentado os sistemas de saúde e os hospitais, é possível identificar uma série de fatores que têm atuado como incentivos ou catalisadores de mudança. A magnitude da influência de cada um deles é diferente, pois são de diversa natureza e atuam em âmbitos diferentes. Destes fatores, descritos mais extensamente nos capítulos anteriores, destacam-se os seguintes: mudanças no papel do Estado, do mercado e das pessoas na atenção à saúde; mudanças socioculturais das pessoas, que pressionam por exigir seus direitos como cidadãs, e pelo acesso equitativo a serviços de qualidade; mudanças epidemiológicas e demográficas, que exercem pressão por novos modelos de atenção; mudanças tecnológicas e, sem dúvida, pressões de natureza econômica para conter o gasto sanitário e alcançar melhores resultados a um mesmo nível de gasto. Não se tem dúvida de que o hospital não pode ser insensível a todos esses fatores.

Vejamos alguns exemplos. Um hospital de segundo nível do Paraguai, cujos serviços de urgência estão sobrecarregados por doentes com problemas leves e não-urgentes, decide assinar um acordo de associação com os centros de saúde e a rede municipal de policlínicas de sua área de influência. Um hospital cubano inicia uma vasta operação de reengenharia para transferir uma parte de suas atividades para centros ambulatoriais em conformidade com a Direção Provincial de Saúde. Um hospital uruguaio, ao comprovar a baixa eficiência de seus serviços, lança uma operação global de melhoria da qualidade. A secretaria de Saúde de uma grande cidade argentina decide fundir dois estabelecimentos para otimizar os recursos, reduzindo os custos. Uma secretaria de estado de saúde do Brasil, diante o aumento dos gastos hospitalares e a baixa porcentagem de ocupação, toma a decisão de fechar um hospital.

Estes exemplos deixam claras a necessidade e a importância da mudança, da reorganização e da adaptação do hospital à realidade sanitária e socioeconômica. Não são específicos da situação da América Latina e Caribe atual, já que também se observam em outras partes do mundo. Contudo, o hospital, em

poucas situações, insere-se nesta lógica de reforma constante. Com frequência, recolhe-se sobre si próprio, imobiliza-se em sua certeza e dúvida em se abrir, em transformar-se e em reorganizar-se para melhorar a qualidade dos seus serviços e, sobretudo, para responder às verdadeiras necessidades de saúde da população.

O hospital não tem escapado da forte crise que acontece no conjunto dos sistemas sanitários de todo o mundo. Esta crise afeta, profundamente, todos os componentes do sistema de saúde e os esquemas de valores dos diferentes atores. As transformações e, por conseguinte, a mudança que esta crise exige são estruturais e de alta complexidade, devido às dificuldades para colocar em prática a reforma hospitalar. Uma das condições necessárias para a mudança do hospital é o desenvolvimento de uma cultura de organização e de gestão baseado em um enfoque estratégico.

### **A capacidade de resposta às necessidades de saúde da população**

Em muitos hospitais latino-americanos impera uma dura realidade: hospitais com porcentagens de ocupação muito baixas, serviços de urgência sobrecarregados, intervenções cirúrgicas inúteis, ausência de um sistema de referência, alto índice de infecções hospitalares, equipe médica fora de serviço ou com manutenção insuficiente.

Ante esta situação, a mudança deve se iniciar nas políticas públicas e a partir das autoridades sanitárias (municipais, estatais ou federais) que se ocupam dos hospitais. A definição e a prática de uma política hospitalar, coordenada com o resto do sistema de saúde, são condições primordiais para melhorar o sistema. Em efeito, a reforma deve começar por se concentrar no nível de macrogestão, começando pela identificação das necessidades de saúde da população que se vai atender e organizando seguidamente a resposta do sistema a tais necessidades e, como parte dela, definindo o papel do hospital.

Os países da América Latina e Caribe sofrem um importante atraso neste sentido, com relação a outros continentes. As principais reestruturações hospitalares da América do Norte e da Europa ocidental traduzem-se no fechamento de estabelecimentos, fusões de hospitais, reduções drásticas de leitos e transformação de certos estabelecimentos em centros de tratamento ambulatoriais. As razões desta nova política hospitalar não são unicamente financeiras: trata-se, igualmente, de reduzir os riscos sanitários em matéria de infecções intra-hospitalares e de responder de maneira mais eficiente às necessidades de saúde, melhorando a qualidade da atenção.

Assim, a definição de uma política hospitalar deve articular o hospital no marco de uma estratégia de atenção primária de saúde, como parte integrante da rede de serviços e encadear um plano de organização sanitária em cada metrópole ou zona rural. Este plano definirá a natureza das necessidades a serem realizadas, tendo em vista estudos e indicadores epidemiológicos, mas também socioeconômicos, sobre a estrutura dos serviços responsáveis e as modalidades de tratamento. A função e a atividade do hospital deveriam estar definidas e estreitamente coordenadas com as entidades sanitárias restantes como resposta integral às necessidades de uma população. Por exemplo, hoje em dia, a hospitalização convencional clássica não é mais que uma das modalidades de tratamento disponíveis. Para responder às expectativas dos pacientes, melhorar a qualidade, reduzir os riscos e os custos, o sistema de saúde está adaptando as modalidades de tratamento nos hospitais, priorizando a cirurgia ambulatorial e programando suas prestações, tendo em vista as estâncias médias dos pacientes ingressados.

As autoridades que decidem a política hospitalar devem, igualmente, questionar a natureza do *cliente* do hospital. Trata-se do próprio paciente, dos médicos ou da rede de serviços de saúde? Em uma projeção social de sistema sanitário, dever-se-á dar preferência ao conceito de comunidade, sem prejudicar a relação hospital-paciente que se situa em um segundo plano. O hospital deve ser concebido como um instrumento a serviço de uma política pública e de uma população, uma condição necessária para estabelecer uma rede e para integrar o hospital dentro da mesma.

A avaliação do desempenho do hospital, tanto integrante de uma rede como em sua gestão interna, constitui um eixo importante para a motivação e a orientação da mudança no que diz respeito à melhoria da organização e da gestão.

### **Regulação da oferta de atenção sanitária e crise de valores**

A regulação do sistema de saúde trata de ordenar seu funcionamento para responder ao duplo objetivo indicado: primeiro, garantir um acesso equitativo a uma atenção sanitária de qualidade e, segundo, assegurar a eficiência econômica do sistema e, dessa forma, evitar o desperdício de recursos.

Para alcançar estes dois objetivos, existe uma tensão permanente entre diferentes lógicas de regulação, sustentadas por grupos de atores diferentes: a lógica do mercado (populacional), a lógica tecnocrática (os órgãos que pagam), a lógica profissional (os médicos e o pessoal sanitário) e a lógica política (o Estado).<sup>2</sup> Cada lógica de regulação corresponde a uma concepção parcial da saúde e da doença e todas competem entre si: umas se inclinam para a eficiência econômica e outras ao acesso equitativo à atenção de qualidade.

Além dos aspectos relacionados com a regulação propriamente dita, neste debate também está em jogo o futuro da medicina; a saúde pública e os determinantes da saúde voltam a questionar hoje o domínio da medicina científica. A renovação da medicina deve se efetuar a partir de uma reflexão sobre os conhecimentos científicos e os valores sociais. O conceito de saúde envolve realidades muito diversas que nem sempre coincidem. Atualmente, tem-se estabelecido, claramente, que os principais determinantes da saúde de uma população se situam fora do sistema sanitário:<sup>3</sup> é mais efetivo investir em longo prazo em setores, tais como o saneamento, o acesso universal à água potável, o ambiente ou a higiene, do que na construção de hospitais ou na pesquisa de novas moléculas. Contudo, os indivíduos têm problemas de saúde e esta é a razão pela qual recorrem ao sistema de atenção sanitário. Em consequência, o conceito de saúde, está também determinado pela forma como esta é percebida pelas pessoas que sofrem e recorrem ao médico ou ao hospital. Sob esta perspectiva, para melhorar o estado de saúde de uma população, não basta transferir uma parte importante dos recursos dedicados ao sistema sanitário para setores não-sanitários mais eficientes: é preciso impor aos que tomam decisões políticas a obrigação de escolher e definir prioridades na organização do sistema de atenção sanitária. Esta seleção sustenta-se em valores éticos e morais que constituem o marco em que se devem entender os argumentos ideológicos e técnicos, incluindo os financeiros e o de regulação.

O hospital encontra-se no centro desta problemática, no debate ideológico sobre o controle de gastos e a regulação e nas controvérsias de índole ética associadas a ela. Toda reforma hospitalar deve partir desta reflexão e integrar valores sociais como a solidariedade, a justiça e a equidade.

O hospital latino-americano é, no geral, um grande estabelecimento de atenção especializado, muitas vezes de caráter universitário com serviços avançados: em cirurgia cardíaca, unidades de transplante

e de pesquisa. Existem também clínicas privadas cômodas e bem equipadas, financiadas por planos de saúde reservados à população com níveis altos de ingresso, que na América Latina representam uma minoria. Para a população de recursos modestos, o único acesso à atenção cirúrgica ou obstétrica é por meio de uma infinidade de pequenos hospitais, a maioria dos quais dispõem de menos de 50 leitos. Quando há deficiências nos centros de saúde ou nas policlínicas, este tipo de pequeno hospital converte-se na única porta de entrada à atenção sanitária e no único lugar de tratamento ambulatorial.

Dada a esta grande diversidade, podem ser definidas, de maneira geral, as razões que impõem a mudança e a reforma hospitalares. Em primeiro lugar, é a resposta às necessidades de saúde da população que está longe de ser satisfatória, tanto no plano macroeconômico quanto no nível do funcionamento interno do hospital. Devem assinalar-se, além disso, a falta de adaptação e de evolução ante o desafio tecnológico e as limitações financeiras e, por último, a ausência ou a insuficiência de modelos modernos de organização e de gestão dos estabelecimentos.

### **Desafio tecnológico e limitações financeiras**

A tecnologia possui importância crescente na medicina moderna. Hoje, fala-se da *complexidade tecnológica*, inclusive nos hospitais de médio porte nos quais se pratica a cirurgia não-invasiva e a endoscopia. As novas técnicas de imagem, medicina nuclear, angioplastia ou de circulação extracorpórea dão lugar a uma especialização cada vez maior e a uma concentração geográfica das atividades e da equipe. O impacto desta complexidade tecnológica na medicina e no hospital é importante: os médicos são mais especializados e menos autônomos. O médico não é mais esse homem que só exerce uma prática *liberal* no marco de um *colóquio singular* com seu paciente; torna-se, cada vez mais, um operador de equipe, que deve atualizar seus conhecimentos regularmente e, além disso, enfrentar problemas econômicos e financeiros.

Os dirigentes do hospital enfrentam também esta complexidade: suas preocupações centram-se na qualidade da atenção e na eficiência da gestão. A limitação de recursos e a obrigação de tomar decisões econômicas com conseqüências diretas sobre os serviços clínicos situam-nos em uma posição incômoda em um mundo hospitalar que tem estado muito afastado desta cultura gerencial.

A complexidade tecnológica e as limitações financeiras dos hospitais são outro argumento de peso para justificar a mudança e a reforma de suas modalidades de gestão. Partindo das necessidades de saúde, da complexidade tecnológica e das limitações financeiras que impõem esta transformação, a mudança afeta então todos os setores do estabelecimento e parte de um enfoque de melhoramento contínuo da qualidade. No campo da qualidade da atenção e da eficiência da gestão, a mudança incidirá na gestão dos recursos humanos, nas atividades industriais e logísticas, na melhoria dos serviços de alojamento e alimentação, na disponibilidade de um verdadeiro sistema de informação e na prática de um plano de manutenção das construções e da equipe.

### **A emergência de novos conceitos em gestão**

Na evolução que têm apresentado os sistemas de saúde, tem-se produzido uma mudança lenta na orientação dos serviços, desde uma situação em que se destacam produtos para uma maior ênfase na orientação ao usuário. Este é, provavelmente, o contexto que pode explicar a progressiva incorporação da preocupação pela qualidade e pela responsabilidade (*accountability*).

Há quem sustente que a qualidade tem sido uma preocupação constante ao longo da história da medicina, ou que a qualidade se venha a se transformar em um tema de preocupação nos níveis que formulam políticas; isto é um fato relativamente recente.<sup>4</sup> Nos fins da década de oitenta, Relman caracterizava a década de noventa como a era da avaliação e da responsabilidade, cuja preocupação pela qualidade seria um importante fator.<sup>5</sup> Paralelamente à preocupação pela qualidade, aumenta a preocupação pela responsabilização dos diferentes níveis de organização do Estado, o que, obviamente, inclui as instituições de saúde. O que se procura é garantir que os recursos que se atribuem às instituições públicas para seu funcionamento se encaixem com os resultados que se obtêm e exija que quem vier a assumir responsabilidade preste contas por elas.

As transformações que se têm observado nas instituições de saúde formam parte de um movimento mais amplo que tem incluído tanto empresas de bens como de serviços. Os elementos, que caracterizam o que poderia se denominar a gestão moderna em comparação com a gestão tradicional, têm sido conceituados por alguns autores como *gestão de quarta geração*.<sup>6</sup> Os componentes que se incluem neste conceito são a gestão de qualidade que enfatiza tanto processos quanto produtos, no trabalho de equipe que procura comprometer as colaborações de todos os integrantes das organizações com seus objetivos e no uso de provas científicas (*evidence*) na forma de decisões de gestão para fazer as coisas da melhor forma possível.

### **Tendências gerais de desenvolvimento na cultura, estrutura e gestão do hospital**

O hospital apresenta-se como a instituição mais paradigmática da organização de serviços de saúde. É também a instituição cuja missão tem variado menos ao longo do tempo, apesar das radicais transformações que têm afetado os sistemas de saúde na segunda metade do século XX.

A influência dos desenvolvimentos conceituais da administração de organizações sanitárias, e, especificamente, nos hospitais, foi condicionada por certas características socioculturais do setor saúde; a percepção social predominante concebia o médico como o depositário da verdade sobre o processo saúde-doença. Isto outorgava ao médico um reconhecimento social que, naturalmente, localizava-o no topo da organização sanitária. Esta organização mantinha uma relação assimétrica com a população atendida, a qual se considerava receptora passiva dos procedimentos e das intervenções que a equipe de saúde estimava como os mais apropriados para os problemas de saúde da população.

### **O hospital: organização piramidal e ajustada às necessidades dos prestadores**

Sob a influência das idéias e dos conceitos do desenvolvimento industrial, com as contribuições de Fayol e Taylor, os sistemas de saúde se organizaram em níveis hierárquicos com responsabilidades e competências definidas. O nível primário foi definido na base de uma organização piramidal de serviços, com baixa complexidade e alta cobertura. Na ponta da pirâmide assistencial do sistema de saúde, o hospital achava-se definido como entidade de alta complexidade e baixa cobertura. Por sua vez, o componente hospitalar dos sistemas de saúde apresentava estabelecimentos com diferentes níveis de complexidade, desde os hospitais básicos ou gerais, muitos deles rurais, até os hospitais de referência nacional ou institutos de especialidade (neurologia, traumatologia, oncologia, etc.) no vértice da pirâmide de atenção hospitalar.

É fácil entender que a organização interna do hospital reproduzisse novamente o paradigma burocrático weberiano predominante. No topo da organização, localizava-se o diretor médico enquanto que a base da pirâmide hospitalar era ocupada pelos operadores dos serviços clínicos que se dedicavam aos pacientes.

O modelo burocrático da organização hospitalar estava associado com um papel do médico como líder da equipe. As políticas de saúde propiciavam o aumento da cobertura assistencial. Esta combinação favoreceu que as necessidades dos prestadores, principalmente os médicos, fossem as forças dominantes no desenvolvimento da organização hospitalar.

Da mudança de médicos gerais, clínicos ou de família, a médicos de especialidades básicas, acompanhou-se também do desenvolvimento de alguns hospitais especializados em atenção à crianças (hospitais infantis) ou em atenção materna (maternidades). Nestes mesmos estabelecimentos, bem como nos hospitais gerais, o desenvolvimento das subespecialidades (cardiologia, nefrologia, hematologia, etc.) alertou o desenvolvimento de serviços ou departamentos clínicos de especialidade, que passaram a se constituir em parte da estrutura organizativa do hospital, tanto em seu componente de atenção fechado quanto no de atenção ambulatorial em consultórios ou policlínicas com especialidades contíguas aos hospitais.

Os serviços clínicos foram se desenvolvendo, incorporando procedimentos diagnósticos e terapêuticos, expressando-se estruturas departamentais que se incorporaram aos organogramas dos hospitais. As unidades de arritmia nos serviços de cardiologia, as unidades de diálise nos serviços de nefrologia e as unidades de endoscopia nos serviços de gastroenterologia podem ser mencionadas como exemplos desta tendência da organização hospitalar a ir se ajustando às necessidades dos prestadores.

O desenvolvimento e a complexidade do hospital é derivado da expansão e da diversificação das especialidades médicas, favorecendo a constituição de diferentes categorias de profissionais. O prestígio médico se associa à prática hospitalar e quem exerce sua prática profissional em níveis ambulatoriais são considerados de uma categoria inferior. Ainda que esta situação se encontre presente em menor escala em outras profissões da saúde e em campos não-profissionais, predominam certas visões sociais relacionadas ao maior prestígio do trabalho intra-hospitalar que do exercício ambulatorial.

Esta visão particular e valorização social dos atores determinam que o núcleo de maior influência no setor saúde se concentre nos médicos como profissão e nos hospitais como localização. Conforma-se assim um modelo de poder em torno dos médicos especialistas hospitalares, que se desenvolvem mais em seus âmbitos de influência no hospital. Isto, por sua vez, aumenta seu poder para a obtenção de seus interesses particulares, que não, necessariamente, coincidiram com os do conjunto da rede assistencial, nem com os dos usuários dos serviços oferecidos pela rede.

### **Departamentos ou serviços clínicos isolados**

A maior complexidade da estrutura hospitalar derivada da progressiva incorporação de novos departamentos ou serviços clínicos foi se traduzindo em uma ampliação da base da pirâmide organizativa do hospital. A criação de unidades dentro dos departamentos acrescentou novos níveis que burocratizaram, ainda mais, as relações entre aqueles que se encontravam na base e no topo da referida pirâmide. Os departamentos se organizaram sobre a base de aparatos (departamentos de gastroenterologia, nefrologia

ou hematologia) ou por tipos de instrumentos (departamentos de radiologia, logo ampliado a diagnóstico por imagem, anatomia patológica).

Em consonância com o modelo burocrático, cada um destes departamentos e, inclusive, as unidades dentro de um mesmo departamento, passaram a se constituir em unidades especializadas em determinadas tarefas. Este desenvolvimento, contudo, foi originando compartimentos isolados com pouca capacidade para se relacionar com outras unidades estruturais da organização. Chegou-se ao extremo de aceitar como normal e, inclusive, como algo desejável, que alguns departamentos tivessem seus próprios serviços de apoio diagnóstico. Desta forma, departamentos como nefrologia, hematologia ou endocrinologia, amparados no argumento da especificidade de seus requerimentos, desenvolveram seus próprios laboratórios, que se incorporaram ao laboratório central do hospital.

As características da cultura médica, o requisito de permanente progresso dos profissionais, o reconhecimento que recebem os médicos dos seus colegas pela perícia que têm adquirido no uso de novas tecnologias deixaram os profissionais médicos e os estabelecimentos de saúde em uma situação de vulnerabilidade à influência dos desenvolvimentos tecnológicos, tanto em matéria diagnóstica quanto terapêutica. Por outro lado, uma crescente indústria farmacêutica e de equipamento médico, cada vez mais poderosa, tem gerado uma pressão capaz de induzir sua própria demanda, que tem favorecido o desenvolvimento da superespecialização com o conseqüente impacto na estrutura hospitalar.

O crescimento da estrutura hospitalar que aprofundou a abordagem terapêutica dos pacientes a partir de diferentes especialidades médicas também significou, paradoxalmente, que a satisfação das necessidades integrais dos pacientes, além de, exclusivamente, técnicas e terapêuticas, perderam terreno como centro de preocupação e desenvolvimento do hospital.

## **A diversificação do modelo de atenção hospitalar**

O conceito do modelo de atenção, que foi analisado, amplamente, no Capítulo 3, orienta-nos sobre a forma em que determinada sociedade organiza seus recursos formais de saúde (humanos, materiais, tecnológicos) para poder responder às necessidades de saúde da população. Ainda que existam diferentes tipologias para descrever o modelo de atenção, para efeitos de nossa análise, distinguiremos duas dimensões que nos ajudam a entender a posição que ocupa o hospital no modelo de atenção, bem como as mudanças a que se faz referência neste capítulo: *tipo de atenção e nível de complexidade de atenção*. O tipo de atenção permite dividir as prestações de serviço entre aquelas de caráter ambulatorial (atenção aberta, atenção externa) e as de caráter interno (atenção fechada ou hospitalar propriamente dita). O nível de complexidade denota a capacidade resolutive do estabelecimento assistencial, que, em termos gerais, pode se sistematizar em alta, média e baixa complexidade. Deste modo, terão estabelecimentos nos quais se ofereçam prestações de baixa complexidade e de tipo ambulatorial (centro de saúde rural) ou de tipo interno (pequeno hospital rural). Por outro lado, encontram-se estabelecimentos nos quais se oferecem prestações de serviço de alta complexidade e de tipo ambulatorial (centros urbanos de especialidade médica, consultórios externos dos hospitais de referência nacional) ou de tipo interno (atenção em hospitais de referência nacional).

Em relação ao hospital como objeto de análise, as pressões de custos e as inovações tecnológicas têm mudado, entre outros fatores, a forma de organizar a atenção à saúde. Tem-se consolidado uma tendência à atenção ambulatorial dos problemas de saúde, bem como o desenvolvimento de alternativas

de tratamento hospitalar em cenários diferentes do hospital tradicional. Nesta seção do Capítulo, são descritas algumas das modalidades observadas.

### **Cirurgia ambulatorial – cirurgia-dia**

Uma das inovações de tratamento mais significativas é a *cirurgia ambulatorial*. Este conceito que baseia os procedimentos cirúrgicos, que podem ser realizados pelo médico, que é quem primeiro atende o paciente que demanda resolver um problema cirúrgico menor, tem tido importância na organização de sistemas de serviços de saúde.<sup>7</sup> A *cirurgia-dia* (procedimentos cirúrgicos realizados no mesmo dia em que o paciente chega ao hospital, o qual retorna a sua casa antes do anoitecer) é uma das variedades que apresenta a cirurgia ambulatorial.<sup>7</sup> O conceito também se amplia à permanência do paciente no hospital por um período de 24 horas.

Cada vez é maior a cifra de tecnologias que permitem tratar, de forma mais simples, problemas de saúde que antes requeriam grande infra-estrutura e apoio logístico e que se traduziam em prolongadas permanência dos pacientes nos hospitais. Ainda que esta tendência à ambulatorização pode ser considerada bastante geral, seu avanço ou seus limites dependerão de circunstâncias que excedem o âmbito de competência dos hospitais e a capacidade técnica dos profissionais da saúde. É evidente que as condições gerais de vida das comunidades e as fortalezas relativas das redes de apoio familiar e social delimitarão a possibilidade de oferecer, no ambulatório, a atenção a determinados pacientes.

Ao analisar, especificamente, a situação da cirurgia ambulatorial, tem-se assinalado, com razão, que sua situação é diferente quando são considerados países desenvolvidos do que quando a análise é realizada em países em vias de desenvolvimento. Na América Latina, dadas as características heterogêneas dos países e dos seus sistemas de saúde, observa-se um desenvolvimento desigual dos sistemas de atenção ambulatorial. Nos países latino-americanos com melhores níveis de vida e, em cada um deles, nas localidades urbanas com bons sistemas de transporte, moradia adequada e infra-estrutura hospitalar, será mais factível avançar no desenvolvimento de alternativas cirúrgicas ambulatoriais. Ao contrário, em países cujo nível de vida é menor e em localidades rurais onde o saneamento básico e os sistemas de transporte são mais precários, não só é difícil que se desenvolva a cirurgia ambulatorial, pois isso pode ser um importante inconveniente. As condições de vida precárias ou o apoio débil podem aumentar os riscos dos pacientes com menor capacidade para se valerem por si próprios quando estes são enviados a suas residências, prematuramente, após terem sido submetidos a uma intervenção cirúrgica.

A idéia que se tem da atenção ambulatorial aos pacientes é que estes permaneçam o menor tempo possível afastado do seu ambiente familiar e social. Não obstante, há circunstâncias em que, dadas as condições de vida da pessoa, a permanência no hospital pode ser a melhor alternativa. Isto explica o que, às vezes, denomina-se hospitalização por razões sociais. Ainda que esta situação seja clara em países pobres, a transferência de parte da atenção aos pacientes no ambulatório também pode ser complicada em países mais desenvolvidos, pois sempre ocorre repasse de custos do sistema de saúde à família e ao núcleo próximo ao paciente.

É necessário, então, que os programas de cirurgia ambulatorial, incluída a cirurgia-dia, incluam em seus protocolos pré-cirúrgicos a avaliação social do paciente, de modo que a equipe médica avalie em conjunto com o usuário ou com os seus familiares a melhor alternativa terapêutica para suas circunstâncias pessoais. Por outro lado, se o hospital está contribuindo para resolver um problema que excede o âmbito de competência do setor saúde, a sociedade deve reconhecer este esforço e expressá-lo nas designações de recursos que correspondam.

## Hospital-dia

Esta modalidade também se inscreve nas tendências à atenção ambulatorial dos problemas de saúde. Entende-se como hospital-dia um tipo de atenção do usuário no hospital, de modo que receba em suas dependências alguns tratamentos durante o dia sem ocupar um leito. Nesta modalidade de atenção, poder-se-iam incluir as unidades de diálise e as salas de medicina física e reabilitação. O hospital-dia de psiquiatria tem permitido reinserção social e familiar de pessoas com deficiência mental que antes só tinham como opção a hospitalização de longa estância, muitas vezes indefinida, em instituições como os asilos.

A alternativa do hospital-dia pode ser uma boa opção quando as condições da comunidade não são suficientemente boas para que as famílias e as redes de apoio social se encarreguem do paciente submetido a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais que requeiram maior infra-estrutura.

## Internação domiciliar e Internação de longa permanência

Em matéria de hospitalização, é possível estabelecer um gradiente entre dois extremos: em um, a hospitalização de longa estância, e no outro, a internação domiciliar. A internação de longa permanência sempre esteve presente na atenção hospitalar, mas tem sido modificada na medida em que se têm desenvolvido tratamentos mais eficazes. Um exemplo clássico neste sentido são os sanatórios para pacientes tuberculosos.

Com as pressões ao hospital tradicional das inovações terapêuticas e do aumento de custos, o caráter estabelecido para doentes agudos tem-no obrigado a desenvolver alternativas para a atenção de pacientes que ficam internados por períodos mais longos. Surgem assim os hospitais de longa permanência, nos quais a atenção médica requerida não é de alta complexidade e, sim, baseiam-se em cuidados de enfermagem. Este fenômeno tomará crescente importância na medida em que as populações envelheçam e se vá melhorando a capacidade de resposta social às necessidades dos adultos mais velhos.

No outro extremo, encontra-se a internação domiciliar (*home care*). Nesta modalidade, o paciente é atendido em sua casa em condições de apoio médico e tecnológico equivalentes à atenção que receberia no hospital. A miniaturização e as inovações tecnológicas que favorecem o traslado de equipes é um dos elementos que mais tem impulsionado o desenvolvimento desta modalidade. Após este esforço, procura-se encadear o apoio tecnológico disponível com o meio ambiente familiar do paciente.

A internação domiciliar tem tido um importante desenvolvimento nos países de alto ingresso e é, parcialmente, responsável pelo aumento de custos dos seus sistemas de saúde. Em países latino-americanos tem-se observado algum desenvolvimento de alternativas privadas em setores de população mais abastada. As experiências no setor público são restritas devido ao seu maior custo, mesmo que se notem algumas delas associadas a programas de cuidados paliativos e a tratamento da dor de pacientes terminais.

## Centros ambulatoriais de especialidades médicas

A crescente complexidade dos hospitais e, particularmente, o desenvolvimento das especialidades médicas conduziram à criação de centros ambulatoriais de especialidades médicas. Na nomenclatura tradicional da organização da atenção sanitária, estes centros pertencem ao denominado *nível secundário*, que se situa como filtro entre o nível primário e o nível de atenção hospitalar. Estes estabelecimentos

contíguos aos hospitais são conhecidos como consultórios dotados de especialidade ou centros de especialidades médicas (*outpatient departments*).

O desenvolvimento de reformas nos sistemas de saúde de alguns países da Região fez emergir alguns modelos de atenção diferentes que se acrescentaram à rede assistencial existente. Entre estes modelos cabe mencionar os *Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDTs)* e os *Centros de Referência de Saúde (CRSs)*, que têm tido um interessante desenvolvimento em Chile.<sup>8,9</sup>

#### **Centros de Diagnóstico e Tratamento: CDTs**

Os CDTs são centros ambulatoriais de alta complexidade que possuem leitos e incluem prestações diagnósticas e terapêuticas de alta capacidade de resolução para as diferentes especialidades, como as tomografias (*scanner*) e a cirurgia-dia. No caso chileno, alguns destes centros têm sido concebidos como estabelecimentos autônomos dos hospitais, mesmo que tenham bastante relação com eles porque se encontram em suas proximidades.

Por sua natureza, o CDT não é um estabelecimento intermediário entre o hospital e o centro de atenção primária, pois, em várias prestações de serviços, apresenta um nível de complexidade que é, inclusive, maior que o do hospital (por ex., procedimentos radiográficos, oftalmológicos, etc.).

#### **Centros de Referência de Saúde: CRSs**

Estes estabelecimentos têm um nível de complexidade menor que os CDTs, já que têm sido concebidos para albergar as especialidades médicas básicas (pediatria, medicina interna, cirurgia e ginecologia-obstetrícia). Seu papel corresponde ao de filtro entre o nível primário e o nível de maior complexidade ambulatorial (CDTs) ou fechada (hospital).

Os CRSs contam também com o equipamento que lhes permite prestar adequada atenção ambulatorial diagnóstica ou terapêutica nas especialidades que incluem. Estes estabelecimentos podem estar afastados dos hospitais da rede assistencial da qual formam parte.

A partir de um ponto de vista conceitual, o funcionamento de estabelecimentos como CDTs ou CRSs tem impulsionado uma nova concepção da organização de atenção à saúde. De acordo com esta conceitualização, a antiga pirâmide, cuja larga base estava representada pelo nível primário e o vértice pela atenção terciária do hospital, modifica-se. Este modelo é entendido como um sistema com dois componentes: atenção aberta ou ambulatorial e atenção fechada ou hospitalar, distinguindo-se, dentro de cada componente, níveis de baixa, média e alta complexidades. Esta sistematização permite expressar com mais coerência que um pequeno hospital rural, mesmo que ofereça atenção fechada, esta é de baixa complexidade e de menor capacidade resolutiva que a atenção ambulatorial que pode ser prestada por um centro de alta complexidade, como o CDT.

#### **Novos modelos de atenção de urgência**

Desde o enfoque sistêmico e em consonância com o conceito de modelo de atenção definido previamente, o sistema de atenção de urgência é um núcleo estratégico de grande importância na resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população.

Antes de referir-nos às mudanças observadas na atenção de urgência, é conveniente revisar alguns conceitos. Existem, ao menos, duas visões sobre as quais se pode abordar a atenção de urgência. Sob a perspectiva da demanda, há certas necessidades de atenção que as pessoas valorizam subjetivamente como inadiáveis e que as induzem a buscar atenção com mais presteza frente a outros problemas de saúde. Sob a perspectiva da oferta, também há certas condições que são avaliadas pelas equipes médicas que demandam atenção inadiável. Ambas as visões são consideradas complementares, ainda que não necessariamente idênticas. A primeira, conhecida como *atenção de urgência* propriamente dita, constrói-se sob a subjetividade do paciente ou daqueles que se encontram próximos a ele. No segundo caso, há uma valoração normativa da equipe profissional motivada pela aplicação de critérios clínicos. Neste caso, fala-se de *atenção de emergência*.

A atenção de urgência tem-se organizado, geralmente, como prestações oferecidas por estabelecimentos de saúde de diversos níveis de complexidade assistencial. Contudo, a evolução dos serviços tem permitido conceitualizar este tipo de atenção em dois componentes: *intramuros e extramuros*. O primeiro está representado pela atenção que se encontra em estabelecimentos de saúde, qualquer que seja seu nível de complexidade. O segundo se conhece como *atenção pré-hospitalar* e faz referência à atenção que se presta antes que o paciente seja admitido no estabelecimento de saúde.

As mudanças que têm sido observadas na atenção de urgência nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe têm tido como concepção a atenção progressiva do paciente, desde que este tenha necessidade de ser atendido até a unidade assistencial. Desta forma, os serviços de urgência tradicionais têm em vista reduzir seus leitos de internação para ir se transformando em estações transitórias de atenção nos quais são administrados tratamentos, depois dos quais se remete o paciente a sua residência ou este é internado em um serviço do hospital.

A organização de sistemas de atenção de urgência pré-hospitalar, a partir do qual se gera a atenção, abrange diversos procedimentos, como a recepção da chamada em um centro por pessoal especialmente capacitado, a avaliação da necessidade de atenção, o tratamento mais adequado e o transporte do paciente a um centro assistencial.

Em vários países da América Latina e Caribe têm-se realizado esforços orientados a organizar sistemas de atenção de urgência pré-hospitalar, cujo objetivo é responder à emergência onde esta se produz. Sob o ponto de vista estrutural, estes sistemas têm um número de telefone simples (911 na Costa Rica, 131 no Chile, 192 no Brasil), para o qual se pode ligar solicitando atenção. A ligação é recebida por uma telefonista especialmente treinada, que efetua uma série de perguntas e que conta com um conjunto de protocolo que lhe permite resolver o problema ou encaminhá-lo ao profissional que realizará a orientação médica que corresponda. O sistema de recepção e controle das ligações complementam-se com veículos e pessoal de resgate.

Do ponto de vista sanitário global, o objetivo da atenção pré-hospitalar é realizar atenção ao paciente no lugar onde se produz a emergência, bem como transportá-lo nas condições de estabilização que requeira até o centro assistencial mais adequado para sua situação específica. O sistema pré-hospitalar termina com a entrada do paciente no estabelecimento assistencial.

O sistema de atenção de urgência pré-hospitalar, para funcionar adequadamente, necessita de recursos humanos profissionais especialmente treinados em emergências, bem como de sistemas de comunicação e transporte com características adequadas.

Entre os recursos humanos que cumprem funções diferentes das que prestam em outras unidades dos serviços de saúde cabe mencionar o receptor de chamadas telefônicas, que transcende o papel de telefonista, pois estabelece um primeiro nível de orientação sanitária e toma decisões a respeito do despacho de veículos de baixa complexidade. No outro extremo, encontra-se a equipe de resgate, cuja composição deve ser flexível em função das condições específicas de cada situação. Entre o receptor da chamada e a equipe de resgate encontra-se, como recurso estratégico, o profissional modulador ou regulador da resposta; quem orienta ao que liga solicitando atenção decide sobre o envio de veículos de diferente nível de complexidade e se é necessário prestar apoio técnico a distância àqueles que, no veículo de resgate, realizam a intervenção de emergência.

A composição das equipes de atenção pré-hospitalar varia quanto ao número e ao tipo de recursos humanos. A experiência dos países da América Latina e Caribe que têm começado a implantar sistemas de atenção pré-hospitalar é variada. Um aspecto que, às vezes, pode ser controvertido é a participação médica no sistema. A impossibilidade prática e a discutível justificativa de contar com médicos nos veículos de resgate costumam causar controvérsia à composição do centro de controle. Neste debate, participam os modelos de países que têm sistemas consolidados (nos Estados Unidos, SAMU na França). Além dos argumentos teóricos, a realidade dos países da Região, em muitos casos, não permite que existam médicos dedicados, exclusivamente, ao controle no centro de chamadas; tal trabalho deve ser exercido por outros profissionais da saúde. Neste caso, o sistema tem de considerar mecanismos de comunicação que permitam que tais profissionais possam receber o apoio técnico médico cada vez que o requeiram. Independentemente da composição das equipes de atenção pré-hospitalar, todos os seus integrantes devem ser capacitados no manejo de emergências médicas.

O apoio logístico centra-se nos sistemas de comunicações e de transporte. Os sistemas de comunicação devem considerar os meios telefônicos e de rádio que tornem possível a comunicação das pessoas que necessitam de atenção com o centro de recepção e o controle das chamadas, bem como a comunicação, em todo momento, entre este e as equipes de resgate. Devido à geografia heterogênea dos países da Região, os sistemas de comunicação que garantem a melhor conexão podem ter desenhos e características técnicas diversas. No mesmo sentido, os veículos, quanto ao seu equipamento e ao pessoal que transportam, têm de ter uma composição flexível para poder socorrer no lugar onde se necessita atenção com a capacidade resolutive mais adequada, maximizando, desta forma, a eficiência no uso dos recursos. Ao decidir a localização dos veículos e as equipes de resgate, deve-se ter em vista a densidade da população e o tempo que o veículo demora a chegar até o ponto mais distante de seu raio de ação. A atenção médica em situações de desastre ou em grandes emergências, ainda que se relacione com a atenção de urgências, possui peculiaridades que serão analisadas no Capítulo 12.

### **Tendências observadas na gestão de recursos**

Em seu processo de ajuste às mudanças externas, o hospital tem adequado as formas de gestão dos seus recursos humanos, financeiros e físicos. Nesta seção do capítulo, serão analisados os aspectos que têm sido mais relevantes neste processo para o desenvolvimento do hospital.

### **A transformação da organização hospitalar**

A velocidade com que acontecem as mudanças no mundo atual obriga as organizações a desenvolverem capacidades estratégicas para antecipar as mudanças e adequarem-se a elas. As organizações que têm flexibilidade e capacidade de adaptação são as que se mantêm viáveis e obtêm

êxito. Estas tendências, que estimulam a competência no contexto da sociedade mais global, pressionam o hospital para que este satisfaça às necessidades do usuário. Por conseguinte, o hospital deve desenvolver estruturas flexíveis capazes de reagir de maneira dinâmica e oportuna às mudanças do entorno. Uma forma de adequar a organização do hospital é a inversão da tradicional pirâmide burocrática. O que, verdadeiramente, importa no hospital é a atenção direta do paciente. A tarefa daqueles que interagem com os pacientes é, portanto, a mais estratégica do conjunto da organização e a estrutura de gestão do hospital devem adaptar-se a ela.

Sob esta premissa, as relações entre os níveis de responsabilidade de gestão e os níveis assistenciais puros devem ser extremamente fluidos. Os primeiros têm de ser capazes de respaldar os compromissos dos que atendem aos pacientes, de maneira que o profissional mantenha sua credibilidade ante o paciente. Por outro lado, a adequada comunicação permitirá àqueles que prestam a assistência que só assumam com os pacientes aqueles compromissos que a organização possa respaldar.

### **Hospital por Cuidados Progressivos de Pacientes (CPP): uma alternativa de organização**

A introdução de novos sistemas organizativos, como os matriciais; a inclusão de novas técnicas, como o planejamento estratégico; e o avanço de novas ciências, como a psicologia social, levou alguns estabelecimentos a tentarem uma experiência inovadora no campo da saúde pública: organizar o *hospital por Cuidados Progressivos de Pacientes*. Este modelo, que possui poucos antecedentes, baseia-se em princípios facilmente aplicáveis e parte da classificação dos pacientes em função de sua gravidade elaborada por Florence Nightingale, na guerra de Crimeia.

À clássica disposição vertical de agrupamento por especialidade se sobrepõe a uma modalidade de organização horizontal que confere homogeneidade na atenção àqueles pacientes cujos transtornos, gravidade e tratamentos são similares. Com isso, procura-se atribuir ao sistema a máxima simplicidade.

A modalidade de CPP substitui o ingresso por serviços, por outra adaptada às necessidades de atenção do paciente, o que explica a presença de internados em uma mesma sala, por exemplo, pacientes traumatológicos com outros ginecológicos. Algumas das vantagens do cuidado progressivo de pacientes são as seguintes:

- a) Aumenta o acesso ao sistema porque acaba com os feudos pessoais dos chefes de serviço e põe os recursos à disposição do paciente. Evita à paradoxo de que um paciente com uma doença, por exemplo, traumatológica, não seja ingressado porque a sala da especialidade está completa enquanto outra possui leitos livres.
- b) Flexibilidade à utilização dos recursos, adaptando-os de forma rápida e efetiva às mais variadas necessidades da comunidade. Esta é a primeira destinatária do esforço do profissional da saúde; é a que demanda, porém também aporta os recursos. Como exemplo vale citar a área de programa do Hospital Belgrano, um centro assistencial materno-infantil que fechou suas portas por um problema interno devido à chamada telefônica do diretor de tal instituição. No decorrer de uma hora, uma sala de cuidados intermediários transformou-se em uma sala de maternidade, dando efetiva resposta à demanda inesperada. No sistema clássico de organização, é difícil imaginar a transformação de uma sala de traumatologia em maternidade, tendo leitos livres na primeira sala.

- c) Em caso de catástrofes ou desastres que alterem a capacidade natural de resposta de um estabelecimento, é muito mais simples adaptar o hospital à emergência porque já conta com setores predeterminados, pessoas e equipamento adequados para atender às diferentes demandas. Para isso, só é necessário habilitar um setor para pacientes graves.
- d) Favorece o trabalho em equipe e o uso na história clínica de sua atualização e supervisão diárias, o que resulta em um aumento da qualidade de atenção. Além disso, permite um aproveitamento mais racional e intensivo dos profissionais de enfermagem, já que com pouco pessoal bem capacitado é possível prestar cuidados mínimos enquanto o resto do pessoal destina-se ao cuidado de pacientes mais graves.
- e) O paciente é visto em sua integridade biológica e social, pois reconhece a equipe médica clínica, o que faz que se sinta mais seguro.
- f) Propicia o uso adequado de tecnologias por meio da sua redistribuição interna mais adequada.
- g) O hospital aumenta a sua comunicação com a comunidade ao estender seus serviços para os centros periféricos por meio de uma política de portas abertas que promove e facilita a participação comunitária.

### **Flexibilização na gestão de recursos humanos**

As empresas de serviços, diferentemente das produtoras, requerem muitos mais recursos humanos para funcionar. Com a mudança na cultura organizativa, o hospital tem nos recursos humanos o núcleo estratégico que pode determinar o êxito ou o fracasso do processo, bem como o ritmo e a velocidade da mudança.

Os administradores precisam de ordenamentos jurídicos e administrativos que possuam maior flexibilidade para adequarem as estruturas produtivas do hospital às novas circunstâncias. Isto significa flexibilidade para contratar e demitir e para mudar os perfis de trabalho. Entre os trabalhadores predomina uma visão de rejeição à flexibilização, pois existe associação à instabilidade e a precariedade do emprego.

O impacto de todas estas mudanças nos recursos humanos não é menor. O que a proposta de mudança traz é uma transformação que se orienta a definir perfis de maior qualificação, estabelecendo maiores requisitos para o ingresso no trabalho, como nível educativo e exigências de capacitação contínua. Contudo, o que é mais significativo em relação à cultura hospitalar tradicional que predomina nos trabalhadores de saúde é o desenvolvimento de sistemas de remunerações baseados no desempenho individual e na produtividade. (Veja o Capítulo 9).

### **As mudanças nas modalidades de financiamento do hospital**

Na evolução das modalidades de pagamento a hospitais, apresenta-se modalidade de relação entre os financiadores e os provedores, que tem variado em virtude da mudança na administração do risco. Nas modalidades de pagamento por serviço, incluindo o pagamento por dia-leito, o risco financeiro recai praticamente no financiador, pois este não controla as prestações do hospital e deve pagar por cada uma delas. No outro extremo, o pagamento captado ou os orçamentos globais situam o risco no provedor principalmente, já que este recebe certo montante de recursos financeiros pelas pessoas que estão sob sua responsabilidade e deve administrá-los para financiar as prestações que são estimadas como necessárias.

Os Grupos Relacionados com o Diagnóstico (GRDs) e os Pagamentos Associados a Diagnóstico (PADs) são alternativas situadas em uma posição intermediária entre o pagamento por serviço e o pagamento por orçamento global; seu desenvolvimento facilita o entendimento entre financiadores e provedores porque ambas as partes compartilham o risco financeiro da atenção.

Ainda que os mecanismos de pagamento a provedores de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais tenha evoluído, o uso, preferencialmente, de um não significa que outros sejam abandonados por completo. As modalidades de pagamento não costumam ser puras e, em um mesmo estabelecimento, podem coexistir modalidades diferentes.

### **Saúde Administrada ou *Managed Care***

O estabelecimento de mecanismos de risco compartilhado está associado a outro conceito que tem adquirido bastante notoriedade nos últimos anos: *Saúde Administrada ou Managed Care*.<sup>10</sup> Mesmo que não exista uma acepção única deste conceito, é possível entendê-lo como a integração da provisão de serviços e o seguro de saúde. Sob esta definição, também cabe assinalar que as práticas de *managed care* têm sido empregadas nos sistemas de saúde predominantemente públicos integrados. Não obstante, a adoção desta modalidade de saúde administrada por instituições privadas constitui uma importante novidade.

Do ponto de vista teórico, nas modalidades de *managed care* coincidem interesses em duas importantes dimensões: por um lado, é favorecida a contenção de custos ao fortalecer o nível primário de atenção (por ex., o médico clínico) em seu papel de *agente* que regula o consumo de prestações de maior complexidade para as pessoas que estão a seu cargo. Por outro, ao contribuir para racionalizar o uso da rede assistencial, só se fomenta mais a cultura da qualidade e da prevenção, o que beneficia os usuários, evitando a realização de intervenções de saúde desnecessárias.

A *saúde administrada*, mesmo com seu desenvolvimento inicial mais importante no sistema de saúde dos Estados Unidos da América, nos últimos anos, tem se estendido a países da América Latina.<sup>11</sup> Seu desenvolvimento não tem sido fácil e, provavelmente, não deixará de ser controvertido. A redução da liberdade para que o usuário possa escolher provedores e a forma de pagamento a estes, desde o pagamento por serviço (*free-for-service*) a fórmulas de capacitação ou pacotes estruturados de prestações, podem propiciar que usuários e provedores coincidam em atitudes de repúdio a esta modalidade.

### **A aplicação de novos enfoques disciplinares na gestão do hospital**

No contexto das políticas de contenção de custos e de avaliação da atenção que tem conduzido o desenvolvimento dos sistemas de saúde nas últimas duas décadas, há certos enfoques disciplinares que têm enriquecido o arsenal disponível para os administradores hospitalares.

Por sua maior relevância, faz-se, brevemente, referência a três enfoques que, para o gestor hospitalar, são complementares e, de certa forma, estão relacionados entre si: avaliação econômica, avaliação de tecnologias de saúde e prática ou medicina baseada em evidência (*evidence based medicine*).

#### **Avaliação econômica**

A avaliação econômica, no contexto da atenção à saúde, tenta responder a uma pergunta genérica: obtêm-se os mesmos resultados quando os recursos que se consomem no uso de determinada tecnologia para um fim concreto se destinam a outra finalidade?

Quatro são os tipos de avaliações econômicas que, habitualmente, são usados em avaliação de serviços de saúde: análise de efetividade dos custos, análise de custo-utilidade e análise de custo-benefício.<sup>12</sup> Todos estes métodos comparam os custos das diferentes alternativas de intervenção e as conseqüências de cada uma delas, mesmo que difiram nos métodos que se usam para medir as últimas.

As avaliações econômicas também apresentam algumas dificuldades que convém ter em vista. A determinação dos custos e das conseqüências das intervenções nem sempre é fácil. Os estudos de avaliação econômica de uma determinada intervenção podem ser específicos para o tempo e lugar onde se realizaram, porém, mudam ao variar o custo de oportunidade dos recursos requeridos. Quando se requer utilizar informação de um estudo em outra circunstância, deve-se prestar especial atenção, entre outros elementos, ao tamanho das unidades consideradas no estudo, bem como ao número de pacientes e ao tipo de problemas de saúde que apresentam (por ex., a casuística ou *case-mix*).

Um tema inerente aos estudos de avaliação econômica é a seleção da taxa de desconto que se vai utilizar, pois achar a taxa que expressa as preferências temporais da sociedade, isto é, a taxa que a sociedade está disposta a pagar por adiar o consumo de um bem ou serviço, pode transformar-se em uma tarefa muito complexa. A este respeito pode ser controvertido o tratamento metodológico que se dá a intervenções preventivas que produzirão benefícios em longo prazo.

#### **Avaliação de tecnologias de saúde**

Apesar de a avaliação do impacto das intervenções de saúde estar presente há muito tempo, não há dúvida de que a concepção sistemática da avaliação orientada a conhecer a efetividade das intervenções de saúde é um fenômeno recente. Provavelmente, o âmbito no qual teve um desenvolvimento mais precoce foi a área dos medicamentos nos anos sessenta, quando se estipulou o cumprimento de certas obrigações antes de poder comercializá-los.<sup>13</sup> A primeira resposta institucional ao problema da avaliação de tecnologias médicas foi a criação do Escritório de Avaliação de Tecnologia dos Estados Unidos da América (*Office of Technology Assessment*). A efetividade das intervenções de saúde teve importância depois da difusão dos trabalhos acadêmicos de Archivald Cochrane nos anos setenta.<sup>14</sup>

O conceito original de tecnologia em saúde refere-se a medicamentos, dispositivos, procedimentos médicos e cirúrgicos, bem como os sistemas organizativos dos serviços e sistemas de saúde. Esta definição, posteriormente, foi ampliada para incluir todas as tecnologias em saúde que se aplicam na atenção às pessoas (sadias ou doentes), e ressaltar a importância da perícia pessoal e o conhecimento necessário para seu uso.<sup>13</sup>

Desta forma, a avaliação de tecnologia de saúde é entendida "como um processo de análise dirigido a estimar o valor e a contribuição relativa de cada tecnologia sanitária à melhoria da saúde individual e coletiva, tendo em vista seu impacto econômico e social".<sup>13</sup> Neste sentido, a avaliação econômica constitui uma das disciplinas mais importantes da avaliação de tecnologias médicas.

O desenvolvimento deste enfoque teve importância no contexto de custos e racionalização do gasto que caracterizaram os sistemas de saúde nos anos oitenta. Em diversos países desenvolvidos, foram organizadas agências para avaliar tecnologias de saúde, porém, na América Latina, foi, na segunda metade da década de noventa, que começaram a se criar alguns escritórios com esta finalidade nos ministérios de saúde, cujo desenvolvimento tem encontrado muitos obstáculos devido à falta de recursos.

Sob o ponto de vista da gestão hospitalar, a avaliação de tecnologias de saúde constitui uma poderosa ferramenta que se incorpora aos processos de tomada de decisão. Sua contribuição na melhoria da atenção pode ser significativa, pois oferece informação aos que tomam decisões para distinguir as intervenções efetivas das que não são.

Novamente, é necessário precaver o leitor de que os aspectos considerados nos processos de tomada de decisão incluem diferentes dimensões, uma das quais é a avaliação das intervenções sob a dimensão técnica. As variáveis políticas e culturais também são aspectos determinantes nos processos de tomada de decisão.

### **Prática ou medicina baseada em provas ou na evidência (evidence based medicine)**

Este enfoque está diretamente relacionado com a avaliação de tecnologias médicas, pois o método mais comumente usado em tais avaliações é a procura sistemática das melhores provas de efetividade ou eficácia disponíveis.

A construção de bases de dados de informação médica e as possibilidades de acesso a elas têm permitido difundir amplamente o conhecimento científico de diferentes intervenções médicas.

Por outro lado, também é possível falar de política baseada em provas (*evidence based health policy*) e, inclusive, de atenção à saúde baseada em provas (*evidence based health care*), como a aplicação de pesquisas sistemáticas à formulação e à implantação de política de saúde que não só afetam a pacientes individuais, como também a grupos de pacientes e populações. Uma consequência natural deste enfoque no hospital seria o desenvolvimento da gestão baseada em evidência.

À semelhança dos dois enfoques previamente analisados faz-se necessário ser cauteloso ao considerar as contribuições da prática *baseada em evidência*. Entre as dificuldades que surgem cabe destacar que a realização de revisões rigorosas e sistemáticas da bibliografia pode levar mais tempo do que, às vezes, permite a tomada de decisões. A isso, somam-se como inconvenientes a qualidade e a validade da informação disponível, pois nem sempre serão encontradas evidências que respaldem a eficácia de uma tecnologia nos estudos que maior informação causal proporcionam, ou seja, em ensaios clínicos aleatorizados, controlados e a duplo ou triplo cego, estudos que, por outra parte, enfocam o problema de ter baixa validade externa (a possibilidade de extrapolar seus resultados a outros lugares, contextos e circunstâncias é baixa), dado que as condições muito especiais em que se realizam são muito diferentes das condições reais e práticas em que se utilizam as tecnologias nos sistemas e serviços de saúde.

Se o gerente do hospital é consciente das fortalezas e debilidades dos diferentes métodos, estará em melhores condições para obter o melhor proveito deles. Esta observação é tão válida e útil ao gerente que usa os métodos no âmbito específico de seu estabelecimento para manter diálogos informados com níveis hierárquicos superiores (autoridades sanitárias ou aseguradoras) que poderá utilizar estes enfoques para orientar as tarefas do hospital.

## Padronização diagnóstica e terapêutica (protocolos, guias clínicas)

O conceito de padronização diagnóstica e terapêutica encontra-se, atualmente, relacionado com os enfoques previamente analisados. A sistematização das melhores provas (*evidence*) disponíveis pode permitir a construção de algoritmos que facilitem as decisões das equipes de saúde em seus diferentes níveis. Estes algoritmos poderão formar parte de guias clínicos, protocolos clínicos ou guias de prática clínica (*clinical practice guideline*).

Em certas ocasiões, “guias clínicas” e “protocolos” são usados como sinônimos. Contudo, estes conceitos apresentam algumas diferenças que explicam as confusões que, às vezes, surgem ao analisá-los. O guia clínico é uma recomendação especializada que oferece certas possibilidades para que o destinatário possa mover-se no exercício de sua prática específica. O conceito denota uma assimetria em virtude da qual uma parte que se supõe com maior domínio técnico sobre o tema abordado na guia faz certas recomendações para as partes com menor nível de conhecimentos. Por outro lado, o conceito de protocolo refere um acordo entre as partes que o assumem como instrumento de relação. O protocolo é um instrumento que surge da vontade do acordo que expressam as contrapartes. Por esta razão, na construção do protocolo, tanto ou mais importantes que seus conteúdos são os elementos envolvidos na sua elaboração. A importância do protocolo é que as partes envolvidas sintam-se, efetivamente, comprometidas com os acordos alcançados (por ex., atenção do paciente diabético no centro de atenção primário e problemas que justificam seu encaminhamento à atenção especializada no ambulatório do hospital, e as condutas que seguem à avaliação do paciente por parte do especialista). Lamentavelmente, não são poucos os casos em que existem protocolos para certos tipos de problemas de saúde e não são cumpridos na prática. É possível que, em vários destes casos, as partes não se sintam comprometidas com o protocolo simplesmente porque não participaram da sua elaboração.

## Gestão clínica

Alguns dos desenvolvimentos observados na gestão de recursos analisados relacionam-se com outro conceito que tem adquirido crescente importância, a que tem sido chamado de *gestão clínica*. Em torno deste conceito existem diversos termos para definir experiências que podem se qualificar como inovações na gestão hospitalar e que, em geral, se referem a aspectos que compartilham certas características. Em algumas referências bibliográficas podem ser encontrados termos como *clinical management*, *case-mix management* ou *resource management* para expressar tal conceito.<sup>15, 16, 17</sup>

A característica destas modalidades é que compartilham algum sistema de padronização dos problemas de saúde dos pacientes que ingressam em um hospital, associando-se aos recursos que devem ser empregados na atenção. Em torno destas experiências, é possível identificar alguns eixos que contribuem para o desenvolvimento da gestão hospitalar:

- Tais eixos propiciam a revisão dos processos de atenção, o que permite estabelecer certos produtos em cuja produção participam várias unidades do hospital.
- A definição de produto faz-se em torno de critérios como eixos ordenadores, o que contribui a estandardizar e a reduzir a variabilidade clínica.
- Facilitam a integração das dimensões ou perspectivas médico-assistenciais e administrativo-financeiras e favorecem que os médicos clínicos se conscientizem mais dos custos.
- Potenciam uma cultura da responsabilidade de todos os níveis da organização do hospital, o que favorece um sentido compartilhado de missão.

Uma das condições básicas que requer a gestão clínica é contar com informação que apóie os processos de tomada de decisões. Isto origina demandas específicas de informação no âmbito das definições técnicas e médicas e no financeiro. Entre as primeiras, é fundamental dispor de algum sistema de classificação de pacientes, pois sobre a base da standardização das causas de ingresso também se pode standardizar o tipo de atenção requerido em cada caso. Desde a perspectiva do âmbito administrativo-financeiro, ao estabelecer as pautas terapêuticas, é possível identificar os recursos necessários para prestar tal atenção e, portanto, conhecer os custos em que se incorre.

Conhecendo os processos e estabelecendo os produtos com critérios técnico-médicos, também é possível desenhar critérios de qualidade que possam se medir tanto no processo quanto no resultado (letalidade, melhoria, porcentagem de infecções intra-hospitalares, satisfação com a atenção, entre outros).

Ainda que os sistemas de informação sejam analisados em profundidade no Capítulo 11, cabe assinalar aqui que toda informação implica um custo que se deve avaliar à luz do benefício que tal informação proporciona. Se o custo de se obter determinada informação for maior que o benefício que produz no processo de decisão, devem-se procurar alternativas ou, simplesmente, tomar decisões com a melhor informação que se disponha.

Conseqüentemente, os sistemas de classificação de pacientes e os sistemas de informação administrativa associados a eles devem estar baseados em alguns critérios gerais que os façam viáveis e úteis para os administradores dos estabelecimentos hospitalares dos países da Região. Neste sentido, estes sistemas deveriam cumprir ao menos três condições: ser práticos, específicos e independentes. Os que forem práticos devem permitir acessar informação importante e relevante com facilidade e de um modo custo-efetivo. A especificidade significa que a informação permite medir, e, portanto, avaliar quantidade, qualidade e oportunidade (tempo). A característica de independência é entendida como uma informação de uma categoria ou nível que só corresponda a este nível e não a outro.

Como se pode observar, vários dos aspectos analisados nesta e noutras seções do capítulo são insumos que, utilizados para organizar a gestão hospitalar de certa forma, podem alcançar seu maior potencial para contribuir no desenvolvimento da gestão clínica.

Em termos mais gerais, pode-se dizer que a gestão clínica oferece um espaço de construção conjunta em que possa coincidir a visão da ética médica, orientada a maximizar o bem-estar individual de cada paciente, e a ética social dos administradores, dirigida a maximizar o bem-estar do conjunto da sociedade. Neste processo de encontro, ambas visões podem contribuir, desde suas próprias perspectivas, a resolver os problemas reais que se derivam das decisões que, cotidianamente, os clínicos e os administradores devem tomar nos hospitais.

## **O desafio futuro da contribuição do hospital na rede de serviços**

Nas seções precedentes deste Capítulo, têm-se analisado o desenvolvimento da cultura, a estrutura e a organização do hospital e os fatores que têm estado e continuam propiciando mudanças, bem como a diversificação na resposta hospitalar aos novos cenários. Nesta parte final, será abordado, com perspectiva de futuro, o desafio da contribuição que deve fazer o hospital ao conjunto da rede assistencial, com o fim de satisfazer às necessidades específicas de atenção aos usuários.

## **O maior desafio: desenvolver um modelo centrado no usuário**

As empresas de serviços, como as instituições de saúde, têm colocado os usuários dos serviços que oferecem no centro de suas preocupações. Nas organizações de saúde, como o hospital, isto supõe uma mudança de paradigma bastante transcendental, pois implica uma transformação dos papéis que desempenham os prestadores de atenção de saúde e dos que recebem os serviços.

### **A mudança do paciente ao cliente**

O conceito de usuário encontrado no âmbito da saúde é de um paciente que desempenha um papel passivo, aceita o que os profissionais decidem em seu lugar e o que as instituições lhes oferecem em relação à oportunidade e à qualidade de atenção. De acordo com esta concepção, o papel do profissional da saúde, e em particular do médico, corresponde ao de um agente no qual o paciente delega seu poder de decisão para que este determine a mistura de prestações (exames, explorações, tratamentos) mais adequada para o motivo que gerou sua consulta.

A revolução das comunicações está produzindo uma mudança muito importante nas relações entre as pessoas e as instituições de saúde. O acesso à internet, por exemplo, é uma força que tende a diminuir as assimetrias entre provedores e usuários, que vão aumentando seu poder e adquirindo um papel mais ativo, mais próprio de clientes ou consumidores do que de *pacientes* tradicionais.

Em suma, a concepção de usuário para as instituições de saúde, e, particularmente, para o hospital, é que deveria canalizar e acentuar sua evolução, desde paciente passivo a cliente com direitos e deveres claramente explicitados.

### **A participação do usuário na gestão hospitalar**

A mudança nos modelos de gestão de enfoques clássicos para modelos mais participativos tem favorecido os usuários a participarem na gestão dos hospitais e de outras instituições de saúde. Em muitos casos, esta maior participação dos usuários tem adquirido expressões em organizações mais ou menos formais.

Na experiência européia, países como o Reino Unido têm incorporado representantes de usuários na direção e na gerência (*boards*) dos hospitais, aos quais se têm dado atribuições para nomear as equipes executivas que se encarregarem da gestão dos estabelecimentos. Em outros países, como a Holanda, a Suécia ou os Estados Unidos da América (Oregon), têm-se incluído cidadãos em processos de consulta para poder estabelecer prioridades.

No contexto latino-americano, têm-se desenvolvido algumas experiências de inclusão de usuários na gestão dos hospitais. Estas instâncias são, em geral, de tipo consultivo, não-resolutivo, e a função assignada a eles é a de colaborar na gestão, cuja responsabilidade segue recaindo nas equipes técnicas. Os conselhos de desenvolvimento hospitalar se inserem nesta perspectiva.

O desafio neste âmbito será a abertura de espaços para a participação dos usuários na gestão. Esta abertura deveria considerar tanto sua dimensão coletiva quanto sua dimensão individual. A primeira está associada com as decisões de manejo global dos recursos hospitalares, entre as quais cabe mencionar a participação de representantes dos usuários nos diretórios que designem as equipes gerenciais dos hospitais públicos à aprovação de planos de desenvolvimento que incluam investimentos e à aprovação

dos orçamentos operacionais anuais. A dimensão individual corresponde a um aumento da autonomia do indivíduo para que participe nas decisões diagnósticas e terapêuticas que o afetam, o que, entre outros aspectos, inclui consagrar o direito à segunda opinião.

### **Usuários externos e usuários internos?**

O fortalecimento da orientação ao usuário tem dado suporte para que alguns caracterizem os usuários como clientes ou usuários externos e internos. Ainda que esta sistematização possa ser útil para que os administradores desenvolvam estratégias diferentes e adequadas para cada tipo de usuário, também inclui termos que induzem à confusão, já que põe em um mesmo nível de hierarquia o usuário (o paciente) propriamente dito – quem encarna, essencialmente, a razão que justifica a existência do hospital – e os diferentes provedores, cuja missão não é outra senão satisfazer às necessidades de atenção do primeiro.

O certo é que, no hospital, as relações entre os diferentes serviços clínicos e as unidades são dinâmicas, pois, em algum momento, uma unidade pode ser provedora de um serviço (por ex., o serviço de radiologia efetua um exame radiológico em um paciente de medicina interna) e em outro pode ser usuário do serviço que outros oferecem (por ex., o serviço de radiologia recebe placas radiográficas do departamento de abastecimentos). O importante, contudo, é que o conjunto da organização não esqueça que todas as relações entre seus diferentes componentes têm de estar condicionadas às necessidades do cliente principal, ou seja, a pessoa que comparece ao hospital buscando a recuperação do seu estado de saúde.

### **Aspectos técnicos e aspectos não-técnicos na atenção**

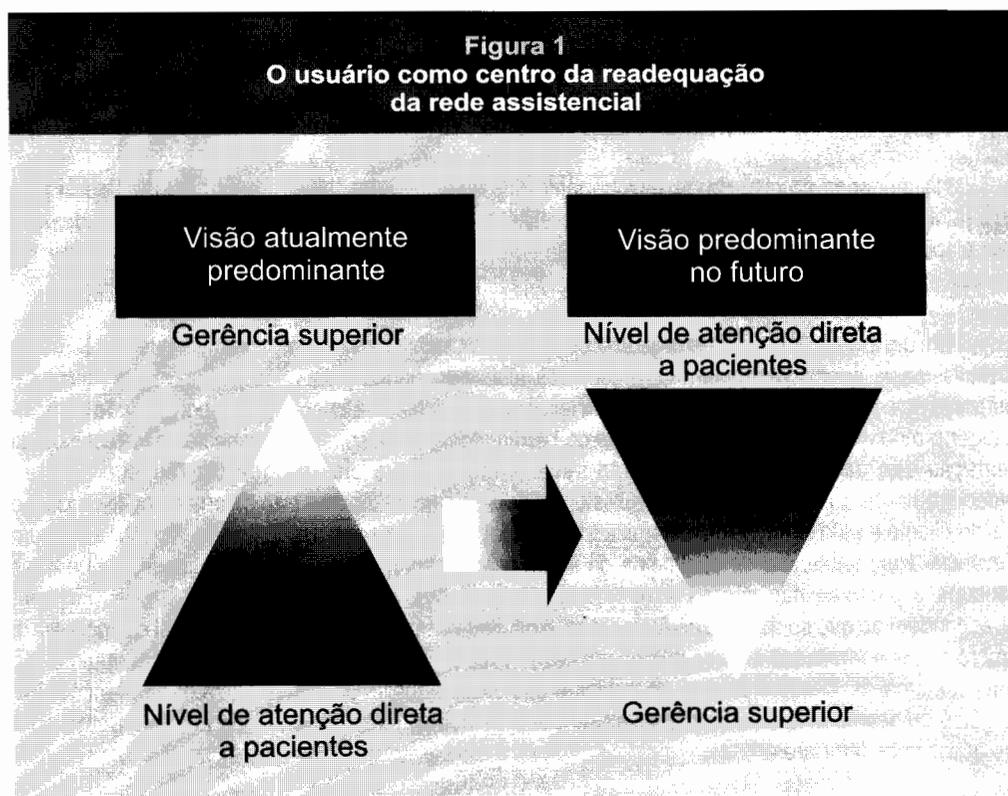
Na mudança do eixo de desenvolvimento dos serviços hospitalares de um pólo marcado pelo predomínio da orientação ao produto e às necessidades dos próprios prestadores para um que destaca mais a orientação ao usuário-cliente, necessariamente, produz-se uma mudança na mistura de aspectos técnicos e não-técnicos da atenção.

Em um ambiente em que as organizações de saúde, incluído o hospital, assumem que são somente os profissionais quem determinam as prestações mais adequadas para cada paciente, obviamente o destaque recai nas características técnicas de tais prestações (tipo de intervenção, oportunidade de fazê-la, lugar e modalidade para executá-la, dias de permanência no hospital). Os aspectos não-técnicos da prestação são desatendidos porque não se dá importância a eles no que diz respeito ao que, verdadeiramente, importa e ao que os profissionais determinam. Quando o eixo da organização muda e o usuário-cliente é visto como centro dinamizador do trabalho hospitalar, os aspectos não-técnicos adquirem relevância. Pelo fenômeno de assimetria de informação antes mencionado, na realidade, o que mais preocupa o paciente não são os aspectos técnicos, já que para ele tais aspectos, seguramente, correspondem ao que se deve fazer. Além disso, o paciente assume que o hospital no qual ele ingressará cumpre certas normas que alguma autoridade deve haver definido, em virtude das quais tem autorização de funcionamento. O que preocupa ao paciente são todas aquelas coisas que advêm da atenção: Ele estará só ou acompanhado? A comida será de boa qualidade? Terá suficiente abrigo? Será permitido o livre acesso aos familiares?

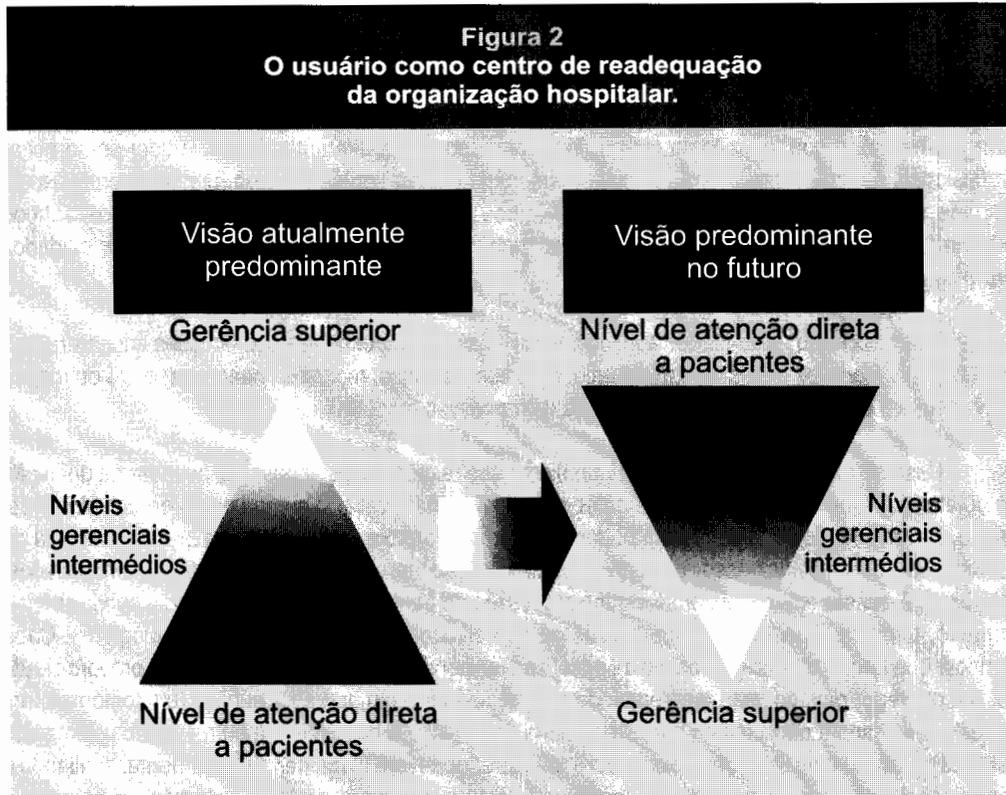
Nesta perspectiva, entende-se, perfeitamente, que alguns autores tenham contribuído para que a avaliação dos serviços de saúde se realize sobre a base das expectativas e os desejos dos pacientes com relação a sua saúde e à qualidade de vida, mais do que de acordo com aspectos relacionados com a dimensão clínica ou técnica.<sup>18</sup>

### As mudanças nos modelos de gestão derivados da diversificação da resposta hospitalar

As diferentes modalidades hospitalares necessitam de estruturas de suporte administrativo. Este requisito também é extensível ao conjunto da rede assistencial. Com relação a esta última, há preocupação em se articularem todos os níveis de **complexidade** em função das necessidades dos pacientes. A Figura 1 ilustra a mudança de que é preciso realizar para avançar na modernização dos serviços assistenciais. Na situação atual predominante, representada no lado esquerdo da figura, o maior poder, simbolizado pelo topo da pirâmide organizativa, encontra-se na atenção fechada ou intramuros, ficando a atenção ambulatorial na base, ou seja, no nível mais afastado dos espaços de decisão. A situação desejável no futuro, ilustrado no lado direito da imagem, é a inversão da pirâmide, de maneira que o nível ambulatorial, de onde surgem as necessidades de atenção dos pacientes que requerem hospitalização, seja o que, efetivamente, module a demanda hospitalar. No hospital, também pode-se aplicar um enfoque similar: a inversão da pirâmide da Figura 2 ilustra a importância que deve adquirir o nível de atenção às pessoas.



**Fonte:** Divisão de Políticas e Gestão. Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile.



**Fonte:** Divisão de Políticas e Gestão. Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile.

A reestruturação da oferta hospitalar conduz a uma mudança de paradigma que se expressa de diferentes maneiras. Consiste, por exemplo, em organizar a atenção do paciente em torno da plataforma tecnológica do hospital. Neste caso, o sistema hospitalar já não se organiza pelo conceito de leito ou de serviço de hospitalização, mas pela plataforma tecnológica composta pelos serviços de radiologia, as salas de cirurgia, os laboratórios, os serviços de exploração funcional e o pessoal técnico especializado que nela trabalha. Semelhante organização permite reduzir o número de leitos e desenvolver a atenção ambulatorial. A mudança de paradigma também se expressa na passagem da lógica de coexistência-competência à lógica de complementaridade-cooperação.<sup>19</sup> Dito de outra forma, seria a abertura do hospital a uma verdadeira rede hospitalar na qual as plataformas tecnológicas estão organizadas e distribuídas para se complementarem entre si, o que permite melhorar sua eficiência. Por último, a mudança de paradigma implica que também se passe de uma lógica de dominação das especialidades médicas a outra estratégica de nova legitimação da função de proximidade do hospital. Trata-se, em realidade, de reabilitar a missão de atender às urgências hospitalares, que foram omitidas durante muito tempo.

Desta forma, a organização hospitalar pode adquirir uma estrutura matricial, cujo núcleo é a organização por processos de produção. Neste modelo, o elemento articulador dos diferentes processos produtivos é a necessidade do paciente individual. Isto significa definir um processo (por ex., cuidados cirúrgicos) e identificar o seu responsável (por ex., chefe de cuidados cirúrgicos). Em torno do processo de

cuidado cirúrgico, o paciente vai tendo diferentes necessidades (exames pré-cirúrgicos, visita pré-anestésica, cirurgia propriamente dita, recuperação pós-anestésica, pós-operatório intra-hospitalar, andamento depois da alta), que se devem satisfazer mediante a intervenção de profissionais que participam em outros processos produtivos (por ex., recuperação anestésica dos pacientes intervindos cirurgicamente), e que, ao mesmo tempo, têm um responsável diferente. Assim, poder-se-ão achar profissionais de uma especialidade apoiando uma unidade por tipo de cuidado (um neurocirurgião em unidade de urgências), uma estrutura por núcleos de produção (às vezes, os mesmos antigos departamentos que oferecem profissionais em grupos de administradores de processos), cuidados cirúrgicos, atenção ambulatorial, etc.

Neste contexto, as unidades administrativas clássicas dependentes das direções administrativas dos hospitais (serviços gerais, abastecimento, recursos humanos, recursos financeiros, entre outros) se convertem em elementos de apoio do conjunto de processos produtivos.

Caso se definam processos e se nomeiem seus responsáveis, é possível avançar na definição de objetivos, o que permite aos níveis gerenciais do hospital avaliar o cumprimento de tais objetivos. Esta é, ao mesmo tempo, a base para poder incorporar o controle de qualidade na prática cotidiana do hospital. Ao ir definindo processos e objetivos, alguns dos processos produtivos poderão ser terceirizados. O habitual é pensar em terceirizar só alguns processos de apoio administrativo (limpeza ou vigilância). Contudo, também é possível exteriorizar os de tipo clínico (exames clínicos ou radiológicos). Cabe destacar que terceirizar não é sinônimo de privatizar; um serviço que se terceiriza pode ser proporcionado por um provedor privado, mas também pode ser prestado por um provedor público (um tomógrafo em um estabelecimento público com o qual se presta um serviço a pacientes de outros estabelecimentos públicos). Não existem soluções únicas, e o administrador deverá estar, permanentemente, avaliando a conveniência de acessar o produto específico mediante a compra a atores externos ou optar pelo próprio desenvolvimento.

O desafio trazido por esta mudança supõe uma grande transformação de cultura que não é fácil de se implantar. Um requisito básico para dar viabilidade a esta mudança é a profissionalização da gestão, de maneira que, efetivamente, vai-se construindo uma inteligência gestora permanente que permita ao hospital beneficiar-se dos esforços de otimização da gestão.

No que diz respeito a alternativas diferentes à hospitalização tradicional, os requerimentos de apoio administrativo também serão diferentes. As modalidades que advêm da tendência da atenção nos ambulatorios demandarão sistemas de gestão de alta complexidade. Os sistemas de informação de cada paciente exigirão definir um conjunto padronizado de dados básicos que permita uma gestão rápida e oportuna. Os sistemas de apoio diagnóstico pré-hospitalares terão de estar protocolizados e deverão ser monitorizados permanentemente, pois seu cumprimento tem relação direta com o êxito das alternativas de atenção ambulatorial dos pacientes. Os sistemas administrativos de apoio a distância aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais ou em modalidades de hospitalização domiciliar deverão ser seguros e confiáveis, o que demanda certo nível de complexidade tecnológica da qual os administradores devem estar conscientes.

A gestão do recurso humano, da infra-estrutura e do equipamento nas modalidades de atenção aberta apresenta grandes desafios. O mero objetivo de fazer funcionar estes estabelecimentos com um ritmo similar durante todo o dia já implica um desafio de envergadura. Em efeito, a cultura médica prevalente que

procura concentrar nas manhãs a atividade profissional desenvolvida em estabelecimentos públicos para poder exercer a prática privada durante as tardes, demandará sofisticados desenhos de incentivos econômicos e não-econômicos. A necessidade de contar, oportunamente, com médicos de especialidades de muita demanda e cuja oferta é escassa, precisa de sistemas flexíveis de contratação cuja implantação não é simples e exige introduzir modificações legais nos regimes estatutários trabalhistas vigentes.

Por outro lado, as modalidades de hospital de longa estância e de hospital diurno, cuja atenção médica se caracteriza por uma complexidade menor que a do hospital tradicional, requererão sistemas de apoio à gestão mais simples. Neste caso, o que pode ocorrer é que a simples aplicação de modelos de gestão do hospital tradicional superestime as necessidades reais de apoio administrativo requeridas por estas experiências.

As soluções administrativas que devem acompanhar o desenvolvimento hospitalar são diversas e complexas. Caso existam soluções tecnológicas na maior parte destes problemas, a realidade dos estabelecimentos públicos mostra que a disponibilidade de tais tecnologias é bastante relativa. Em curto prazo, não parece que as condições de restrição ao acesso a tais tecnologias vão variar, notavelmente, em relação à atual situação.

Por outro lado, deve-se ter em vista a possibilidade de desenvolver fórmulas de apoio administrativo a estabelecimentos próximos, como abordado no Capítulo 3. A informação sobre este tema (como a relação entre os CDTs e o hospital geral definido como hospital-base para um determinado território sanitário no sistema chileno) em alguns casos não é muito alentadora, posto que a dinâmica do hospital tende a se impor à lógica de gestão requerida sob uma perspectiva ambulatorial. Não obstante suas dificuldades de implantação, esta não é uma alternativa que possa ser descartada *a priori*, já que seu desenvolvimento adequado pode contribuir para melhorar a eficiência no uso dos recursos.

Em suma, a mudança organizativa do hospital se impõe também a partir da necessidade de integração na rede de atenção médica. Este conceito de rede apresenta ao hospital e aos demais serviços de saúde a questão de continuidade e a fluidez da atenção no espaço e no tempo.<sup>19</sup>

## **O desenvolvimento futuro dos serviços clínicos**

O perfil demográfico e epidemiológico das populações está mudando, o que se traduz em que as causas da doença e a morte se modifiquem, com o conseqüente impacto na demanda por serviços hospitalares. À medida que as populações envelhecem e aumenta o peso relativo das doenças degenerativas, a demanda de serviços hospitalares muda. O efeito das inovações tecnológicas está sendo produzido no mesmo sentido.

O desafio para o hospital será se organizar em uma rede interna que se articule com a rede assistencial externa. Esta nova organização provocará importantes modificações no campo hospitalar. No novo paradigma, privilegia-se a acolhida dos pacientes no hospital, ou seja, o serviço de urgência, o sistema de admissão e as consultas ambulatoriais. Também se privilegia a plataforma tecnológica que constitui o centro e o eixo central da instituição. As novas modalidades de atenção são a conseqüência direta desta dupla prioridade.

Tudo isto induzirá importantes modificações no funcionamento interno do hospital: "o hospital de amanhã é o hospital de hoje, porém, mais aberto para o mundo exterior e sem suas disfunções habituais".

O modelo de organização baseado em uma superespecialização dos conhecimentos e das práticas profissionais já não é adequado nem com relação à qualidade da atenção nem a seus custos. Todas as reflexões e as pesquisas realizadas em vários países sobre o futuro do sistema hospitalar conduzem às mesmas propostas: garantir aos doentes a aproximação global e multidisciplinar dos tratamentos, porque isso não só permite “curar melhor”, mas também “gastar melhor”.

A oncologia é uma disciplina que ilustra particularmente bem esta nova organização hospitalar. Seu desenvolvimento se fundamenta sobre noções do multidisciplinar da rede de atenção médica e sobre protocolos terapêuticos avaliados. A atenção em oncologia tem de ser, necessariamente, global, pois, com freqüência, um mesmo paciente necessita de diferentes tratamentos complementares (atenção médica, cirúrgica, radioterapia e quimioterapia). Os êxitos terapêuticos em oncologia se baseiam em estratégias terapêuticas multidisciplinares, que incluem, por exemplo, o envolvimento de diferentes especialistas, o andamento da evolução do paciente depois do tratamento, a atenção paliativa e o tratamento da dor. As exigências da qualidade e de respeito aos procedimentos experimentados, bem como a avaliação dos seus resultados, são a garantia da efetividade do tratamento.

O exemplo da oncologia também deixa clara a importância das condições da atenção ao paciente e sua qualidade junto com o caráter psicológico desta assistência e as opções éticas que têm as equipes médicas. Neste sentido, há casos em que é preferível renunciar a um tratamento curativo e oferecer somente cuidados paliativos para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Sob uma perspectiva de futuro, cabe esperar que em especialidades como a pediatria, sejam mantidas algumas tendências que já se têm observado na demanda de leitos hospitalares. Um exemplo disso é a crescente importância das doenças respiratórias e a simultânea redução das infecções do aparelho digestivo como motivo de hospitalização. Também cabe citar o aumento do tratamento cirúrgico de doenças que antes não eram tratáveis, como as malformações congênitas e, especialmente, as cardiovasculares. Para fazer frente a este último tipo de prestações, o hospital deverá fortalecer todas as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, como as de cuidados intensivos e os laboratórios.

Um fenômeno interessante em pediatria é, por exemplo, as unidades de neonatologia. Estas unidades aumentarão seu nível de complexidade como conseqüência da disponibilidade de tecnologias mais complexas e efetivas para tratar de crianças cada vez menores. Além disso, cabe esperar que o pedido de leitos de neonatologia diminua na medida em que se reduza a fecundidade dos países. Por exemplo, em um hospital novo da Região Metropolitana de Santiago no Chile, os quase sete anos transcorridos entre o que se desenhou como modelo médico e arquitetônico e o que se entregou no novo prédio explicam que a demanda de leitos deste serviço superou em 30% sua projeção original.

Quanto à atenção a adultos, é possível prever uma acentuação das mudanças que se observa na demanda de serviços hospitalares, derivados tanto das mudanças demográficas e epidemiológicas quanto do efeito da incorporação de novas tecnologias na oferta assistencial. Há serviços que cresceram, como as unidades intensivas e os serviços médico-cirúrgicos de traumatologia, doenças cardiovasculares, oncologia e transplantes.

A tendência a potenciar a atenção ambulatorial é acompanhada de um aumento da complexidade desta prestação no âmbito hospitalar. Por outro lado, a conseqüência das mudanças nas tecnologias terapêuticas, especialidades como oftalmologia e dermatologia, é a redução do número de leitos e do aumento da atenção ambulatorial.

Neste cenário, a visão tradicional dos serviços clínicos donos de parte de leitos hospitalares não só vai perdendo sentido senão constituindo uma opção que se tem de superar. Como já se mencionou, a gestão flexível da ocupação de leitos em função das necessidades do usuário se converte em um ambiente de gestão que procura satisfazer às necessidades de saúde. O desafio não é simples: deve-se acrescentar que a atenção hospitalar exige áreas de alta especialização e, por isso, só será possível reconverter os recursos humanos mediante a implantação de políticas de médio e longo prazos.

### **Algumas reflexões finais**

Na realidade de muitos países da Região, as interações do hospital com os demais estabelecimentos da rede se produzem em um contexto de relações não-sistemáticas, espontâneas e pouco reguladas. Um ordenamento que tende a sistematizar e a formalizar estas interações poderia implicar melhorias notáveis da capacidade de resposta do conjunto da rede às necessidades de atenção dos usuários.

No contexto da rede assistencial, o hospital interage com outros estabelecimentos que correspondem a outros tipos de organizações. A contribuição do hospital ao conjunto da rede parte de uma determinada especificidade: a *atenção fechada*. Este tipo de atenção complementa a atenção ambulatorial de diferente nível de complexidade oferecida por diferentes tipos de estabelecimentos. O hospital não só oferece atenção fechada, mas também prestações médicas de especialidade de forma ambulatorial, tendência que vem aumentando nos últimos anos. Contudo, a essência da prestação hospitalar é a atenção que gira em torno do paciente ingressado. É tal a força desta imagem que, inclusive, algumas modalidades inovadoras, como as analisadas neste capítulo, mantêm o nome de hospitalização para denotar uma atenção sanitária voltada para o recurso do leito hospitalar (por ex., a hospitalização domiciliar ou reduzida).

Sob a prática da atenção fechada, o hospital põe seus recursos e prestações à disposição do conjunto da rede, apoiando nela as ações dos níveis assistenciais restantes e, ao mesmo tempo, apoiando-se neles, quando o paciente requer atenção ambulatorial de seu problema de saúde.

Os desafios para os gerentes das futuras mudanças do hospital são enormes. Quanto antes se procure a melhor alternativa, tanto mais precocemente serão encontradas as soluções que, com urgência, reclamam os usuários dos hospitais da Região, especialmente os mais pobres e necessitados.

## Bibliografia

- 1 Contandriopoulos AP. *Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un status quo impossible*. Ruptures (Montreal) 1994; 1:8-26.
- 2 Contandriopoulos AP, Pouvourville G. *Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie*. Montréal: Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal; 1991. (Cahier No. 91-03.)
- 3 Institut Canadien de Recherches Avancées. *Les déterminants de la santé*. Toronto: Institut Canadien de Recherches Avancées; 1991. (Rapport No. 5.)
- 4 De Azevedo AC, Korycan TL. *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. Santiago do Chile: PARNASSAH; 1999.
- 5 Relman AS. *Assesment and accountability: The third revolution in medical care*. N Engl J Med 1988;319:1220-1222.
- 6 Joiner B. *Fourth generation management. The new business consciousness*. New York: McGraw-Hill; 1994.
- 7 World Health Organization. *Day surgery: Implacations for developing countries*. Geneva: WHO; 1999.
- 8 Ministério da Saúde, Divisão de Investimentos e Desenvolvimento da Rede Assistencial, Chile. *Estudio de red asistencial: guía metodológica*. Santiago do Chile: Ministério da Saúde, DINRED; 1997.
- 9 Ministério da Saúde, Divisão de Investimentos e Desenvolvimento da Rede Assistencial, Chile. *Sistematización de estudios de red asistencial de salud: visión nacional*. Santiago do Chile: Ministério da Saúde, DINRED; 1999.
- 10 Getzen TE. *Health economics. Fundamentals and flow of fund*. New York: John Wiley and Sons; 1997.
- 11 Centro Latino-Americano de Pesquisa em Sistemas e Serviços de Saúde. *Managed Care*. Santiago do Chile: CLAISS; 1994. (Documento Diálogos en salud No. 4).
- 12 Coyle D, Davies L. *How to assess cost-effectiveness: Elements of a sound economics evaluation*. En: Drummond M, Maynard A, eds. *Purchasing and providing cost-effective health care*. London: Churchill Livingstone; 1993.
- 13 Organização Pan-Americana da Saúde. *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS, Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 1998.
- 14 Cochrane A. *Effectiveness and efficiency*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.
- 15 Casas M, Varela J. *Gestión clínica: instrumentos y potencialidades*. Todo Hospital 1994; 105: 61- 68.
- 16 Packwood T, Keen M. *Hospital in transition. The resource management experiment*. Buckingham: Open University Press; 1991.
- 17 Alvarado R, Diaz E, Aravena P, et al. *Innovando en la gestión del Hospital Barros Luco-Trudeau*. Rev Chil Salud Pública 2000; 4: 54 – 64.
- 18 Frater A, Sheldon TA. *The outcome movement in the USA and the UK*. En: Drummond MF, Maynard A, eds. *Purchasing and providing cost-effective health care*. London: Churchill livingstone; 1993.
- 19 Omnes L. *Los cambios en la organización en el hospital*. Ruptures (Montreal) 1998; 5: 27- 33.

# Capítulo 5

## Critérios de definição do hospital em seu contexto

## O hospital como empresa social de serviços de atenção à saúde

A característica que diferencia o hospital do contexto das empresas de serviços é a natureza do seu trabalho. O trabalho dirigido a aliviar o sofrimento e a preservar a saúde e a vida é difícil de ser contextualizado como área de *negócio ou indústria* para os cidadãos, políticos e profissionais do setor saúde. No entanto, a necessidade de profissionalizar a gestão dos hospitais tem dado origem a modelos e disciplinas que fazem desequilibrar a concepção da organização hospitalar que tinham ou têm seus protagonistas tradicionais. A harmonia entre o pensamento gerencial e a concepção médica da instituição hospitalar é o cenário global no qual se expõe a definição do hospital.

As dicotomias tradicionais – clínicos e gestores, técnicos e políticos – explicam que os hospitais não têm criado uma cultura de empresa nem uma visão corporativa compartilhada interna e externamente. Os clínicos costumam convencer-se de que são eles *quem sabem e podem tudo com relação* ao trabalho e à organização do hospital e pensam que a atividade hospitalar fundamenta-se em dois únicos critérios: conservar o respeito e a confiança dos pacientes e manter a habilidade de curar e diminuir o sofrimento. Primeiramente, isso não é assunto dos gestores (relação médico-paciente) e, segundo, supõe somente capacidade (liberdade) profissional sem interferência política. Neste esquema de comportamento, qualquer proposta dos gestores e políticos é considerada ignorante ou uma intromissão na liberdade clínica e na intimidade da relação médico-paciente.<sup>1</sup> O exposto apresenta a seguinte pergunta: a que campo pertence a definição da tarefa do hospital?

Os hospitais têm desempenhado, sem dúvida, um papel importante nos sistemas de saúde de todos os países da Região; contudo, o grau de insatisfação dos usuários é considerável na maior parte dos países. Ao descontentamento dos usuários somam-se duas condicionantes: uma interna do sistema e outra externa e comum aos programas com financiamento estatal, que justificam mudanças na gestão hospitalar. Por um lado, o reconhecimento de que os modelos centralizados de gestão dos sistemas de saúde que integram as funções de asseguramento, financiamento, compra e produção de serviços são ineficientes e, por outro, a preocupação pela transparência e o controle do gasto público.

Efetivamente, a tendência a romper o monopólio na compra e produção de serviços (separação de funções) obriga os hospitais a entrarem em uma dinâmica de competência dentro de um *mercado* para o qual costumam padecer de limitações gerenciais e financeiras.

A mudança no comportamento dos consumidores de *pacientes*, que solicitam misericórdia, a *clientes* com plenos direitos cidadãos à saúde (mesmo que não tenham relações comerciais) e a crise de credibilidade dos serviços públicos hospitalares têm obrigado o hospital a reconhecer e a responder, com eficiência e efetividade, às necessidades e às demandas que são geradas ao seu redor para recuperar a confiança social.<sup>2</sup>

A existência do hospital se justifica na medida em que produz os serviços que a sociedade necessita e demanda e, para isso, a sociedade entrega recursos e desses espera receber utilidade.<sup>3</sup> Se o paciente é cidadão-cliente e a sociedade é o *mercado* em que se situa o hospital, a produtividade é o fator crítico de legitimidade social dos hospitais. O vínculo entre hospital e sociedade é uma relação de agência (que se conforma quando uma pessoa ou entidade, denominada principal, delega a outra, chamada agente, um determinado poder de decisão e administração de recursos). Nela, o principal (dono, acionista) é a sociedade

e o agente (gerência, empregado), o hospital. Tal relação inclui, ao mesmo tempo, um vínculo contratual entre ambas as partes, delegação de poder do principal e arbitrariedade para a autogestão do agente.<sup>4</sup> A relação de agência de saúde tem características peculiares. Aceita-se que as funções de utilidade do agente (legitimidade do hospital) e do principal (benefício da sociedade) são interdependentes: o hospital aumenta sua legitimidade atendendo efetivamente às necessidades e às expectativas da sociedade.

Daí deriva o conceito do hospital como empresa social, à margem de que dividam ou não relações comerciais.<sup>5</sup> Não se está fazendo referência à teoria de empresa neoclássica: enfoque tecnológico baseado na função de produção e de custos associados (hipótese de maximização do benefício a partir da eleição da quantidade de produto na curva da demanda de forma que o custo marginal seja igual ao preço). Ao contrário, refere-se às condições de contrato e produtividade social que caracterizam o trabalho, a organização e a gestão do hospital público (maximização da utilidade a partir da satisfação das expectativas de retribuição em serviços pela contribuição de recursos para a saúde que a sociedade investe).

Isto conduz ao conceito de risco institucional: o desempenho do hospital como resultado da diferença de funções de clínicos e gestores pela interdependência de suas conseqüências. O clínico assina um cheque quando faz uma prescrição diagnóstica ou terapêutica; o gestor intervém na qualidade do atendimento quando facilita ou nega recursos para realizá-la. Trata-se do conceito de convergência da eficácia clínica com a eficiência administrativa e do papel que desempenha a gerência institucional como integradora das racionalidades política (equidade), clínica (eficácia e efetividade) e administrativa (eficiência) que regem a institucionalização e a sobrevivência do hospital em uma sociedade.

As exigências dos processos de modernização e reforma introduzem na gerência hospitalar a dimensão da eficiência da gestão como complemento da eficácia e efetividade clínicas e como requisito da política de equidade. Isto obriga os gestores a compreenderem e a atuarem no contexto de especificidade da atenção à saúde e os profissionais clínicos a adquirirem novas atitudes e capacidades que os habilitem para tomar decisões clínicas em um novo marco de gerência institucional: a produtividade social, que marca o atual paradigma de virtude na gerência sanitária, consiste em maximizar a efetividade de atenção e da satisfação dos usuários com os menores custos sociais e financeiros possíveis.

O hospital é uma empresa social, porquanto suas ações se orientam ao cumprimento de objetivos fixados nas políticas públicas de saúde de um país, na medida em que produz serviços que respondam, com efetividade, às necessidades e às demandas sociais, independentemente da natureza jurídica do estabelecimento. O hospital é uma empresa de produção de serviços a indivíduos e comunidades. A partir deste fato criam-se profundos compromissos sociais entre a organização e a população à qual serve.

Em sua versão mais restrita, a função social do hospital, como empresa de serviços de saúde, inclui funções associadas de responsabilidade pela saúde da comunidade. Os destinatários dos serviços hospitalares não só são as pessoas que demandam cuidados de saúde, mas o sistema de saúde em seu conjunto ou as pessoas e ambientes sociais (municípios, cidades, escolas, etc.) sadios.

O que define o hospital como empresa social é seu grau de compromisso organizativo na prestação de serviços (medido como produtividade, isto é como eficiência e efetividade) à sociedade em cumprimento de uma função pública no âmbito da atenção à saúde. Nem a natureza jurídica, nem a propriedade dos hospitais são determinantes de sua concepção como empresa social.

Nas últimas décadas, tem sido cobrada crescente importância das instituições de saúde conceitos tais como: direitos, liberdade de eleição ou o *empowerment*. Nisto, têm influído, notavelmente, certas correntes de pensamento que advogam pelos direitos dos indivíduos e dos cidadãos.

A idéia que precede a estes enfoques é que os cidadãos exerçam o direito a uma maior participação em diversas matérias relacionadas à sua vinculação com o sistema de saúde. Sob uma perspectiva do cidadão como indivíduo ou consumidor, considera-se uma ampla gama de direitos e expectativas, que abarcam desde a eleição do provedor (médico, estabelecimento) até a sua participação em aspectos clínicos relacionados com a decisão médica. A partir de uma perspectiva social, o que se procura fomentar é a participação dos cidadãos na formulação das políticas locais de saúde.

Hoje em dia, nossas sociedades exigem das organizações hospitalares compromisso e responsabilidade com objetivos sociais de efetividade dos resultados e eficiência do gasto, assim como competência demonstrada no âmbito da qualidade técnica e a humanização da atenção. A legitimidade social das organizações hospitalares deve hoje responder a três vertentes: por parte da autoridade sanitária, por parte de quem financia o gasto e por parte de quem necessita e recebe os serviços.

A magnitude e a diversidade regionais do universo hospitalar levam a sua valorização e tratam-no como conjunto de empresas sociais, de preocupação dos governos e dos cidadãos.<sup>6</sup> No Quadro 1, sintetiza-se a disponibilidade de hospitais por país, expressada em número de leitos por setor sobre a base do inventário de hospitais da América Latina e Caribe, correspondente a 1996, elaborado pela OPAS em 1996. De acordo com este inventário e, tendo em vista o possível sub-registro que pode existir em alguns países e setores, a Região contava com 16.567 hospitais e 1.100.000 leitos.

**Quadro 1**  
**Número de hospitais e leitos dos países da América Latina e Caribe segundo o setor de afiliação.**

País	Nº Hospit.	Nº Leitos	Hospitais/Leitos hospitalares segundo o setor de afiliação				
			Setor público	Seguridade social	Privado	Filantrópico	Militar
Anguilla		10	2/10				
Antigua e Barbuda	3	255	2/240		2/240		
Antilhas Holandesas	11	1242	5/272		6/970		
Argentina	2780	115803	153/66289	63/4135	1132/43626	3/608	9/1145
Bahamas	5	1119	3/1033		2/86		
Barbados	8	1998	7/1974		1/24		
Belize	10	473	9/458		1/15		
Bermuda	2	396	2/396				
Bolívia	385	12650	221/6645	56/3386	102/2398		6/221
Brasil	6124	501876	1958/136171	66/5554	2874/240923	1197/116711	29/2517
Chile	385	38446	171/27299	3/43	189/7882	22/3222	
Colômbia	1053	54502	623/29088	30/4652	389/19267	2/476	9/1019
Costa Rica	33	6645		29/6412	4/233		
Cuba	243	56505	243/56505				
Dominica	1	195	1/195				
Equador	299	18141	141/10897	15/1737	132/3363		7/804
El Salvador	78	9571	32/6658	17/1942	27/911	1/60	1/259
Granada	5	522	5/522				
Guadalupe	10	1355	4/937		6/418		
Guatemala	145	10703	38/6928	25/1383	77/1638	4/682	1/72
Guiana	35	3242	28/2792		6/425	1/25	
Haiti	103	5241	45/3091	1/47	33/1237	24/866	
Honduras	89	6497	30/4678	2/391	56/1396		1/32
Ilhas Turcas e Caicos	1	134	1/134				
Ilhas Virgens (EUA)	23	1839	15/1198	1/145	7/496		
Ilhas Virgens (RU)	2	58	1/50		1/8		
Jamaica	31	5400	24/5100		7/300		
Martinica	6	390	5/338		1/52		
México	3033	107288	462/34829	413/36974	2096/32607	16/508	46/2370
Montserrat	1	44	1/44				
Nicarágua	78	6666	71/6197		5/199		2/270
Panamá	55	5901	39/4168	5/1046	11/687		
Paraguai	236	6658	115/3915	16/931	103/1769		2/43
Peru	443	35690	161/18450	69/7151	197/6939	4/140	12/3010
Porto Rico	90	12546	62/8740	2/253	26/3553		
Rep. Dominicana	213	11921	97/7289	11/1169	105/3463		
Santa Lúcia	6	534	6/534				
S.Vicente e Granadinas	1	207	1/207				
São Kits e Nevis	3	260	3/260				
Suriname	13	1618	7/905		5/653	1/60	
Trinidad e Tobago	64	6623	25/5911		38/711	1/1	
Uruguai	111	14064	67/9603	2/97	42/4364		
Venezuela	348	32738	192/23760	50/5908	101/2725	4/225	1/120
<b>Total</b>	<b>16567</b>	<b>1098224</b>	<b>6498/494710</b>	<b>876/83356</b>	<b>7783/383353</b>	<b>1284/124924</b>	<b>126/11882</b>

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde. Directorio de hospitales de América Latina y El Caribe. Washington, DC: OPS, 1997; Organização Pan-Americana da Saúde. La salud em las Américas. Washington, DC: OPS, 1998; Organização Pan-Americana da Saúde, Centro de Informação e Análise sobre Reforma do Setor Saúde na América Latina e Caribe. Perfis de sistemas de cervicoes de saldo em luz países. Washington, DC: OPS, 2000. (Projeto Reforma do Setor da Saúde na América Latina (LAC/RSS).)

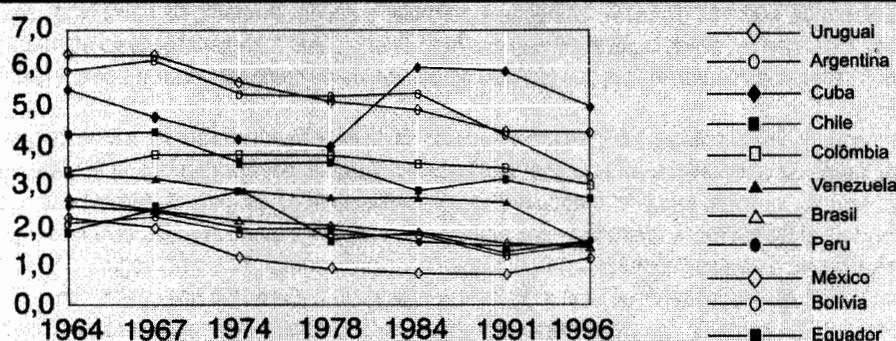
Como se nota no Quadro 2, enquanto que, em 10 países da Região, a totalidade de hospitais pertence ao setor público (sem incluir a segurança social), observa-se, no restante, diferente grau de cobertura do setor privado. Em termos globais, nota-se uma proporção discretamente maior de hospitais pertencentes ao setor privado (47%) que ao público (44,5%). Este último inclui 39,2% dos estabelecimentos do setor público e 5,3% da seguridade social; a eles se somam os hospitais do setor filantrópico (7,8%) e os das com instituições militares com (0,8%). A disponibilidade de leitos segundo os setores de afiliação por país tem uma distribuição similar à observada em relação aos hospitais. Contudo, a proporção de leitos do setor público é maior (52,7%), correspondendo a 45,1% do setor público; 7,6% à seguridade social; e só um terço (34,9%) ao setor privado. Isso se deve a que os hospitais públicos, incluídos os estabelecimentos docentes e os que dispõem de leitos para pacientes crônicos e psiquiátricos tendem a ter um maior número de leitos. O setor filantrópico dispõe de 11,4% dos leitos restantes e o setor militar, de 1,1%.

**Quadro 2**  
Número e proporção de leito hospitalar segundo o setor de filiação na América Latina e Caribe, 1996.

Setor de afiliação	Hospitais		Leitos	
	(Nº)	(%)	(Nº)	(%)
Público (sem Seguridade Social)	6498	39,2	494710	45,1
Seguridade Social	876	5,3	83356	7,6
Privado	7783	47,0	383353	34,9
Filantrópico	1284	7,8	124923	11,4
Militar	126	0,8	11882	1,1
<b>Total</b>	<b>16567</b>	<b>10,0</b>	<b>1098224</b>	<b>100,0</b>

Existe uma tendência geral à diminuição do número de leitos por 1.000 habitantes, e os dados do inventário de hospitais de 1996 são compatíveis com essa tendência. A Figura 1 ilustra a tendência nos 11 países selecionados da Região que contam com 90% dos leitos hospitalares. Em geral, observa-se um decréscimo. Nos países com menor disponibilidade de leitos, como a Bolívia e o México, observa-se uma discreta ascensão entre 1991 e 1996.

**Figura 1**  
Leitos por 1.000 habitantes em países da América Latina e Caribe, 1964-1996.



Fontes: Organização Pan-Americana da Saúde. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicação científica 549); Organização Pan-Americana da Saúde. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997.

## **Demandas e necessidades emergentes do contexto social**

As necessidades de saúde das populações mudam rapidamente em consequência das mudanças demográficas, epidemiológicas, econômicas, sociais e culturais dos países da Região. A estes se unem mudanças das expectativas e demandas dos usuários dos sistemas de saúde, que obrigam a desenhar novos perfis de produção dos hospitais.

### ***O questionamento sanitário***

Os sistemas sanitários da Região costumam ordenar seus fatores de produção para atenção hospitalar curativa nas áreas da morbidade materno-infantil e as associadas com as doenças infecciosas e carenciais. Na medida em que muda o perfil de doença e se potencializam as estratégias de atenção ambulatorial, surgem tensões que se originam da rigidez generalizada do sistema hospitalar. Esta rigidez estrutural é dada por limitações de ordem legal ou regulamentar da administração estatal de muitos dos estabelecimentos, mas também, do enfoque clínico tradicional.

### ***O questionamento do gasto hospitalar***

No final dos anos setenta, os sistemas de saúde começaram a comprovar a existência de problemas com os custos do aparato sanitário caracterizado pelo predomínio de políticas de crescimento e expansão. Nos países da OCDE, a porcentagem média do produto interno destinado à saúde aumentou de menos de 4% para mais de 8%, no período compreendido entre 1960 e 1992.<sup>7</sup>

Os fatores com que se tem tentado explicar o aumento de custos são de diversas naturezas. No estudo sobre novas orientações em saúde da OCDE, incluem-se, entre os associados com a demanda de serviços de saúde, o envelhecimento populacional, o aumento do ingresso e da cobertura dos seguros de saúde. Caso seja considerado o efeito destes fatores no aumento do gasto em saúde, fica uma importante porcentagem residual – que oscila entre 40 e 50% – que não se pode explicar satisfatoriamente. Para explicar este residual, sugerem-se fatores associados com a oferta, entre os quais se mencionam as mudanças tecnológicas do setor saúde, o aumento das instalações e do pessoal de saúde, o aumento dos preços dos fatores produtivos de saúde com relação à queda do produto interno.

O cenário de aumento de custos começou a estimular o desenvolvimento de políticas de saúde para contê-lo. Obviamente, sendo o gasto em atenção hospitalar o ponto mais importante na estrutura de produção dos serviços de saúde, muitas das políticas de contenção de custos focalizaram-se no hospital.

Um segundo argumento para o questionamento do gasto hospitalar consiste na crença de que os gastos com saúde, sejam públicos ou privados, não geram riqueza e, por conseguinte, o aumento dos recursos do sistema sanitário reduz, ano após ano, a competitividade de um país. Argumenta-se que a partir de certo nível de gastos, a efetividade dos serviços de saúde – sobretudo a dos curativos – para melhorar, realmente, o estado de saúde das populações é insignificante e, inclusive, negativo.<sup>8</sup> Há um decênio, em todo o mundo, observa-se uma incidência idêntica sobre a redução dos gastos com saúde, tanto nos Estados Unidos da América, que destinam 14% do seu PIB à saúde, como na Grã Bretanha, que destina 7%, ou em certos países latino-americanos, que gastam menos de 5% de sua riqueza nacional em saúde. O discurso que sustenta esta idéia dominante se resume da seguinte forma: o sistema de saúde é demasiado caro para as economias dos países e é preciso empreender em reformas para encontrar os meios de gastar menos e de controlar o crescimento destes gastos.

Esta postura apresenta alguns questionamentos: a saúde é muito cara? Qual sua proporção da riqueza nacional? É 14% do PIB, 7% ou 5% o nível ótimo de investimento em saúde? O surpreendente é que nos três exemplos citados (14%, 7% e 5%) encontra-se a mesma argumentação de controle e limitação dos gastos sanitários.

Este progressivo movimento para a redução do gasto em saúde e a contenção dos custos de atenção médica delimitam um cenário que questionam o gasto hospitalar.

### ***O questionamento da opinião do cidadão***

A satisfação das expectativas dos cidadãos não se trata apenas de um problema de disponibilidade de serviços médicos. A população de hoje – como resultado de sua história sanitária e do próprio processo democrático nos países, bem como do conhecimento do que acontece no resto do mundo – valoriza a saúde como um bem meritório essencial e, em conseqüência, a atenção à saúde como um direito humano básico e universal. As pessoas estão demandando: atendimento acessível, pronto, pertinente e de qualidade, tanto técnico quanto humano e, conseqüentemente, com os critérios de justiça e equidade com que conformam seus direitos e expectativas de saúde.

É preciso considerar as mudanças profundas e cada vez mais rápidas das sociedades dos países da Região resultantes de sua democratização, da valorização progressiva dos direitos humanos e do papel que desempenha o mercado em amplos âmbitos da vida social. A população está, cada vez mais, consciente e exigente, tanto da perspectiva dos direitos humanos gerais quanto da puramente sanitária. A cidadania evidencia garantia e o acesso à proteção quando precisa de atenção à saúde e na qualidade do atendimento que recebe. Por outro lado, a cidadania se preocupa, cada vez mais, pela forma de atribuir os recursos e incentivos e a organização da oferta como fatores fundamentais da forma em que se asseguram e se acessem os serviços.

Como está ocorrendo em outras sociedades mais desenvolvidas, a população da América Latina e Caribe têm, progressivamente, considerado que o acesso livre e oportuno aos serviços de saúde suficientes e de qualidade apropriada é, além de um meio de melhorar seu estado de saúde, um bem essencial em si próprio a que todos têm o mesmo direito. As pessoas querem ter direito à saúde claramente definidos e a segurança de que sejam cumpridas; a segurança de que poderão ter acesso oportuno à atenção à saúde; que esta será de boa qualidade e de que recebam um trato respeitoso; segurança de terem atendimento de urgência, mesmo que não disponham de recursos para pagar os serviços, e de que, quando envelheçam, tenham direito ao atendimento e aos cuidados necessários. As pessoas querem poder acompanhar os seus doentes, receber informação adequada e oportuna e manter uma relação direta e respeitosa com a equipe de saúde.

Dar ou não uma efetiva resposta social a estas expectativas tem importantes conseqüências no sentimento de segurança da população e afeta a confiança que está depositada em seus governos e, portanto, na legitimação dos serviços hospitalares públicos. Em última instância, tudo isso repercute na própria governabilidade democrática.

A prática da gestão sanitária deve prestar agora máxima atenção à proteção e à satisfação do usuário a partir de uma crescente fundamentação de suas decisões nas evidências científicas e na oportunidade dos seus atos. Na procura da legitimidade social do hospital, por parte da população usuária, é fundamental assegurar a participação ativa, protagonista e responsável das pessoas e das suas comunidades.

Neste contexto, o hospital do terceiro milênio na América Latina e Caribe deve ser definido como resposta tanto aos que tomam decisões políticas, clínicas e administrativas, como à cidadania. O que está

sob análise é como assegurar a maior produtividade sanitária, a eficiência, a qualidade e a satisfação do usuário a partir dos recursos que a sociedade entrega aos estabelecimentos hospitalares, cujos orçamentos, geralmente, concentram 70% do gasto público em saúde.

### ***A resposta hospitalar a esse múltiplo questionamento***

Diante do questionamento que a sociedade faz ao hospital público – os que tomam as decisões políticas acerca da efetividade do custo de suas ações e os próprios usuários sobre a acessibilidade, pertinência, oportunidade e qualidade dos serviços –, a resposta do hospital implica hoje em dia uma forte autocrítica à missão hospitalar, especialmente, nos aspectos a seguir.

Primeiro, a produtividade institucional, ou seja, a definição do que se produz e em quais condições de eficiência e, ainda, qual é seu impacto social (rentabilidade social) à saúde e ao bem-estar. A este respeito é fundamental que o hospital capte e interprete, claramente, os sinais procedentes das políticas públicas e os objetivos sociais sanitários para determinar a estrutura de serviços a partir das necessidades de saúde e o bem-estar das pessoas, e não a partir das pressões dos agentes da oferta (interesses de grupos profissionais médicos).

Segundo, a efetividade em função do custo dos meios de produção, ou seja, a decisão sobre como se produz e o que deve ser produzido. A adequada gestão clínica requer protocolizar atividades e processos clínicos sobre a base das evidências científicas disponíveis a fim de decidir quais as tecnologias que se adotam, quais os procedimentos que se utilizam e quais são os perfis idôneos dos recursos humanos, controlando as pressões da indústria.

O hospital, como empresa social, deve ser capaz de dar respostas flexíveis e claras às necessidades de saúde por meio de políticas nacionais e territoriais associadas com incentivos que propiciem ações congruentes com essas necessidades. O hospital pertencente à rede de serviços tem que administrar e compartilhar, adequadamente, o risco sanitário e financeiro, otimizar a utilização dos recursos e maximizar sua capacidade de resolver os problemas. Portanto, o verdadeiro desafio para este hospital fundamenta-se em definir, adequadamente, como satisfazer, efetiva e eficientemente, às necessidades de saúde da população, empregando critérios clínicos e gerenciais, bem como aumentando a qualidade percebida pelas pessoas. Para isso, é fundamental que o hospital:

- Receba sinais políticos e financeiros precisos e transparentes da autoridade sanitária nacional ou territorial até a sociedade sobre *o que fazer*.
- Tenha autonomia para definir *como fazê-lo*.
- Possa regular e controlar os resultados do *quê* e da qualidade dos processos implicados em *como*.
- Tenha sistemas para dar contas à autoridade sanitária e à sociedade (*accountability*) e responda, publicamente, por seus resultados de gestão (controle social).

### **Os princípios da gerência social hospitalar do amanhã: a ética da gestão, a produtividade social e a autogestão para lograr a eficiência com qualidade**

As mudanças profundas que vivem os países da Região em matéria sanitária, política, cultural e econômica, junto com o progressivo aumento do custo da atenção à saúde – especialmente da hospitalar –, apresentam sérios desafios à gerência do hospital sobre a forma de manter os valores tradicionais da medicina, o compromisso com a vida e o ser humano, a sustentação e a qualidade da atividade médica e da responsabilidade social pelos recursos comunitários.

Nunca se tinha submetido a tanta tensão a gestão de saúde em temas tão delicados, tanto por suas implicações éticas quanto ante a exigência internacional pela contenção de custos dos serviços de saúde sem que isso diminua a qualidade e a equidade. Isto é, especialmente, certo na área da atenção terciária, no qual se gasta grande parte dos recursos sanitários, dados os perfis epidemiológico e demográfico, o modelo de atendimento e os avanços tecnológicos prevalentes.

Hoje, os usuários dos sistemas hospitalares e os entes financiadores, como seguros públicos ou privados e entidades de atendimento gerenciado (*managed care*), pressionam cada vez com mais força por obter melhores serviços a menores preços. O mercado dos serviços hospitalares, com todas as suas imperfeições e limitações, regulam em alguma medida o financiamento e a provisão dos serviços. Em tudo isso, os gerentes sanitários têm atuado mais com perplexidade e com reatividade do que com uma atitude de propósito. Se uma organização hospitalar deseja sobreviver em uma economia globalizada, é essencial que seja eficiente do ponto de vista econômico. Se, além disso, deseja ter suficiente legitimidade para persistir, deverá ser rentável socialmente. O tema da rentabilidade econômica e social não pode ser alheio ao debate moderno da ética sanitária e é em torno destes conceitos que se deve fazer sérias reflexões sobre o futuro da gestão hospitalar.

### ***A ética da gestão hospitalar***

A concepção médica tradicional da ética está relacionada com a procura do maior benefício possível para o doente: fazer o maior bem e evitar causar dano. Esta visão tende a ser percebida como incompatível com a visão do mundo econômico, que parece não ter ética nem moral. O problema se apresenta quando o recurso sanitário é cada vez mais escasso (por seu progressivo encarecimento) devido ao aumento da demanda (pelas necessidades da população envelhecida e dos grupos desprezados).

Na clínica, a ética orienta-se a maximizar o bem-estar individual de cada paciente, o que determina o médico, único profissional que pode estabelecer adequados procedimentos diagnósticos e terapêuticos que esse paciente concreto precisa. A ética médica de natureza individual se contrapõe com a ética social, que predomina na vertente administrativa e financeira. Com esta perspectiva, os recursos que se destinam a um paciente individual têm um uso alternativo e somente devem ser usados neste paciente se o benefício para o conjunto é maior do que quando tais recursos são usados de outra forma.

Ao permanente dilema ético da gerência sanitária de procurar a excelência clínica e a gestão eficiente dos recursos se somam os princípios da ética médica de não fazer dano e produzir benefício e o de respeitar a opinião, a autonomia e os direitos do paciente como protagonista do atendimento e com a responsável da sua própria saúde. Além disso, é necessário considerar um requisito de ética social: que os recursos disponíveis na sociedade sejam designados e usados eficazmente na justiça e na equidade.

Os gerentes dos serviços de saúde são, cada vez mais, conscientes dos diferentes aspectos éticos da gestão hospitalar e, por isso, a utilização racional dos recursos tem se convertido em um problema ético importante. Se o gerente não administra bem os recursos sanitários que a sociedade coloca em suas mãos, este é poupado quando não deve sê-lo ou esbanjado sem justificativa, faltando, gravemente, a confiança que o paciente e a sociedade depositaram na sua instituição.

Hoje, por conseguinte, a gerência hospitalar está obrigada a voltar a pensar em que implica trabalhar adequadamente, a gestão bem feita: produzir o maior bem para a maior quantidade de pessoas com o

melhor uso dos recursos disponíveis. Quando não se administra bem, a quantos se terá deixado fora do sistema? A quantos fica limitado o potencial de desenvolvimento humano? Estas são algumas das perguntas urgentes que devem ser formuladas pelos gestores e pelos clínicos dos hospitais de todo o mundo. Não há dúvida de que esquivá-las é uma atitude mais fácil e cômoda, porém, constitui um problema ético em si próprio. Cada ato médico tem conseqüências não só em um paciente particular, mas nos recursos que a sociedade dispõe para muitos outros. É necessário integrar a ética clássica da relação médico-paciente com que se poderia denominar *ética social da gestão sanitária*. Esta ética tem que obrigar a avaliar os efeitos sociais que acarretam as decisões médicas cotidianas.

A ética social da gestão sanitária insiste hoje mais do que nunca na necessidade de fortalecer o conceito de excelência profissional, para além do domínio da disciplina científica. Isso requer gestores e profissionais da saúde que cultivem e exerçam a excelência no seu desenvolvimento como pessoas íntegras. Também precisa de equipes que superem o olhar tradicional do paternalismo implícito na *beneficência* clássica, reconhecendo no paciente direitos que emergem da sua condição humana e deveres próprios de pessoas providas de liberdade, responsabilidade e autonomia. Porém, além disso, a procura da excelência exige a gestão eficiente dos recursos, isto é, uma gestão produtiva justa e equitativa.

O médico, a equipe de saúde e o hospital com função pública deverão ser vistos, além de agente curador, mas também como agente gestor. Lograr o justo equilíbrio do que foi evidenciado anteriormente é o maior desafio atual. Não é fácil, porém, deverá ser alcançado; requer um esforço sistematizado que, além de unir clínica à gestão, responda às múltiplas demandas tendentes a reorientar o papel de atendimento terciário em um modelo mais centrado na saúde das pessoas que na doença.

O desafio que pretende unir a autonomia dos profissionais clínicos com a capacidade de auto-regulação para alcançar objetivos nos âmbitos de efetividade sanitária, eficiência econômica, qualidade técnica e percebida e satisfação do usuário é o aspecto-chave da ética de gestão hospitalar no novo milênio.

### **A produtividade social da gestão hospitalar baseada na excelência**

A procura da excelência institucional exige que os profissionais da saúde participem, decididamente, na gestão eficiente dos recursos hospitalares e se preocupem, ao mesmo tempo, pela qualidade da gestão clínica. A exigência imperiosa da co-responsabilidade (risco) institucional por parte dos clínicos e gestores precisam, ao mesmo tempo, de maior capacitação e participação nas decisões de gestão. Não obstante, a prática atual da maior parte dos clínicos se caracteriza por sua discordância em aceitar a necessidade de gestão. Muitas destas pessoas consideram que a gestão, no melhor dos casos, é um sinal de sujeira nas unhas e, no pior, equivale a colaborar com o inimigo.<sup>9</sup>

As experiências de fracasso ante múltiplas tentativas para obter a participação dos clínicos na gestão apresentam a hipótese de que talvez o propósito e a forma de realizá-los tenham sido errados. É preciso insistir novamente nisso mediante a criação de pontos de encontro (áreas de interesse comum) entre clínicos e gestores, que façam convergir efetividade clínica e qualidade técnica (interesse do clínico) com a eficiência administrativa e a racionalização de custos (interesse do gestor). Mesmo assim, será preciso identificar áreas de interesse compartilhado entre clínicos, gestores e políticos e converter em objetivos positivos aqueles aspectos institucionais que interessam a todos desenvolver, como a satisfação dos usuários (qualidade percebida), a relação custo/benefício de novas tecnologias ou intervenções

(eficiência econômica) e a confiança e o apoio social (sustentação política e financeira). Esta dialética entre clínicos, gestores e políticos, superando o muro de silêncio que há entre eles, está consolidando hoje em dia as primeiras tentativas de sucesso do que será a gerência hospitalar de amanhã.

O objetivo da produtividade que o hospital como empresa social deve alcançar supõe desenvolver as atividades que tendam a melhorar os resultados clínicos, aumentar o impacto social destes e a fazer o melhor uso dos recursos disponíveis. Buscar-se-á conjugar os resultados com as necessidades dos usuários e os recursos existentes. Estas três racionalidades (clínica, política e administrativa) são inseparáveis na gerência orientadas à produtividade social do denominado hospital-empresa.<sup>10</sup>

Cada serviço clínico deve constituir um centro de responsabilidade ou produção que deverá procurar, mediante o trabalho em equipe de gestores e clínicos, obter qualidade técnica ótima, resultados a tempo e sem adiamento, a custos razoáveis e com satisfação de usuário. Cada centro de responsabilidade ou produção deverá, em consonância com os compromissos da organização, desenhar seus próprios planos de melhoria contínua ou excelência e fazer um compromisso anual de gestão com a direção do hospital. Cada centro de produção deverá tornar-se fazendo, progressivamente, responsável da parte correspondente do compromisso global que o hospital assume com as políticas públicas de saúde e a sociedade que atende, e terá que ser solidário e colaborar com o restante dos centros de produção no sistema sanitário. Cada centro de responsabilidade ou produção deve orientar seu trabalho para o usuário (o paciente e a sua família) como núcleo de toda a decisão e, além disso, satisfazer ao usuário externo; tem que responder aos usuários internos do hospital e do sistema sanitário (outros centros que requerem apoio e colaboração). Nisso reside o substancial da descentralização.

Cada unidade, relativamente autônoma, pertence, ao mesmo tempo, a um órgão de maior complexidade que lhe dá coerência e explica que o processo de descentralização não equivalha à tão temida e improdutiva atomização. Sendo a descentralização uma lógica de arquitetura organizativa diferente, e estando os recursos fora do controle central (poder compartilhado, inteligência distribuída), a organização em rede do hospital em si própria, e desta dentro de um sistema sanitário, está além de ser uma política formal para se constituir em um requisito e uma condição necessária para cumprir a missão comum (valores e política) e os objetivos comuns (resultados e impacto) das unidades produtivas integrantes do hospital em seu entorno social.

A construção de redes baseadas em vínculos entre unidades produtivas (auto-administradas, como se verá mais adiante) fundamenta-se na cooperação e na responsabilidade frente à propriedade, à confiança e à legitimidade institucional na sociedade.

Contudo, a tarefa contínua de melhorar a qualidade tanto clínica quanto administrativa e, portanto, de procurar a excelência institucional somente se pode sustentar plenamente quando as pessoas se comprometem com os valores consubstanciais do sistema sanitário. Tal responsabilização somente é possível quando se dá às pessoas e às unidades a oportunidade de desenvolver, criativamente, suas capacidades de produtividade em uma estrutura organizativa horizontal que potencie a participação e o trabalho em equipe. A autogestão para a excelência tem como chaves a participação e a responsabilidade.

A participação é entendida como *ser ou formar parte e participar* e tem um claro sentido comunitário; é o compromisso de compartilhar: *estar ou ser, e fazer com e junto com a parte correspondente*, que deve traduzir-se na participação das pessoas no âmbito que lhes corresponde, nas decisões pertencentes a seu trabalho (o que tem sido chamado *gestão participativa*) e nos processos de mudança como protagonistas ativos.

A responsabilidade é entendida como responsabilização livre e consciente das conseqüências das nossas ações frente aos usuários e a quem nos entregam seus sempre escassos, porém valiosos, recursos para atender às demandas em aumento. A responsabilidade, portanto, implica assumir os desafios de orientar e otimizar o uso dos recursos sem delegar as decisões competentes.

A explicação anterior mostra que o hospital está trabalhando coerentemente na procura da satisfação dos usuários mediante processos de melhoria contínua. Isso, ao mesmo tempo, supõe que cada unidade de produção receba informação adequada sobre os requerimentos e o grau de satisfação dos seus usuários e o apoio metodológico para melhorar a qualidade dos seus processos. Neste sentido, experiências desenvolvidas em diferentes hospitais em países da Região demonstram a utilidade de unidades ou departamentos especializados tais como: os serviços de atendimento ao usuário ou ao *cliente* em sintonia com o que fazem as empresas mais competitivas do setor de serviços.

Finalmente, segundo a experiência dos autores deste Capítulo, o desenvolvimento bem-sucedido de um esforço corporativo de excelência institucional requer um grande investimento em comunicar, estimular o fluxo de informação e estabelecer o nível de conversações e negociações adequadas para propiciar as mudanças. Este é o principal desafio para melhorar a gerência hospitalar orientada a produtividade social: saber com clareza para onde se vai e compartilhar também com clareza quais são as possibilidades e as limitações da excelência institucional.

### ***A autonomia hospitalar***

Quando se fala de autonomia hospitalar, freqüentemente, entendem-se coisas diferentes, seja porque se aborda o tema de diversas posições e interesses ou porque se perseguem objetivos diferentes. Tem-se pretendido estimular a autonomia para obter maior competitividade em um mercado de prestadores. Tem-se procurado também a autonomia para diminuir rigidez e para obter maior capacidade de resposta do próprio sistema às necessidades dos usuários sem desintegrar um sistema de atendimento. Tudo isto, unido a experiências muito diferentes e ainda pouco avaliadas nos países da Região, tem contribuído a manter a confusão em torno deste tema.<sup>11</sup>

A autonomia inclui diversos aspectos que se deve considerar: os propriamente jurídicos, relativos à propriedade e à responsabilidade legal, e se o estabelecimento passa a possuir sua própria personalidade jurídica e plena posse sobre seus bens; os relacionados com as competências que o estabelecimento adquire na definição dos seus processos produtivos, sua organização interna e a gestão dos seus recursos financeiros, tecnológicos e humanos. Não existe, portanto, um só tipo de autonomia, já que nos aspectos mencionados podem existir diversos graus e níveis de autonomia, dependendo dos objetivos que se pretende lograr e dos processos para alcançá-la.

O essencial é precisar o objetivo central: se este é lograr competências hospitalares para competir em um cenário de subsídios à demanda por prestações ou se este consiste em lograr maiores competências para ajustar a oferta de serviços a determinadas políticas sanitárias públicas no marco de serviços integrados e cooperativos de atenção, tal como foram descritos no Capítulo 3. A rigor, não é a mesma coisa falar de autonomia em um ou em outro cenário. No último deles, é chave que os processos de autonomia transcorram paralelos a processos estratégicos de redesenho e fortalecimento de sistemas de saúde configurados em redes, que potenciem economias de escala e a capacidade de colaborar na consecução de objetivos de saúde pública. Para isso, é essencial contar com políticas explícitas, competências de condução e regulamentação exercidas pela instância reitora, capacidade de desenhar e implantar sistemas de alocação

de recursos que produzam incentivos adequados à efetividade sanitária, capacidade de avaliar e controlar o desempenho tanto dos sistemas quanto dos estabelecimentos, e desenvolver mecanismos que garantam a transparência da gestão hospitalar com relação a sua rede, a seus usuários e a sua comunidade.<sup>1 2</sup>

O essencial da autonomia hospitalar é que incluam as competências e a responsabilidade para que a gerência do hospital possa administrar seus recursos, modificar sua organização e seus processos conforme os requisitos do sistema de saúde. Estas competências devem ser adquiridas após um processo planejado com os devidos apoios legais, políticos e financeiros. Assim, têm que se avaliar, regularmente, e se consolidar, legal ou regulamentarmente, além dos vaivens em curto prazo.

Nos termos assinalados, quando se fala de autonomia não se pretende dizer que *cada qual faz o que quer*, senão que, pelo contrário, o hospital receberá sinais sanitários e incentivos financeiros precisos com relação a *o quê* deve fazer, ao mesmo tempo em que tem competência para fixar diversas margens de liberdade para dizer *como* fazê-lo. Por acréscimo, significa que o hospital manterá compromissos formais ou contratos sobre sua atividade e que deverá responder perante o sistema e os seus usuários. A esta última visão corresponde expressões tais como: *autonomia responsável ou autonomia hospitalar no contexto de redes*. Todas elas expressam a procura de processos de autonomia na gestão hospitalar, evitando os problemas de eficiência próprios da desintegração dos sistemas de saúde.<sup>1 3</sup>

#### **A autonomia da gestão hospitalar**

Por *autogestão* se entende o processo de descentralizar, outorgando poder de decisão sobre *como* fazer as coisas junto com toda a informação e os recursos necessários para que este renda melhores resultados expressados como impacto social.<sup>1 4</sup> Além de ser o resultado da descentralização, a autogestão é produto de um processo eminentemente cultural, de construção dos sinais de identidade de uma unidade (serviço clínico ou centro de produção) com relação à missão de um órgão de maior complexidade que, ao mesmo tempo, a contém, sistematicamente, em estrutura de rede (o hospital como um todo). Falar de autogestão supõe um antecedente básico: descentralizar e aspirar a uma conseqüência desejável: participação.<sup>1 5</sup>

A autogestão supõe um nível de relativa autonomia dos gestores e clínicos na tomada de decisões sobre como fazer as coisas sem menosprezar a integridade e a coerência do conjunto. Estas têm que estabelecer vínculos e empreender ações de cooperação entre as partes e criar redes efetivas e potentes de políticas e programas. Além disso, são totalmente compatíveis com o modelo de gestão amplamente descentralizado e participativo.

Uma razão muito poderosa para adotar formas de autogestão nas unidades de produção hospitalares é que com elas se aumenta a motivação das pessoas e abrem-se espaços de maior criatividade e liberdade. Estes espaços são de grande importância em organizações de serviços que dispõem de muita informação sobre tarefas muito complexas, como as do trabalho hospitalar. A premissa de partida da autogestão é a crença de que as possibilidades criativas das pessoas dependem do seu compromisso com os valores e de que a motivação e o compromisso surgem da força das idéias. As pessoas apóiam o que crêem e comprometem-se com o que participam.

As unidades de produção são mais eficientes para resolver situações problemáticas se dispõem de suficiente autonomia e liberdade. Estas unidades serão mais autônomas na medida em que se preservem suas capacidades adaptativas, a quantidade de informação que manipulam e a sua capacidade de se

auto-referir, se auto-regular e se auto-organizar permanentemente. Por isso, a autogestão supõe a capacidade de se questionar (auto-referência), de identificar e corrigir erros (auto-regulamento) e de se adaptar permanentemente (auto-organização). Esta é a base dos novos princípios que devem guiar a descentralização na futura gestão hospitalar.

A gestão hospitalar, em sua expressão mais operativa, significa que são as próprias unidades prestadoras de serviços – os serviços clínicos – as que têm que programar o volume de prestações e administrar os recursos necessários para alcançar os objetivos e as metas de produção e qualidade que a respectiva unidade se compromete a assumir em um período prefixado, dentro de um plano de empresa do hospital que, ao mesmo tempo, deve ser coerente com os requisitos que marcam as políticas públicas e com o financiamento do hospital. A experiência mostra que, para que a autogestão hospitalar seja realidade, deve-se avançar passo a passo nos seguintes aspectos básicos:

- O desenvolvimento no hospital de uma capacidade gerencial para gerar as mudanças de cultura e estilo de gestão institucional.
- Que exista uma equipe diretiva disposta a se comprometer em estimular e assumir a gestão descentralizada. Neste sentido, parece muito interessante fortalecer e potencializar a idéia de direção colegiada, já que em muitos centros em que se administra grande quantidade de recursos será indispensável criar uma verdadeira equipe de gestão entre a direção, os chefes de serviços, os médicos e o pessoal de enfermagem.
- Que se implante uma prática de negociação e acordo de objetivos, produtos e recursos, com o mecanismo de controle por resultados, por meio de acordos ou contratos de gestão entre os entes reitores, financiadores ou asseguradores e as unidades provedoras. A geração e a alocação de recursos, sobre cujo uso se teria autonomia de gestão, fundamentam-se, então, na relação adequada entre, os produtos e os custos acordados e obtidos.
- Um elemento-chave, sem dúvida, é a capacidade local da unidade de administrar, adequadamente, seus recursos humanos. Dado que a gestão do recurso humano depende de cada unidade, a organização deve prestar um forte apoio por meio de métodos e instrumentos para que em cada equipe se realize a gestão mais integral possível do recurso humano. Assim, o grau de trabalho efetivo em equipe, o estilo de liderança e os níveis de comunicação e participação são chaves para gerar o clima trabalhista que mantenha um modelo de autogestão hospitalar.

A autogestão dos serviços hospitalares só é possível se: o hospital tem um plano de empresa previamente elaborado (ou seja, tem explicitado sua missão, sua visão, seu grau de compromisso com os usuários e a comunidade, sua política de desenvolvimento institucional, sua estrutura organizativa, seus sistemas de informação e comunicação e seus mecanismos de controle e avaliação); em cada unidade auto-administrada exista uma equipe de gestão com os conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para dirigir o trabalho coletivo, gerar os espaços de participação adequados, avaliar, crítica e permanentemente, os processos de atendimento e gestão (com objetivo de criar um clima organizativo que fomenta o compromisso, a criatividade e a participação de todos os integrantes); tem-se ajustado os resultados e os custos esperados da gestão no marco de políticas e planos gerais; tem-se gerado uma cultura de medição de resultados e de prestação de contas; dispõe-se de informação oportuna, fidedigna e útil para a tomada descentralizada de decisões sem perder o controle, e, por último, se na organização tem favorecido as condições organizativas básicas de confiança e de transparência nas relações interpessoais conflituosas.

Considera-se que para o funcionamento operativo da autogestão hospitalar são necessários quatro instrumentos:<sup>16</sup> (1) o acordo ou o compromisso de gestão, que é um documento formal de caráter contratual, que resulta de uma negociação e tem sido destacado entre a equipe de gestão do sistema e a gerência do hospital. Este deve ser um instrumento flexível, delimitado no tempo, avaliável periodicamente, com objetivo de convertê-lo em um plano de trabalho da unidade em dado período relacionado a metas de produção, indicadores de eficiência, qualidade do atendimento e das prestações e de expressar os compromissos da gerência do sistema com a unidade hospitalar auto-administrada no âmbito da informação, os recursos e os incentivos e o apoio da gestão; 2) o programa-orçamento, em relação ao anterior, que designe e defina os recursos com que se realizarão as atividades comprometidas, como se controlará o gasto e como se retribuirá a produção com a definição de sistemas de incentivos; 3) o sistema de informação gerencial destinado a controlar a produção, os padrões de qualidade, os indicadores de eficiência e análises dos custos; e 4) os mecanismos para analisar os resultados da avaliação da gestão com os entes financiadores, reguladores e os usuários.

A prática da autogestão é aplicável tanto para o hospital em conjunto quanto para cada unidade ou centro de produção intra-hospitalar. A evolução esperada em um processo de construção de condições de autogestão será que de pequenos compromissos de gestão entre a gerência do hospital e os centros de produção, devidamente acordados e avaliados, possam ser alcançados paulatinamente, compromissos maiores que incluam todas as partes que competem a cada unidade do compromisso global de gestão do hospital com a autoridade sanitária, o ente financiador e a sociedade.

Finalmente, a autonomia da gestão hospitalar não pode ser compreendida fora do contexto de instrumentos concebidos para avaliar seu desempenho. Estas ferramentas devem centrar-se em avaliar a eficiência dos mecanismos de alocação de recursos, os resultados da gestão financeira e da gestão clínica e a qualidade dos cidadãos. Os mecanismos de avaliação que se empregam na Região só se encontram em diferentes graus de desenvolvimento e alguns deles são descritos no Capítulo 4.

## **A função de produção e os serviços prestados pelo hospital**

A função clássica do hospital é receber pacientes para tratar de seus problemas de saúde. O hospital dispõe de recursos humanos e tecnológicos que giram em torno de uma unidade produtiva – o leito hospitalar – e desenvolve uma série de processos tendentes a tratar ou a reabilitar pacientes. Tanto as mudanças tecnológicas quanto as epidemiológicas e culturais têm modificado, paulatinamente, esta função clássica e as formas de exercê-la. Desde os primeiros hospitais construídos na Região – geralmente hospícios ou casas de beneficência criados para separar os doentes das pessoas sadias e prover assistência caritativa a moribundos – até as complexas empresas de serviços de atenção à saúde, que são agora os modernos hospitais, têm tido mudanças profundas. O hospital nasceu como uma espécie de *gueto* para isolar os pacientes das suas comunidades. Hoje, o hospital perde identidade como edifício e ganha, paulatinamente, a imagem de unidade flexível produtora de serviços curativos em um contexto comunitário determinado.

Enquanto a função tradicional do hospital era atender a pessoas doentes (exercia uma função essencialmente curativa para a qual se requeria uma hospitalização mais ou menos prolongada), sua evolução recente caracteriza-se por colocar em dúvida suas funções tradicionais e desenvolver alternativas à hospitalização. Em época de qualidade da atenção e da luta contra as infecções hospitalares e sob as

pressões orçamentárias e financeiras, os hospitais orientam sua atividade para o atendimento em consultórios externos, recorrendo menos à hospitalização e, em consequência, reduzindo o número de leitos.

As mudanças observadas na prática clínica na Europa ocidental e, especialmente, na América do Norte não se devem, unicamente, às medidas de controle dos gastos em saúde. Em geral, notam-se os efeitos da evolução da tecnologia e da logística da biomedicina, que reduzem, puramente, a hospitalização clássica: nos Estados Unidos da América, o número de leitos baixou mais de 19% entre 1984 e 1994, as consultas externas aumentaram 81% e as intervenções cirúrgicas sem hospitalização, 168%,<sup>17</sup> o que destaca uma tendência similar à comentada com relação à redução de leitos na América Latina e Caribe.

Esta tendência de desenvolvimento das consultas externas e de opções frente à hospitalização, reforçada pela criação de redes de serviços, põe em dúvida a missão e as funções tradicionais do hospital. Em vista do grau de diversificação das modalidades de intervenção, já não se pode definir o hospital segundo o critério de leitos, ou seja, do atendimento do doente hospitalizado. Os únicos critérios que seguem sendo válidos para definir o hospital são a infra-estrutura tecnológica para as funções curativas e um pessoal médico e paramédico sumamente competente (salas de cirurgia, laboratórios, tecnologias de diagnóstico por imagem, terapia intensiva). Os leitos, as instalações, a logística e a infra-estrutura física têm deixado de ser critérios pertinentes.

Além do acolhimento, que cada vez se reduz mais aos problemas agudos e de maior complexidade, e dada a crescente tendência a oferecer serviços e prestações ambulatoriais, o hospital tem prestado serviços especializados de consulta e atendimento de emergências com ou sem o ingresso dos pacientes. Em acréscimo, as funções de pesquisa e docência têm estado muito estreitamente ligadas ao trabalho clínico habitual.

Igualmente, deve-se mencionar as mudanças nos modelos de atendimento e os requerimentos de eficiência e qualidade que surgem no sistema global de saúde e influem, poderosamente, em aspectos tão operativos como o tamanho dos hospitais, sua arquitetura, sua organização e seu estilo de gestão. Assim, os hospitais tendem a ser menores e flexíveis na sua estrutura; seu número de leitos se reduz; aumentam sua complexidade tecnológica, igualmente às áreas destinadas ao atendimento ambulatorial. Os serviços completos, outrora integrantes do hospital, hoje se desprendem para se acercar ao *habitat* das pessoas; as prolongações ou vínculos entre o hospital e o lugar onde moram as pessoas ou com serviços de apoio comunitário de caráter complementar se intensificam. Já não é possível definir o trabalho do hospital sem observá-lo no contexto das comunidades e das redes de atenção à saúde.

## **O hospital e a comunidade**

O hospital é um sistema vivo que interage, dinamicamente, com o meio onde opera, oferta serviços e influi na sociedade. Nesta relação, é possível identificar, ao menos, as seguintes operações:

- O hospital e o sistema sanitário. O hospital como prestador de serviços curativos de saúde mantém relações com os atores que definem e executam as políticas sanitárias tanto nacionais quanto territoriais, que se expressam em determinadas atividades e serviços de saúde. Estes últimos, ao mesmo tempo, têm correlação entre a equipe de saúde e pacientes determinados, e entre a equipe de saúde com pessoas e grupos comunitários no contexto de atividades de promoção ou prevenção.

- O hospital e a economia. O hospital como gerador de gasto demanda insumos e serviços de apoio, emprego e oferta de atenção à saúde e mantém relações financeiras, econômicas e comerciais com os organismos de financiamento, os provedores de insumos e serviços e a indústria da saúde em geral.
- O hospital e a comunidade. O hospital como espaço público de encontro e convivência social promove a participação social e constitui um elemento democratizador por meio de mecanismos de escuta e retroalimentação que contribuem à potenciação das instâncias locais de ação em muitos setores em saúde; além disso, estimula mudanças culturais e pode gerar, por meio de políticas de promoção e educação comunitária, estilos de vida saudáveis. Como gerador de conhecimento, por meio da pesquisa, da educação em saúde e da formação de profissionais do setor contribui para desenvolver o capital humano.

Para ilustrar estas interações com exemplos extraídos da prática, são descritas uma experiência de resposta do hospital a seu ambiente na Argentina e, a seguir, duas experiências chilenas das relações que um hospital mantém com a sua comunidade.

A primeira experiência se refere ao Hospital General Manuel Belgrano; está localizado no partido de General San Martín, na província de Buenos Aires (Argentina). Tem uma área de cobertura de 140.000 habitantes, dos quais 60% têm necessidades básicas insatisfeitas. É um hospital materno-infantil, cujo serviço de urgências também está capacitado para o atendimento de pacientes adultos.

Em 1985, este hospital começou trabalhar duas idéias: uma tem a ver com o aspecto social e comunitário do hospital, a implantação de uma política de abertura de extramuros que se chamou *desenvolvimento do hospital externo*, criando-se o Serviço de Medicina Preventiva, que inclui programas que respondem às necessidades dos usuários: tuberculose, hipertensão arterial, doenças de transmissão sexual e AIDS, controle de lactantes e grávidas, controle da criança em idade escolar, oficinas de educação para a saúde em instituições e criação da rede interinstitucional que abrange instituições da área social, nos municípios de San Martín e Vicente López. Assim, foi destacada a atenção primária como estratégia para melhorar as condições de saúde da população, e conseguiu-se ajustar os mecanismos de referência e contra-referência – de forma que o acesso dos pacientes atendidos nos centros de saúde encontre a menor quantidade de obstáculos possíveis, um melhor conhecimento da realidade socioeconômica e cultural e do perfil epidemiológico da área de influência e ofereça a possibilidade de ajustar as ações tendentes a satisfazer às necessidades de tal população.

A outra idéia refere-se ao hospital interno. Por uma parte, trata-se de enfrentar desafios como: aumentar o alcance, a flexibilidade, a acessibilidade e a qualidade dos serviços oferecidos e, por outra, otimizar a utilização dos recursos físicos e humanos a fim de reduzir custos e de dispor racionalmente do escasso pessoal com capacitação profissional na área de enfermagem.

A primeira experiência chilena refere-se ao hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago do Chile, um centro pediátrico de referência nacional, que criou organismos de

direito privado sem fins lucrativos de forte participação comunitária para conseguir recursos e criar uma administração público-privada. Estas entidades arrecadaram, entre 1994 e 1998, cerca de 8 milhões de dólares com os quais se construiu infra-estrutura para novas áreas de serviços (cirurgia cardiovascular, câncer, transplantes). Isso permitiu explorar novas formas de gestão, participação e controle social e obter uma boa imagem do hospital perante a opinião pública. Estimulado por estas experiências, o hospital criou em 1997 uma entidade de direito privado (a Fundação Aníbal Ariztía), cuja equipe diretiva é escolhida, paritária e democraticamente, por níveis do hospital. Esta entidade administra os recursos próprios do hospital para reinvestimento em tecnologias, capacitação ou melhorar as condições trabalhistas do pessoal e, nos seus dois anos de funcionamento, tem gerado novas dinâmicas de compromisso do pessoal com o processo de mudança institucional.

A segunda experiência chilena é a do hospital San Martín de Quillota, um hospital geral de nível secundário situado em uma cidade de aproximadamente 70.000 habitantes, que tem sido pioneiro em desenvolver estratégias de atenção ao usuário, de liderar atividades para uma cidade saudável e de incorporar a comunidade na gestão geral do hospital sob o tema de um *hospital amigo*. Nele se tem logrado introduzir mudanças culturais verificáveis tanto no seu pessoal quanto na comunidade. Este processo, iniciado em 1993, tem-lhe valido reconhecimento público. Em 1998, criou-se no Chile, um prêmio nacional à qualidade nos serviços públicos e, das 70 entidades de diversas naturezas, o hospital San Martín foi um dos três premiados. O prêmio foi entregue pelo Presidente da República em uma cerimônia de alto significado público.

## O hospital e o sistema sanitário

No processo de definição do hospital, é importante demarcar as características dos clientes principais dos hospitais e, especialmente, as redes.

- Hospitais cujos usuários estão determinados pela demanda espontânea da população: hospitais de baixa e média complexidades que integram os níveis primário e secundário e que, portanto, oferecem atenção aberta e fechada sem derivações intermédias, convertendo-se, assim, na porta de entrada de uma rede assistencial.
- Hospitais integrados em redes locais cujos usuários reais são a rede na qual se inserem mediante vínculos organizados de referência com estabelecimentos de atenção primária que encaminham pacientes para consulta de especialidade ou para hospitalização.
- Hospitais de referência cujos clientes são diferentes redes que encaminham pacientes para tratamentos de alta complexidade.

Desta definição, pode-se estabelecer uma categorização do hospital quanto a sua posição relativa em uma estrutura de redes. Os hospitais também podem se diferenciar segundo o seu nível de complexidade

ou por sua infra-estrutura (especialização, capacitação dos seus recursos humanos, tecnologias incorporadas, etc.), pelo seu número de leitos, sua dotação de recursos humanos ou pela subseção que atende. Todas estas variáveis condicionam também seu afazer específico. No Quadro 3, pode-se apreciar a diversidade dos hospitais da América Latina e Caribe no que se refere a sua atividade e tamanho.

**Quadro 3**  
**Distribuição do número e a porcentagem de hospitais e de leitos na América Latina e Caribe segundo sua dotação de leitos hospitalares, 1996.**

Nº de leitos	Hospitais*		Leitos	
	(Nº)	(%)	(Nº)	(%)
1-50	10027	60,5	219383	20,0
51-100	2615	15,8	189559	17,3
101-200	1703	10,3	242770	22,1
201-300	545	3,3	133484	12,1
301-400	242	1,5	84811	7,7
401-500	133	0,8	58951	5,4
501-1000	186	1,1	126169	11,5
>1000	29	0,2	43097	3,9
Sem dados	1087	6,6	—	—
<b>Total</b>	<b>16567</b>	<b>100,0</b>	<b>1098224</b>	<b>100,0</b>

\* Número ignorado de leitos em 1.087 hospitais devido a sub-registro.

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997; Organização Pan-Americana da Saúde. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998.

Como pode se apreciar, do total de hospitais, 60,5% contam com 50 leitos ou menos e 15,8% têm entre 51 e 100 leitos, o que representa 76,3% de hospitais com 100 leitos ou menos. Em contraste com estes hospitais que só têm 37,3% do total de leitos, os hospitais com mais de 500 leitos, mesmo que só representem 1,3% do total, dispõem de 15,4% do total de leitos na Região. O exposto configura um perfil do universo hospitalar da Região integrado, predominantemente, por hospitais pequenos.

O perfil dos hospitais da Região com relação as suas funções clínicas, docentes e de pesquisa aparece no Quadro 4. Quanto às variáveis que se apresentam neste Quadro deve-se concretizar que o registro no diretório dos hospitais dos países da América Latina e Caribe são incompletos.

**Quadro 4**  
**Proporção de hospitais que dispõem de especialidades básicas, têm serviço de pediatria, fazem pesquisa ou oferecem docência de pós-graduação.**

País	Hospit. (Nº)	Especialidades básicas (%)	Com serviço de pediatria	Áreas de investigação				Docência de pós-graduação	
				Básica	Clínica	Socio-médica	Socio-médica	Médicos	Enfermeiras
Anguilla	2								
Antigua e Barbuda	3	66,7			33,3				
Antilhas Holandesas	11	54,5		18,2	18,2			36,4	72,7
Argentina	2780	47,3	2,7	10,5	15,1	5,1	1,8	29,8	24,1
Bahamas	5	60,0			60,0	20,0			40,0
Barbados	8	12,5		25,0	25,0	25,0	20,0	25,0	25,0
Belize	10	10,0			10,0			10,0	20,0
Bermuda	2	50,0							
Bolívia	385	74,3	2,6	15,3	20,3	5,7	1,6	25,7	13,2
Brasil	6124	78,0	4,5	10,6	16,5	3,2	1,0	43,3	18,2
Chile	385	13,2	1,8	17,9	27,8	8,8	3,6	64,2	0,3
Colômbia	1053	38,7	2,7	3,7	14,6	3,0	0,8	8,2	5,8
Costa Rica	33	45,5	6,1	36,4	57,6	48,5	6,1	39,4	18,2
Cuba	243	2,1	5,8	4,5	36,2	11,1	9,5	40,7	34,6
Dominica	1	100,0		100,0	100,0				100,0
Equador	299	58,5	2,7	20,7	35,5	7,0	3,0	61,9	10,7
El Salvador	78	67,5	3,9	13,0	35,1	10,4	2,6	37,7	16,9
Granada	5	60,0							20,0
Guadalupe	10	60,0		10,0	10,0			20,0	
Guatemala	145	55,9	4,1	25,5	42,1	9,7	4,1	46,9	27,6
Guiana	35	82,9	5,7		5,7	2,9		5,7	8,6
Haiti	103	80,6	1,0	2,9	88,3	4,9		10,7	11,7
Honduras	89	65,2	1,1		12,4	2,2		5,6	0,0
Ilhas Turcas e Caicos	1	100,0							
Ilhas Virgens (EUA)	23			8,7	17,4	13,0	4,3		
Ilhas Virgens (RU)	2								
Jamaica	31	48,4	3,2	9,7	9,7	9,7	6,5	9,7	19,4
Martinica	6	16,7	0,0		16,7	16,7		16,7	16,7
México	3033	50,0	2,5	8,4	21,7	5,6	0,9	31,4	16,6
Montserrat	1	100,0				100,0			100,0
Nicarágua	78	87,2	3,8	43,6	41,0	11,5	5,1	19,2	15,4
Panamá	55	40,0	3,6	34,5	41,8	18,2	9,1	40,0	36,4
Paraguai	236	66,1	5,5	2,5	8,9	0,8	1,3	13,1	12,3
Peru	443	55,1	3,8	22,6	39,7	13,9	7,0	54,0	28,9
Porto Rico	90	31,1	1,1	10,0	17,8	2,2	2,2	28,9	24,4
Rep. Dominicana	213	90,6	4,2	2,3	12,7	1,9	2,3	8,5	6,6
Santa Lúcia	6	66,7						16,7	16,7
S.Vicente e Granadinas	1	100,0			100,0				100,0
São Kíts e Nevis	3	66,7							
Suriname	13	30,8			7,7			23,1	15,4
Trinidad e Tobago	64	29,7			4,7	1,6		3,1	3,1
Uruguai	111	64,9	0,9	8,1	30,6	11,7	7,2	24,3	6,3
Venezuela	348	59,8	4,9	6,3	14,4	3,2	1,1	25,3	12,6
Total	16567	59,9	3,5	10,3	19,5	4,9	1,7	34,8	17,5

**Fontes:** Organização Pan-Americana da Saúde. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997; Organização Pan-Americana da Saúde. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998

## O hospital como conjunto de recursos

O hospital é uma organização complexa na qual interagem, simultaneamente, uma série de fatores e na qual quem a conduz deve ter amplos conhecimentos de todos os recursos necessários para gerar um produto heterogêneo: a recuperação da saúde. O hospital canaliza potencialidades científicas, humanas, tecnológicas e institucionais para o tratamento dos doentes.

## O hospital como sistema tecnológico

Em torno ao leito hospitalar, como unidade básica de produção, vão-se constituindo anéis concêntricos de serviços, desde os sistemas de controle direto do paciente até as unidades diagnósticas, terapêuticas, administrativas e industriais de apoio. Esta empresa recebe usuários de atenção à saúde e os insumos para a produção assistencial e industrial de apoio. Como saídas, o hospital tem egressos hospitalares e pessoas que realizaram consultas, exames ou procedimentos executados de forma ambulatoria, além de resíduos biológicos e industriais. No seio deste sistema, observam-se diversos tipos de processos que interagem modificando as condições do usuário dos serviços.

O primeiro tipo de processos tem a ver com a geração e a administração do conhecimento. O hospital é o resultado da interação de diversos saberes e competências relacionados com o uso do conhecimento científico e a seleção de opções tecnológicas baseadas em provas científicas. Constantemente, o hospital deve investir em desenvolver este conhecimento. O que diferencia um hospital de outro não é seu equipamento, senão a soma de competências dos seus recursos humanos para aplicar corretamente o conhecimento disponível e maximizar seus resultados. A capacitação de pessoal de saúde tem sido uma função tradicional do hospital e sua estruturação como classe tem incorporado o âmbito de formação dos profissionais e técnicos do setor.

O segundo tipo de processos tem a ver com a aplicação de tecnologias e com os custos que implica utilizá-las. O hospital é um complexo de tecnologia agregada de alto valor. Ao se prescrever um fármaco, realizar uma intervenção cirúrgica ou efetuar uma ressonância nuclear magnética põe-se em jogo procedimentos de alto custo que consomem altos níveis de recursos em insumos, manutenção ou amortização de investimento.

O terceiro tipo refere-se à gestão de processos de consumo. A função de gestão tem como finalidade gerar condições de crescente ordem ou complementaridade nas relações que se produzem entre as diversas competências, tecnologias e os recursos disponíveis, contrapondo-se à tendência natural ao caos entrópico que tem o hospital, como todo tipo de organização. A gestão, então, dá sentido, direção e ritmo às múltiplas interações pessoais e funcionais que se formam entre os diferentes elementos que integram os processos de administração do conhecimento e de aplicação da tecnologia. O gasto em gestão, que é oposto ao entrópico, sustenta os demais gastos a que recorre para alcançar um objetivo organizativo determinado.

Finalmente, os processos de informação. O hospital, como complexo conjunto de competências, tecnologias, recursos e gestão, gera fortes requisitos de intercâmbio de informação mediante vínculos, interações, controles e sistemas de retroalimentação entre os diversos elementos participantes. Toda ação interna do hospital está motivada por um compromisso de alguém por executá-la; este compromisso surge de um intercâmbio de informação mediante o qual se geram demandas e se canalizam respostas. A

informação reduz a incerteza e é a base da mudança de atitudes. Para ilustrar estas idéias, a seguir se descreve a experiência do Hospital Belgrano da Argentina.

O hospital Belgrano foi, até 1985, um estabelecimento orientado para a atenção de pacientes agudos. Sua estrutura e disposição eram tradicionais e dispunha de serviços, salas e unidades de internação pouco conectadas entre si, vítimas do seu próprio isolamento e de administradores de recursos próprios raramente compartilhados. A partir desse ano, o hospital adotou o modelo de *cuidados progressivos de pacientes*, mediante o qual se dividiu em três setores em função da intensidade da atenção: cuidados intensivos, intermédios e mínimos.

Junto com o modelo de cuidados progressivos de pacientes e com objeto de melhorar a eficiência operacional, em 1995, implantou-se o cuidado domiciliar, destinado a pacientes que precisam de controles não-periódicos de enfermagem ou de assistência médica contínua, uma modalidade de atenção que permite a recuperação mais precoce dos pacientes no seu *habitat* natural.

Os princípios da organização do Hospital Belgrano são: a unidade de mando (liderança), a delegação efetiva da autoridade (desconcentração), a delimitação de responsabilidades (diminuição do âmbito de controle) e a homogeneidade operativa das tarefas, controle, alcance e flexibilidade.

É importante resgatar destes princípios a delegação efetiva de autoridade no desempenho de uma função, por meio da qual a responsabilidade recai no máximo nível de condução. Assim, cabe destacar a importância da tarefa diária de fixar pautas sobre o alcance e a flexibilidade do controle. Neste hospital, produziu-se uma mudança na identidade do administrador, já que deve operar entre a fragmentação e a coerência da multiplicidade, adquirir novas destrezas comunitárias e alcançar a máxima efetividade no diálogo, a negociação, o conflito, a tomada de decisões e a co-participação.

O objetivo máximo que se persegue nesta experiência é que os integrantes do hospital (uma organização) adquiram uma identidade organizativa, ou seja, que os objetivos pessoais dirijam-se na mesma direção que os institucionais e que os trabalhadores sintam que na organização há a possibilidade de construir seu futuro.

Atrás destes quatro processos (geração e reprodução do conhecimento, aplicação de tecnologias, processos de gestão e informação) há dois grandes tipos de recursos: os humanos e os financeiros.

A especificação das funções tecnológicas que têm que se cumprir nos planos estratégicos e de empresa dos hospitais, com a designação das correspondentes responsabilidades e partidas orçamentárias, pode ser a forma de resolver a tradicional controvérsia entre hospitais que oferecem docência e fazem pesquisa e os que carecem delas.

A capacitação do pessoal de saúde tem sido uma função tradicional do hospital e a aula como parte da estrutura do hospital tem representado o âmbito de formação dos profissionais e dos técnicos do setor. A relação entre a função de docência e a função de atenção clínica e a disponibilidade dos recursos financeiros tem duas arestas interessantes ao futuro: a docência *hospitalar* e o financiamento da função docente.

A formação de profissionais do setor saúde nos hospitais tem corrido a cargo do elenco de professores que exerciam sua profissão em um hospital dedicado cada vez mais à atenção especializada.

O parcelamento do conhecimento médico especializado condiciona, necessariamente, a forma como se abordam os problemas de saúde. Esta questão explica que não se formem novos profissionais na visão mais ampla do processo saúde-doença, a qual requer sua participação em sistemas que tentam adotar a estratégia da atenção primária à saúde.

A função docente convive e se relaciona, profundamente, com a prática assistencial. Pese a dificuldade de separar ambas funções a efeitos de medir seus custos, sabe-se que os custos da atenção são mais altos nos hospitais docentes. Isso implica que os profissionais em formação requeiram mais recursos para prestar atenção médica (mais exames complementares, mais tempo de sala de cirurgia, etc.).

Também o hospital, como conjunto tecnológico, desempenha uma função de pesquisa. A pesquisa clínica, essencial para a compreensão da eficácia, e a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos desenvolve-se normalmente no hospital. A crescente demanda de provas científicas de efetividade das tecnologias médicas ressalta a importância de estabelecer programas formais de pesquisa nos quais as decisões clínicas e seus efeitos se desenvolvem. O hospital, inserido na estratégia da atenção primária à saúde, está chamado a ocupar o centro da cena na concentração e na análise das evidências científicas úteis para estabelecer normas de boa prática.

Freqüentemente, dispõe-se de recursos financeiros específicos para estas tarefas procedentes da indústria médica e farmacêutica interessada. Mas também, com freqüência, estes recursos não se integram nos orçamentos globais, mas ingressam, lateralmente, por meio de fundações ou, diretamente, a departamentos ou serviços, o que provoca distorções na condução estratégica da instituição. Estas questões não costumam ser incluída, especificamente, na missão do hospital. Por isso, não se fazem previsões financeiras para sustentar, concretamente, estas atividades, apesar de que, de alguma forma, integram-se nos custos dos processos de atenção.

## **O hospital: uma empresa com um intenso fator trabalhista**

Os hospitais são empresas que desenvolvem uma intensa atividade humana. Isto implica que, na estrutura de custos, o gasto com pessoal seja o mais elevado (mais de 70%). Entendido o hospital como um conjunto de tecnologias incorporadas, o recurso humano é o intermediário necessário para aplicar o conhecimento na produção dos seus serviços. Este papel do recurso humano tem um substrato ético.

O que hoje diferencia uma organização de outra é a capacidade das pessoas que a integram de apreenderem e aplicarem o aprendizado ao desempenho institucional. Esta afirmação geral é ainda mais certa na atenção hospitalar, pois esta consiste, eminentemente, na aplicação da tecnologia que tem incorporado o recurso humano do hospital como conhecimento. Se o desenvolvimento do conhecimento é um fator crítico do êxito das organizações, é muito mais no hospital, cuja função de produção é, fundamentalmente, a aplicação de conhecimento. Para que uma pessoa possa aprender deve haver um conjunto de condições trabalhistas, uma estrutura organizativa, prioridades estratégicas, estilos de liderança e de gestão e, sem dúvida, uma cultura institucional determinada que propicie este aprendizado.

Nas reformas do setor hospitalar tem-se produzido uma espécie de separação entre suas dimensões administrativas e financeiras e a dos recursos humanos. Tem faltado reconhecer e explorar, plenamente, o papel central do recurso humano como fator crítico das reformas do setor hospitalar. Não se pode

conceber nenhuma transformação, em nenhuma dimensão dos serviços de atenção de saúde, sem considerar esse papel fundamental que desempenham as pessoas que nele trabalham.

Pensando, estrategicamente, nas condições para gerar ambientes que promovam o aprendizado institucional – como se fez em capítulos anteriores – é preciso considerar como melhorar os marcos legais que regem o trabalho no âmbito sanitário e como aumentar a eficiência, a qualidade, a produtividade e a sustentabilidade dos hospitais. Requerem relevância aspectos tais como: a política do desenvolvimento do recurso humano, a qualidade do emprego e o tipo de regime trabalhista, a formação e a atualização dos profissionais, os sistemas de avaliação do desempenho e da produtividade, os sistemas de remuneração e incentivos e a movimentação trabalhista no setor.

O aprendizado tem a ver com três âmbitos muito relacionados: a forma de ser mais efetiva, a oportunidade de obter satisfação (tanto os trabalhadores como os usuários) e o esforço por melhorar a qualidade da gestão e da atenção. Estes aspectos fazem parte da procura da excelência, no pessoal e no institucional. Hoje, o aprendizado para a excelência tem mais relação com a competência das pessoas e das organizações para analisar criticamente a informação do que com o mero acesso aos dados; a habilidade crítica reside na capacidade para acessar, selecionar e analisar a informação disponível, de tal forma que as modificações do conhecimento resultantes do aprendizado se traduzam em melhorias da competência, da qualidade e da eficiência.

Por último, cabe recordar que a motivação ética das pessoas que trabalham nos hospitais é o alívio imediato da dor e da doença dos seres humanos. Por isso, os esforços estratégicos dirigidos a fomentar o aprendizado contínuo devem ter, necessariamente, um impacto visível nos doentes, já que estes poderão gozar de mais e melhores serviços.

### **O fator financeiro do hospital**

Os hospitais têm um peso financeiro elevado nos sistemas de financiamento dos serviços de saúde. Para citar um exemplo, no caso do Chile, do total dos gastos operacionais do sistema público de saúde, 90,4% foram gastos nos hospitais.

Do ponto de vista dos organismos financeiros, o que se pretende é aumentar o acesso universal a uma atenção de saúde de qualidade para a população e que o gasto sanitário tenha a maior efetividade social e eficiência possíveis. Este objetivo se moldura nas transformações do Estado e nas restrições orçamentárias das políticas sociais. Para consegui-lo, é necessário que os hospitais se vejam a si próprios como *empresas sociais*, portanto, a efetividade, em função de custo de suas ações, será o critério de valoração com que a sociedade os avalie na hora de designar-lhes recursos.

Para alcançar razões de custo-efetividade hospitalar adequadas, é essencial relacionar as políticas sociais e sanitárias claras com mecanismos de alocação e gastos transparentes de tal forma que se possam dirigir objetivos e incentivos para a maior equidade social e qualidade dos serviços.

O financiamento dos hospitais está condicionado e determinado, ao mesmo tempo, pelo modelo que a sociedade adota em relação à solidariedade na distribuição equitativa dos recursos para a atenção à saúde da população.

Os hospitais de vários dos países que se encontram em processos de reformas do sistema enfrentam a nova demanda de servir a população sem restrições e de financiar os recursos que provêm da população atendida; que é uma disparidade enquanto possibilidade econômica. Quando esta população é majoritariamente pobre, apresenta-se o desafio gerencial de obter o financiamento necessário a partir da gestão local. Assim, convivem usuários com seguros de saúde estabelecidos no marco de uma relação privada, outros incluídos em programas de cobertura estabelecidos a partir da sua relação trabalhista, geralmente com participação estatal (seguridade social) e, finalmente, aqueles que sem capacidade de pagamento individual são atendidos em instituições financiadas com recursos provistos diretamente pelo Estado.

As formas de financiamento dos hospitais e de alocação e pagamento aos provedores estão se constituindo como chaves da acessibilidade. As diferentes fontes financeiras estabelecem diversas formas de alocação e pagamento, que incluem no seu desenho incentivos para as instituições hospitalares e para seus integrantes. Estas formas de pagamento podem se resumir em três tipos básicos:

- Pagamento por prestações, que incentiva a produção e acaba com a ameaça da sobre prestação.
- Pagamento *per capita*, que tende a fixar o gasto e cujo principal risco é a subprestação.
- Pagamento por orçamentos diretos, tradicionalmente elaborados com base histórica e ajustados à disponibilidade de recursos. Esta modalidade está evoluindo para a designação global com base na produção e é empregada, geralmente, nas instituições estatais. Apesar de não vincular os pagamentos com os serviços prestados, pode ser utilizada de forma que não desestime a produtividade.

Esta gama de modalidades de alocação e pagamento obriga o hospital a encarar dilemas difíceis e desafios para a sua capacidade de gestão.

Os profissionais, determinantes principais das decisões sobre o uso de recursos, tendem a maximizar seus ingressos e a atuar, freqüentemente, sob diferentes perspectivas dentro do sistema. Na América Latina, é freqüente que os profissionais trabalhem nos hospitais estatais com um regime salarial (não-ligado a critérios de produtividade) e, simultaneamente, em instituições privadas nos quais recebem pagamentos pelos serviços prestados das entidades asseguradoras ou diretamente dos seus clientes.

## Conclusões

O exposto neste capítulo permite concluir que as instituições hospitalares enfrentam o desafio de adaptar sua cultura institucional e os seus modelos de organização e gestão para incorporar um enfoque de empresa social e adquirir uma nova capacidade gerencial. Pretende-se que os hospitais se adaptem, com êxito, às novas condições de legitimidade e competitividade sobre a base da produtividade (efetividade, qualidade, eficiência e satisfação do usuário) e da resposta social às demandas da sociedade, sistemas de saúde e reformas em marcha. Para isso, propõe-se que a gerência hospitalar adote o enfoque estratégico que será apresentado no capítulo seguinte.

## Bibliografia

- 1 Escola Andaluza de Saúde Pública. *Profissionais-Gestores. Trabalhar juntos... mais como?* X Jornadas EASP de Saúde Pública e de Administração Sanitária, de 19 a 21 de outubro de 1995. Granada: EASP; 1995.
- 2 Escola Andaluza de Saúde Pública. *De paciente a cliente? O cidadão e a qualidade dos serviços sanitários.* IX Jornadas EASP de Saúde Pública e de Administração Sanitária, de 27 a 29 de outubro de 1994. Granada: EASP; 1995.
- 3 Bengoa R. *La sanidad: un sector en cambio.* Un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Barcelona: SG editores; 1996.
- 4 Martín Mártir JJ, López Del Amo MP. *Incentivos e instituciones sanitarias públicas.* Granada: Escola Andaluza de Saúde Pública; 1994.
- 5 De Manuel Keenoy E, Pérez Lázaro JJ, eds. *Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos.* Granada: Escola Andaluza de Saúde Pública; 1996.
- 6 Novaes H, Paganini, JM. *El hospital público.* Tendencias y perspectivas. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994. (Documento HSS/SILOS – 39.)
- 7 Organization for Economic Cooperation and Development. *New directions in health care policy.* Health Policy Studies 1995; No. 7.
- 8 Sagan LA. *The health of nations.* New York: Basic Book; 1987.
- 9 Escola Andaluza de Saúde Pública. *Profesionales-Gestores. Trabajar juntos...pero ¿cómo?* X Jornadas EASP de Salud Pública y de Administración Sanitaria, de 19 a 21 de outubro de 1995. Granada: EASP; 1995.
- 10 Marín JM. *Marco de referencia actualizado de la capacidad gerencial.* Guatemala: Organização Pan-Americana da Saúde; 1995.
- 11 Prud'homme R. *The dangers of decentralization.* The World Bank Research Observe 1995; 10: 201 – 220.
- 12 Bossert T. *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance.* Soc Sci Med 1998; 47: 1513 – 1527.
- 13 González MA, et al. *Health service decentralization in México: formulation, implementation, and results.* Health Policy Plann 1989; 4: 301 – 315.
- 14 Artaza O, Olguín H, Vasquez C. *Buscando la excelencia: autogestión clínica en la práctica hospitalaria.* Cuad Méd Soc (Chile) 1997; 38: 54 – 59.
- 15 Collins C. *Desentralization. Health policy and systems development: an agenda for research.* Geneva: World Health Organization; 1996: 161 – 178.
- 16 Olivares P. *Compromisos internos de gestión clínica.* Santiago do Chile: Fundação de Desenvolvimento da Rede Hospitalar Pública; 1999. [Documento de trabalho.]
- 17 Gold M. *The changing USA Health Care System: changes for responsible public policy.* The Milbank Q 1999; 177: 3 – 37.

# Capítulo 6

## O enfoque estratégico no hospital

Se o hospital descobriu a estratégia recentemente, a *estratégia de empresas*, por sua vez, é tão antiga como a própria empresa. Somente depois da segunda guerra mundial procurou-se formalizar, verdadeiramente, a reflexão em torno da estratégia por meio de conceitos teóricos.<sup>1-3</sup>

Nos anos cinquenta, apareceram os primeiros *modelos estratégicos* de Harvard, que procuravam ressaltar, por um lado, as forças e as fraquezas da empresa e, por outro, as ameaças e as oportunidades que existem no contexto externo. A matriz clássica do modelo "Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Ameaças" continua sendo utilizada na atualidade e mantém sua pertinência. No enfoque estratégico aplicado ao hospital, freqüentemente, encontramos estas matrizes, que será tratada em detalhe mais adiante, quando será abordado o plano estratégico hospitalar.

A década de sessenta caracterizou-se pela concepção de *matrizes de agenda de atividades*, que permitem à empresa escolher os produtos e os serviços que são convenientes manter, abandonar ou desenvolver, no marco de *estratégias de diversificação*. Na década de setenta, as crises econômicas conduziram ao desenvolvimento de um enfoque estratégico mais pragmático e empírico: falava-se da gestão estratégica em tempo real, que procura determinar quais são as empresas que conseguem bons resultados e as razões do sucesso.

Será que estas teorias de gestão de empresa são aplicáveis aos sistemas de saúde e aos hospitais? Em parte, sim. Neste capítulo, veremos que os serviços de saúde, em geral, e os hospitais, em particular, estão em completa mudança, o que implica uma radical transformação de sua perspectiva. O hospital está se desenvolvendo em um contexto de incerteza e conflitividade que justifica a aplicação do enfoque estratégico e obriga-o a empreender mudanças profundas na sua organização e funcionamento. Não obstante, este enfoque estratégico não se justifica somente porque o hospital deva realizar mudanças. A reflexão, o enfoque e a gestão estratégica são processos que têm que ser recorrentes, tendo em conta o contexto de incerteza e de agitação. O crescimento demográfico e o êxodo rural, as mudanças econômicas e a revolução tecnológica são outros tantos elementos determinantes que impõem ao hospital adotar um enfoque estratégico permanente para poder se adaptar e responder às necessidades de saúde da população.

## **O contexto de incerteza e conflitos da gestão hospitalar**

O hospital, como empresa social, tal como foi analisado no capítulo anterior, opera naturalmente em um ambiente de incerteza e conflito, que o obriga a desenvolver uma capacidade para situar-se, estrategicamente, e adaptar-se de forma permanente.

## **Dificuldades para a adaptação**

Até agora justificamos a imperiosa necessidade de mudar a gestão hospitalar. No entanto, na realidade e, acima de tudo, comprova-se certa imobilidade e falta de vontade para começar estas transformações, junto com fortes limitações derivadas de condições tanto externas quanto internas para levá-las a cabo. Estas condições podem ser definidas como: os elementos de uma situação dada que favorecem ou desalentam, ativam ou desaceleram a influência de um ou mais fatores de mudança.<sup>4</sup>

As dificuldades que um hospital enfrenta, empreendendo as transformações necessárias, referem-se, sobretudo, às pessoas encarregadas de conduzi-lo e de executá-lo: Toda mudança é, em princípio, a

transformação de um sistema de ação, ou seja, que os homens devem pôr em práticas novas relações humanas, novas formas de controle social.<sup>5</sup> Seguidamente, serão analisadas as dificuldades externas e as dificuldades internas que se opõem à mudança no enfoque e a prática da gestão do hospital.

### **Dificuldades externas**

As condições exógenas da mudança envolvem as políticas públicas e o dinamismo das autoridades sanitárias municipais, estaduais ou federais. O impulso da mudança deve advir das autoridades locais que exercem um poder de controle sobre o hospital. As dificuldades exógenas que se observaram referem-se a este impulso, que, freqüentemente, é insuficiente. Trata-se do problema da liderança das autoridades locais (veja o Capítulo 7) e da ausência ou da fraqueza das políticas públicas que se ocupam de impulsionar esta mudança.

A este respeito, uma das principais dificuldades externas é a ausência de um grande projeto de reforma da política hospitalar. A consideração, no parlamento, por exemplo, de uma reforma hospitalar é sempre motivo de uma consulta com profissionais e de debates na imprensa sobre as qualidades e o mau funcionamento do hospital. Estas reformas, quando foram empreendidas em certos países latino-americanos, permitiram aos hospitais serem beneficiados de uma dinâmica que tem sua origem nas autoridades públicas. Para ilustrá-las, podem-se citar os exemplos de descentralização e de autonomia de gestão da Argentina da Colômbia.

As condições econômicas gerais e as reduções na alocação dos recursos financeiros destinados ao hospital não constituem uma dificuldade que impeça começar a mudança. Pelo contrário, em certos casos, a redução orçamentária pode ser um elemento favorável, já que obriga a fixar como objetivos a melhoria da eficiência ou da contenção de custos. Nestes casos, fala-se de *reestruturação orçamentária*, ou seja, uma alocação de recursos focalizada que obriga à reestruturação. O hospital pode, por exemplo, dispor de um orçamento constante de um ano a outro, mas tem a obrigação de criar uma nova atividade ou ampliar as que já existem.

### **Dificuldades internas**

O hospital, como empresa social, é uma instituição complexa cuja cultura e história se forjou no transcurso de numerosas décadas. Cada hospital se comporta como um microcosmo humano específico. Constitui uma sociedade particular, com sua própria história, sua identidade, sua estrutura particular e suas regras de jogo, bem como com suas normas e valores, lutas, vitórias, reputação, competências, forças e as suas fraquezas. Neste sentido, cada hospital é singular e, portanto, específico. Todo processo de mudança deverá então ter em conta a própria cultura e a própria história do hospital. O hospital, como qualquer outra organização social, está integrado por seres humanos que se conformam com o passar dos anos, seguindo o fio de uma história marcada por projetos e realizações coletivas, mas também por lutas de poder. A cultura do hospital é, no entanto, diferente de outras organizações sociais. O hospital se ocupa da vida, da doença, e anda de braços dados, às vezes, com a morte. É por isso, que há algo de sagrado no hospital, que se comprova, claramente, pelo grande carinho que a população tem pelos médicos e enfermeiras.

Esta cultura específica do hospital é, indubitavelmente, um freio para empreender um processo de mudança; toda transformação, sobretudo se esta é de ordem estrutural e profunda, deve ter em conta esta especificidade, bem como o fato de que cada hospital é um ente singular. Esta dificuldade ganha ainda mais importância quando é adicionada às demais: uma antiga tradição de lutas sociais, a importância da

burocracia profissional sob a influência do corpo médico, a ausência de autonomia de gestão e, com freqüência, de uma efetiva direção.<sup>6</sup>

Se o impulso das autoridades sanitárias é importante para iniciar a mudança, este será realizado, efetivamente, dentro do hospital e pelo hospital. O hospital é, em efeito, uma organização tão particular e tão complexa que se torna difícil, se não impossível, transformá-la sem influenciar diretamente o pessoal: médicos, enfermeiras e equipe diretiva. Neste nível, apresentam-se três dificuldades.

A primeira é a imobilidade e a manutenção do perfil conhecido. Os profissionais do hospital justificam, com freqüência, as disfunções e a débil efetividade das suas instituições pela insuficiência de recursos financeiros e humanos. Historicamente, o hospital tem tido uma cultura administrativa e não-empresarial. Os profissionais e, em particular, os médicos e os diretores, enfrentam dificuldades em mudar organizações e modelos implantados há muitos anos.

A segunda refere-se à descentralização e à autonomia de gestão insuficientes nos hospitais da América Latina e Caribe. Trata-se de confiar ao hospital e a seus diretores, uma margem de liberdade na organização e na gestão do estabelecimento, com o objetivo de melhorar o seu desempenho e os seus resultados. A contradição desta liberdade na condução do hospital é a responsabilidade dos dirigentes em relação à autoridade política ou administrativa responsável. Para que esta autonomia de gestão seja efetiva, deve compreender a autonomia financeira, o que raramente ocorre. Os ministérios da fazenda dos Estados latino-americanos não se decidem em inabilitar regras de contabilidade pública, e os hospitais públicos apenas se beneficiam desta medida.

A terceira dificuldade diz respeito à competência dos dirigentes. Freqüentemente, os diretores dos hospitais da América Latina e Caribe são médicos clínicos sem formação específica em questões administrativas. Raras vezes, dedicam mais de algumas horas do dia a sua função de direção porque estão muito ocupados nas suas atividades clínicas. Sua nomeação origina-se de uma decisão das autoridades sanitárias ou políticas em função de critérios que nem sempre são profissionais. Nestas condições, é muito difícil iniciar mudanças profundas que necessitem de um forte investimento pessoal na direção e de ampla autonomia para efetuar estas mudanças.

### **Uma cultura de gestão estratégica da mudança**

Com relação à análise anterior, é preciso insistir no que se refere, principalmente, aos hospitais públicos, dado que os estabelecimentos privados, sejam filantrópicos ou religiosos, com e sem fins de lucro, com freqüência, têm realizado esforços para melhorar sua organização e funcionamento. Isto quer dizer que o esforço mais importante deverá centrar-se no setor público, que mantém um funcionamento tradicional sobre qual, muito ocasionalmente, aplicam-se técnicas de gestão moderna.

Para superar as citadas dificuldades, o hospital deve criar condições favoráveis para iniciar a mudança. Semelhante à incorporação das novas tecnologias médicas, as autoridades sanitárias devem tomar a iniciativa de introduzir uma verdadeira cultura de gestão no hospital e iniciar uma reforma hospitalar. Isso constitui uma oportunidade interessante se acompanhada de uma série de medidas que propiciem o desenvolvimento de uma nova cultura de gerência hospitalar. A reforma deve incluir diversas orientações inovadoras entre as que cabe destacar as descritas a seguir.

Primeiro, a adoção de um enfoque estratégico por meio da promoção de instrumentos técnicos de gestão cujo desenvolvimento será possível com a capacitação contínua, tanto dos diretores quanto dos médicos e enfermeiros. Estas técnicas de gestão incluem os instrumentos de administração da saúde e de saúde pública (epidemiologia, avaliação médica), bem como técnicas empresariais, tais como: planejamento estratégico, gestão de previsão, reengenharia e plano empresarial.

Segundo, a adoção de uma nova organização de hospitais públicos, cujo objetivo seria responder melhor às necessidades de saúde da população no marco de uma rede de atenção sanitária coordenada.

Terceiro, a criação de mecanismos de acordo dentro dos estabelecimentos e de mecanismos de decisão colegiada: pode ser um conselho de administração integrado por representantes do município ou do Estado, organismos financeiros ou representantes dos usuários – consumidores e pessoal do hospital. A criação de um conselho dessa natureza facilitará a prática de uma descentralização que conduza a autonomia de gestão.

Quarto, a autonomia de gestão interna com certo grau de flexibilidade financeira. Se as regras de jogo são precisas, esta autonomia pode motivar e responsabilizar os diretores e melhorar a agilidade e a eficiência da gestão e a pertinência de qualidade dos serviços. Assim, devem atentar para dois aspectos. O primeiro refere-se aos objetivos sanitários do hospital. Seria imprudente deixar que o hospital defina seus objetivos, porque poderia fazê-lo baseando-se em uma lógica empresarial pura voltada ao serviço do próprio hospital e não ao serviço da comunidade e do sistema sanitário. Por meio de um acordo, os objetivos sanitários do hospital deverão ser fixados pela autoridade pública, garantindo a resposta às necessidades de saúde da comunidade. O segundo aspecto aponta ao orçamento e à alocação de recursos do hospital. Este orçamento pode ser negociado, contratualmente, entre o hospital e a autoridade pública responsável, mas compete a esta autoridade pública fixá-lo e limitá-lo. Ante as diferentes opções de alocação de recursos, é preferível a modalidade de orçamento global, em função da produção, à alocação individual, em função da atividade. Este último enfoque apresenta demasiados riscos de inflação em um período em que devem se controlar os gastos de saúde. A autonomia de gestão dos hospitais se define, então, como um espaço de liberdade dentro da gestão interna do estabelecimento, com exceção do orçamento e dos objetivos sanitários que são fixados pela autoridade pública responsável.

O último, e mais importante, refere-se à autoridade e à capacidade dos diretores para administrar a mudança. Em um sistema descentralizado, no qual o hospital dispõe de uma liberdade de ação mais ou menos ampla no plano interno, os diretores desempenham uma função determinante. Nestas condições, para desfrutar de uma autonomia de gestão efetiva e eficiente, deve existir uma equipe de diretores competentes, responsáveis, capacitados em técnicas gerenciais e em administração de empresas sociais, que disponham da autoridade suficiente para administrar suas competências.

## **O enfoque estratégico aplicado ao hospital**

A cultura gerencial, necessária em todos os hospitais, não é, em si própria, geradora de riquezas, mas permite, graças à aplicação de ferramentas técnicas, melhorar a organização dos serviços, evitar o gasto irracional de recursos e as atividades inúteis, racionalizar e articular as diferentes atividades: clínicas, industriais, técnico-médicas, logísticas e administrativas, com um objetivo único: a saúde do paciente. Na terceira parte do livro, que trata sobre as técnicas de gestão do hospital, são abordados muitos temas críticos da gestão hospitalar, dos recursos humanos aos sistemas de informação, das atividades de atenção

sanitária à gestão da equipe biomédica. Mas esta cultura de gestão, da qual carecem os hospitais da Região, não inclui somente a gestão técnica e operativa orientada ao funcionamento cotidiano do hospital. Gerência é, em princípio, dirigir, ou seja, dar uma direção, traçar um roteiro, saber para onde se vai, ter uma visão precisa e possível do futuro.

O trabalho do hospital é responder a certas necessidades de saúde da população de forma articulada com as outras unidades de serviços e em cumprimento de objetivos de saúde pública definidos pelas autoridades sanitárias. Estas necessidades são mutáveis e a população está em movimento: migrações cotidianas para as grandes cidades, desenvolvimento urbano, êxodo rural, populações isoladas, etc. O hospital está a serviço da população, o que quer dizer que deve se adaptar as suas necessidades. Esta visão do futuro e este caminho traçado são dados pelo enfoque estratégico, um enfoque que se vem aplicando há décadas na empresa e que se introduz no âmbito hospitalar há apenas dez anos. Os métodos de gestão estratégica são aplicáveis ao hospital, levando-se em conta os objetivos tecnológicos, sanitários e financeiros que este enfrenta.

### **Estratégia, planejamento estratégico e gestão estratégica**

O enfoque estratégico precede e é mais amplo do que o planejamento e a gestão estratégicos. A capacidade de pensar estrategicamente é base para aplicar as técnicas de planejamento e gestão estratégicos.

#### **Estratégia e hospital**

É habitual afirmar que todos os problemas são estratégicos. Da gestão cotidiana de um serviço sanitário às grandes políticas de investimento, do domínio das técnicas financeiras à gestão dos recursos humanos, nada parece escapar de ser qualificado como estratégico. Se desejar definir, com precisão, o que é a estratégia da empresa, é necessário estabelecer dois critérios: não se pode ter estratégia sem alocação de recursos e esta alocação não garante, de forma duradoura, o futuro da empresa.<sup>7</sup> Esta definição destaca os dois critérios que são analisados a seguir:

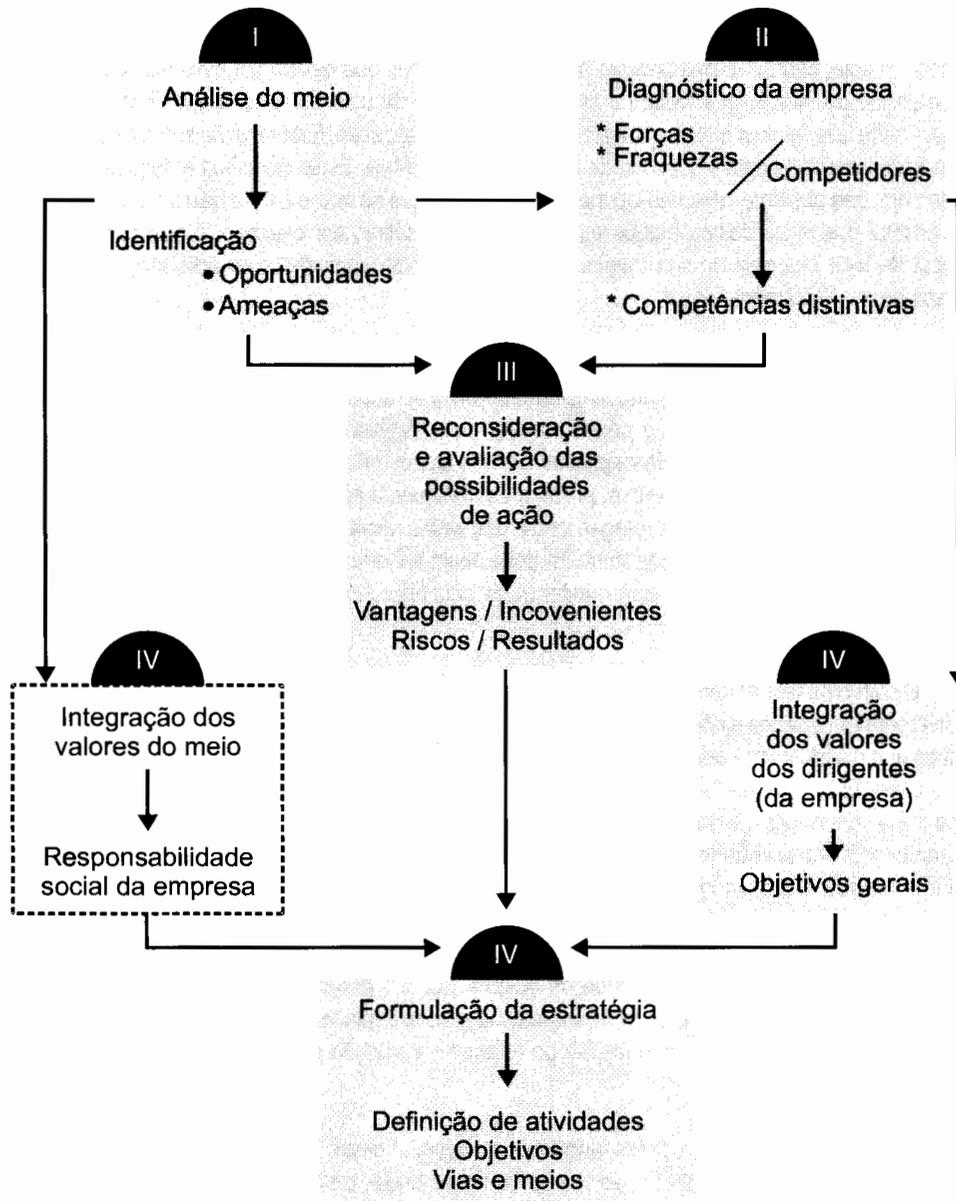
Para que algo possa ser qualificado como estratégia, tem que ser significativo. Neste critério, observa-se uma noção ou dimensão fundamental vinculada com o uso habitual do termo estratégia. Mas este critério não é suficiente; deve ter também uma alocação de recursos materiais, financeiros e humanos para que se possa falar, verdadeiramente, de estratégia. Com efeito, uma estratégia deve poder se expressar em cifras e, portanto, em termos financeiros. Se não há alocação de recursos, não se fala de estratégia, senão de projeto ou de simples orientação. A alocação de recursos passa pela seleção, por parte da empresa, das esferas de atividade e dos meios financeiros que vai utilizar para realizar seus objetivos dentro dessas esferas de atividade. Esta definição de estratégia permite diferenciar, claramente, o que compete, efetivamente, à estratégia, ou seja, à seleção das atividades que se têm que desenvolver e a alocação dos recursos daquilo que pertence à política geral da empresa, isto é, articulação entre a estratégia, as atividades, o processo de decisão e a identidade da empresa.<sup>7</sup>

Quando se fala da alocação de recursos, supõe-se que estes recursos existem realmente e que a empresa poderá aproveitá-los. Este ponto é importante por se tratar de aplicar estes conceitos de estratégia ao hospital. Se não se controlar, suficientemente, a alocação de recursos na definição de uma estratégia hospitalar, então falar-se-á de projeto ou de orientação geral, mas não de estratégia. A estratégia consiste, então, em alocar os recursos de forma ótima e de adquiri-los sob as melhores condições possíveis. O

objetivo desta gestão de recursos não é, obrigatoriamente, a procura de lucro, salvo no caso dos estabelecimentos com fins comerciais.

Certas organizações sociais, como hospital público ou privado sem fins lucrativos, têm outros objetivos que não são a maximização dos resultados financeiros. Toda empresa, seja grande ou pequena, pública ou privada, deverá, então, contar com uma estratégia. Esta afirmação é igualmente válida para o hospital. Todo hospital seja grande ou pequeno, público ou privado, deve contar com uma estratégia. Ainda que esta noção de estratégia tenha influência militar, é necessário reconhecer que, antes dos anos sessenta, o termo aparecia pouco na bibliografia sobre gestão e no mundo empresarial. Num plano teórico, não se pode falar de estratégia sem citar a Ansof<sup>8</sup> e a Faculdade de Administração de Empresas de Harvard, que têm popularizado o conceito. O modelo LCAG<sup>9</sup>, de Harvard, apresenta as etapas principais do enfoque estratégico (Figura 1): 1) análise do meio; 2) estudo das forças e das fraquezas da empresa que permite distinguir as competências distintivas da empresa, ou seja, o que sabe fazer melhor que as outras; 3) delimitação das ações possíveis, confrontando esta competência distintiva (o que a empresa sabe fazer melhor que as outras) com a análise do meio (os fatores-chave do êxito); e 4) controle das ações ou plano de ação articulado em função dos objetivos gerais, a fim de formular uma estratégia.

**Figura 1**  
**O modelo LCAG**  
 (Learned, Christensen, Andrews e Guth).



Fonte: Ramanantsoa B. Voyage et stratégie. Rev Française du Marketing 1984; Cahier 99bis.

Ansof propõe uma trajetória um pouco diferente: numa primeira etapa, identificam-se as oportunidades e as ameaças vinculadas com o meio e, na segunda, as forças e as fraquezas da empresa. Na realidade, avalia estes pontos fortes e fracos com relação ao potencial da competência das empresas. Finalmente, formulam-se os objetivos.

Os dois enfoques apresentados por Ansof pela Faculdade de Administração de Empresas de Harvard compartilham o que constitui hoje em dia a base do enfoque estratégico: a idéia dos *fatores-chave do êxito*, ou seja, oportunidades levadas em conta e ameaças que devem ser evitadas, e o conceito de *competências distintivas*, que todos os enfoques retomam de uma ou outra forma. Trata-se do que a empresa sabe fazer melhor que as outras, ou seja, sua especialização. Esta reflexão sobre a especialização da empresa se vincula com o conceito de competência distintiva. Estes primeiros enfoques estratégicos apresentam, não obstante, algumas lacunas, sobretudo no que se refere à transição ao estágio operativo, que constitui o objetivo deste enfoque estratégico: como definir, por exemplo, o que constitui a força principal de uma empresa ou sua fraqueza essencial e como controlar, com precisão, a alocação de recursos em curto ou médio prazo.

Para responder a estas insuficiências no plano operativo, nos anos sessenta, foram apresentados novos modelos. Assim, surgiram modelos de análises estratégicos que, na maior parte dos casos, usavam matrizes, <sup>10</sup> e consideravam, para problemas de segmentação, <sup>11</sup> o conceito PIMS (*Profit Impact of Marketing Strategies* ou impacto das estratégias de mercadologia nas utilidades). Este último modelo, muito quantitativo, procura estabelecer, a partir dos resultados comparados das empresas do mesmo setor, uma relação entre diferentes variáveis de gestão e a rentabilidade do investimento. A reflexão estratégica também deve muito a Porter, da Faculdade de Administração de Empresas de Harvard, <sup>12</sup> quem tem concentrado seu trabalho em articular a análise setorial e a estratégia das empresas.

É com o passar do tempo que se fortalecem os homens, que se desenvolvem as tecnologias e se constroem as posições estratégicas. Ter um enfoque estratégico é, em longo prazo, para as autoridades públicas que decidem uma política hospitalar; é enfocar em médio prazo (cinco anos) para os dirigentes hospitalares. Este enfoque temporal é indispensável para os estrategistas. Para construir um hospital, desde a sua concepção até a sua inauguração, é preciso um período de 3 a 5 anos. A estratégia tem um enfoque econômico porque toda estratégia deve estar sustentada pelas leis econômicas que regem o setor interessado. É um enfoque polimorfo e sintético, porque a estratégia deve combinar o enfoque de mercadologia, ou seja, a resposta às necessidades de saúde no caso de um hospital, o sentido dos recursos financeiros e humanos que se vão mobilizar e a evolução tecnológica e o controle da produção. A estratégia possui, por fim, um enfoque de quem a põe em prática porque deve levar em conta as ações e as reações de meio e acontecimentos econômicos e sanitários, com freqüência, aleatórios (a evolução positiva ou negativa da alocação de recursos, a adoção de novas tecnologias, a mudança social, etc.).

O domínio da estratégia pelos dirigentes do hospital deve, então, combinar qualidades muito diversas: capacidade para controlar em médio ou longo prazo, o sentido do tempo e dos prazos e o conhecimento da evolução das tecnologias médicas. A estratégia é uma importante iniciativa para o hospital. Para ajudar os dirigentes do hospital nesta iniciativa, existem conceitos, métodos e ferramentas de gestão.

## Planejamento estratégico

É necessário distinguir a estratégia do planejamento estratégico. Este é somente um dos meios para tomar decisões estratégicas. O planejamento estratégico pode ser definido como: um procedimento organizativo que tem por objeto prever as mudanças estratégicas.<sup>13</sup> O planejamento estratégico também tem outras funções, como a de assegurar uma integração entre as diferentes partes de uma empresa e a mobilização do pessoal em função dos seus objetivos. É, assim, uma ajuda, um enfoque que favorece uma boa análise da situação e a consecução satisfatória dos objetivos. Além disso, o planejamento estratégico pode ser um procedimento segundo o qual um dirigente procede, intelectualmente, a efetuar as suas seleções estratégicas, aplicar e utilizar seus recursos e fixar suas prioridades.

O planejamento estratégico volta-se para duas dimensões de toda a organização social. A primeira dimensão, econômica, precisa das características objetivas da empresa e do seu entorno (meios, perícia específica, complementaridade das opções, montante dos investimentos, prioridades de ação). A segunda dimensão, que é mais pública e humana, destaca a existência e o local de atuação do pessoal da empresa, cujos objetivos individualizados perseguem metas que, às vezes, são contraditórias, mas que podem ajudar a implantar a estratégia ou, ao contrário, causar um grave prejuízo.<sup>14</sup> O *planejador estrategista* da empresa deve, então, ter em conta estas duas dimensões que estão estreitamente vinculadas entre si. As metas que perseguem o planejamento estratégico são múltiplas: facilitar a todos os agentes presentes a realização da estratégia, agir para frear as oposições que se manifestam relativas a esta estratégia, utilizar melhor os recursos, ter em conta todas as competências da empresa e aproveitar as possibilidades que o mercado oferece.

Para conseguir estes objetivos, o dirigente pode adotar um enfoque: ascendente, descendente ou combinado. No caso do enfoque descendente, o processo de planejamento estratégico inicia-se no topo da empresa e vai descendendo etapa por etapa, pelos diferentes níveis hierárquicos. O segundo enfoque, ascendente, é a soma das seleções efetuadas nos níveis hierárquicos crescentes. Por último, o terceiro enfoque combina os dois anteriores e se concretiza em um diálogo entre o topo e a base, para permitir que quem realize, efetivamente, a estratégia participe em sua elaboração enquanto os diretores ficam com a responsabilidade final de prover a orientação geral da empresa e o estabelecimento das prioridades.

Este último enfoque é de grande interesse para o hospital, pois permite em efeito aos diferentes atores se apropriar das seleções estratégicas depois de ter participado em sua elaboração de ter debatido as prioridades. Este enfoque pode ser aplicado da mesma forma nos grandes hospitais e nos pequenos, com menos de 50 leitos. O pequeno hospital poderá, por exemplo, reduzir seu processo de planejamento e incluir, unicamente, seu diretor, seus colaboradores diretos, os médicos e os quadros responsáveis dos serviços. Este enfoque deve ser compreendido como uma ferramenta e um elemento de capacitação, ou seja, um instrumento que ajuda a empresa a entender melhor o problema estratégico, mas traz o grande perigo do formalismo. Por isso, sempre deverá ser supervisionado e controlado.<sup>15</sup>

Este conceito de planejamento estratégico foi questionado nos finais dos anos sessenta. A crise petrolífera de 1973 e a crise econômica que se produziu posteriormente revelaram a fragilidade das previsões e, portanto, do planejamento estratégico. As ambiciosas estratégias de longo prazo foram abandonadas e em seu lugar adotou-se uma gestão operativa de curto prazo, baseada na reorganização e na compressão das estruturas. Uma das idéias contrárias mais fortes do planejamento estratégico, que é de um dos autores mais renomados em temas de gestão, Mintzberg, dedicou-lhe um importante volume intitulado

*Grandeza e decadência do planejamento estratégico*,<sup>15</sup> no qual alega, vigorosamente, que o planejamento estratégico permite realizar boas reflexões estratégicas e formular estratégias criativas. Segundo ele, este planejamento padece de três vícios fundamentais: a previsão, a separação entre o pensamento e a ação e a formalização. A crítica de Mintzberg sobre a separação entre o pensamento e a ação é muito pertinente, sobretudo para o hospital. Esta crítica faz superar o problema do planejamento e abarca todas as tradições ocidentais da gestão, que distingue entre: os que pensam e os que fazem, a formulação das decisões e sua aplicação. O perigo é real e concreto para o hospital: existe uma brecha entre a concepção de um plano estratégico e sua realização efetiva.

### **Gestão estratégica**

Com o questionamento do planejamento estratégico, observa-se, progressivamente, sua absorção por um novo conceito: a *gestão estratégica*. A evidência se dá, progressivamente, na articulação entre a estratégia e a gestão atual, o papel da organização e da gestão operativa no processo estratégico que se procura reintegrar na gestão. Os autores questionam se esta gestão estratégica se opõe ou não ao planejamento estratégico. Na prática, as empresas mantiveram depois dos anos sessenta este enfoque de planejamento, que, paulatinamente, se foi afastando dos excessos para se converter em um sistema de gestão muito mais flexível, necessário, mas não suficiente para dirigir a empresa em médio e longo prazos.

A decadência do planejamento estratégico, ou em todo caso a sua utilização menos freqüente deu lugar a duas novas noções: o plano e a gestão estratégica. O plano estratégico, que se prolonga, geralmente, até a etapa do orçamento, é um processo que segue estando muito presente na vida das empresas, mas que já não significa um planejamento onipotente pesado e formalizado. O plano se considera como uma ferramenta útil para *administrar estrategicamente*, ou seja, conceber e atuar na organização, na cultura e nos sistemas de gestão, e dar sentido e efetividade à empresa. Mas este plano não é uma ferramenta suficiente, ainda que permita refletir a fundo sobre as orientações e o futuro da empresa. Para os diretores, o importante é a ação sobre a organização geral da empresa, a aplicação de instrumentos de condução necessários, a concepção e a atualização dos sistemas de informação, o desenvolvimento da capacitação e da comunicação, a nomeação de pessoas em empregos-chave. Estes diferentes elementos, associados com o plano, constituem a gestão estratégica. Trata-se então de reintegrar na gestão o grosso do processo estratégico. Este novo enfoque destaca uma análise refinada das competências fundamentais da empresa sobre a necessidade de uma forte ambição no tempo e sobre um novo conceito da organização. O conjunto da gestão da empresa se organiza segundo este processo estratégico, ou seja, no sentido das orientações duradouras da empresa e em função de uma alocação de recursos.

### **Estratégia hospitalar**

Os sistemas de saúde dos países da América Latina e Caribe apresentam uma importante diversidade em relação a sua natureza e uma autonomia relacionada ao sistema econômico. Esta diversidade caracteriza-se pela pouca atenção que prestada ao mercado e pela importante centralização do sistema, sobretudo dos hospitais públicos. Esta diversidade é encontrada quando se analisam as características da oferta (pública, privada, mista) e as modalidades de financiamento, com uma proporção preponderante da oferta pública. O acesso à oferta está, em geral, regulamentado; o mercado está reduzido; e o financiamento está centralizado. Até pouco tempo, a reflexão sobre a gestão do sistema de saúde

centrava-se na economia do setor saúde mais que no funcionamento das entidades sanitárias e, sobretudo, dos hospitais.

A explicação oficial ressalta o planejamento geral do sistema e uma centralização que confere à gestão dos hospitais um lugar modesto, considerado como o lugar de exercício e de aplicação de decisões políticas e de regulamentações administrativas decididas desde níveis superiores. Esta gestão do sistema é, constantemente, questionada e exige uma mudança radical de perspectiva.<sup>16</sup> A maior parte dos países reconhecem que parece ter chegado a hora de perceber a gestão como condição necessária de sucesso dos hospitais. As limitações financeiras que estes enfrentam impõem que responsáveis políticos e sanitários efetuem seleções em matéria de atividade médica para respeitar os orçamentos e satisfazer às necessidades de saúde da população. Chegou a hora de reformular os hábitos e as regras de gestão dos hospitais públicos e dos estabelecimentos privados, bem como de desenvolver o uso de instrumentos de gestão e de conceitos utilizados há tempos na empresa. A partir de agora é conveniente aplicar à realidade dos hospitais os instrumentos de gestão estratégica da empresa.

### **Estratégia no hospital, empresa social**

São aplicáveis ao hospital os conceitos de: estratégia, planejamento estratégico e gestão estratégica? Para responder a estas perguntas convém referir-se à natureza exata do hospital como empresa social, tal como apresentada no capítulo anterior. Um segundo ponto que é preciso formular refere-se à aplicação da estratégia ao hospital em sua dupla definição: uma alocação de recursos que contempla de forma duradoura o futuro da empresa. O hospital, definido como uma empresa social, pode se identificar com uma empresa? Quando se trata de uma clínica comercial ou de um hospital privado com fins de lucro não há dúvida de que a resposta é afirmativa. Quando se trata de um estabelecimento privado filantrópico ou de um hospital público submetido a numerosas limitações, antes de responder a esta pergunta cabe examinar em detalhe os diferentes elementos que compõem a definição da empresa: grupo humano, produção de bens ou serviços, posse de um patrimônio, intercâmbios e autonomia.

- Grupo humano: a produção é uma obra coletiva na qual são fundamentais os problemas de motivação, comunicação e controle. Indubitavelmente, o hospital é um grupo humano de produção de serviços: a atenção sanitária aos pacientes.
- Produção: pode haver produção sem fabricação. É o caso das empresas de serviços e do hospital que presta serviços determinados (atenção sanitária).
- Patrimônio: está constituído por elementos físicos, créditos e dívidas tal como aparece no balanço, mas compreende, igualmente, elementos intangíveis que não figuram no balanço. Trata-se do renome, da reputação, da imagem e das técnicas empregadas. O hospital encontra-se nesta definição, mesmo quando as regras de contabilidade do estabelecimento não prevejam a instituição de um balanço.
- Intercâmbios: uma empresa opera por meio de intercâmbios, compra para vender, contrariamente, a uma administração que funciona a partir de subvenções. Na lógica do funcionamento do *intercâmbio*, a empresa só pode sobreviver e desenvolver-se se o investimento supera o gasto. Caso seja aplicado, pode-se afirmar que o hospital está estruturado e organizado como uma administração – em cujo caso procederá em função das limitações e das doações, graças às subvenções, investimentos fiscais ou seguridade social ou como uma empresa. No segundo

caso, o hospital estará organizado e administrado sobre uma *lógica de intercâmbios*. A mudança dos serviços ou das prestações sanitárias que proporcionará a seus clientes, que são os pacientes, receberá uma remuneração diretamente deles ou indiretamente de um sistema de seguridade social ou fundos públicos.

- **Autonomia:** é o que caracteriza a empresa; sua capacidade de determinar por si própria seus objetivos. Neste sentido, opõe-se ao estabelecimento, que é um grupo de produção, cujos objetivos estão determinados e cujos meios de produção estão designados por uma autoridade superior. Esta autonomia pode estar reforçada por um estatuto jurídico que dará personalidade e certa independência financeira à empresa. No sentido que se dá aqui ao termo autonomia capacidade de determinar seus objetivos não é desejável, pela lógica da saúde pública e da satisfação das necessidades de saúde da população, confiar ao hospital a determinação absoluta dos seus objetivos. É necessário moderar esta definição de autonomia. Cada vez, com maior frequência, as empresas estão organizadas e reagrupadas em redes de ações ou grupos multinacionais, o que as localiza dentro de uma lógica de estabelecimento: seus objetivos e seus meios de produção estão determinados por uma autoridade superior.

Em matéria de autonomia, como na idéia de *intercâmbio*, a organização e a gestão do hospital dentro de uma lógica de empresas são capazes de melhorar sua eficiência, contrariamente a um funcionamento de tipo administrativo em que os conceitos de produtividade, dinamismo, motivação e responsabilização dos agentes ocuparão um lugar pouco preponderante na gestão ou, incluso, estarão ausentes. Sob estas definições poder-se-ia considerar que hospital talvez não seja empresa, mas deve funcionar utilizando as ferramentas e os instrumentos de empresa para melhorar sua eficiência e seus resultados.

Para ser mais preciso, o hospital seria administrado como uma filial de um grupo mais importante integrado por outros hospitais e outras entidades sanitárias, cuja autoridade, política ou administrativa, a secretaria municipal ou de Estado de saúde, por exemplo, terá o poder de fixar os objetivos de saúde pública e de controlar a alocação dos recursos que lhes são designados. Utilizando os instrumentos de gestão da empresa, depois de tê-los transferido, o hospital pode abordar mais facilmente os desafios e a dupla mudança que encara hoje em dia. Por um lado, a mudança da medicina, que deixa de ser uma prática individual, com conotações de caridade, a uma prática científica e tecnológica, implica uma grande especialização e uma concentração crescente das atividades. Por outro, uma mudança de ordem orçamentária e financeira vinculada com o controle de custos e gastos, obriga o hospital a ter uma prática gerencial. Para fazer frente a este triplo desafio – tecnológico, financeiro e gerencial –, o hospital deve ter uma estratégia que tem que incorporar a reflexão duradoura sobre seu futuro em função de uma alocação de recursos físicos, financeiros e humanos.

### **Gestão estratégica no hospital**

A prática gerencial é, relativamente, recente nos hospitais da América Latina e Caribe e, devido à limitação de recursos, encontra-se sob influência dos países norte-americanos e europeus e dos grandes provedores de fundos. Por enquanto, a gestão limita-se à administração e à execução de diversas exigências de investimento e de funcionamento que emanam dos serviços sanitários. Esta nova prática gerencial existe há muito tempo nos estabelecimentos privados. Dado que a pressão da alocação de recursos tem sido constante, nos estabelecimentos lucrativos o lucro condiciona, com frequência, a seleção das atividades e as responsabilidades propostas. O que está em jogo hoje em dia é a eficiência do sistema hospitalar e o controle dos gastos de saúde e, em certos países, a instauração de partidas fixas de gastos que exigem uma boa gestão dos custos.

Nos países que desejam pôr em prática a reforma hospitalar e a gestão, o que realmente importa é a necessidade de articular as esferas administrativa e clínica, fechando a brecha tradicional entre a gestão da atenção sanitária pelos clínicos e a gestão ou a ausência de gestão da estrutura pelos administrativos que nem sempre estão capacitados para desempenhar estas atividades gerenciais. Na maior parte dos países, os hospitais enfrentam uma situação de recursos limitados, qualquer que seja o sistema de alocação orçamentária aplicada, o que obriga aos diretores a melhorar sua gestão. Com esta restrição de recursos, o hospital vê-se obrigado a administrar, ou seja, a utilizar os recursos limitados da forma mais eficiente.

Diante do caráter inflacionário dos gastos de saúde e hospitalares, o sistema de alocação global impõe uma restrição financeira porque está determinada *a priori* do volume e da natureza das atividades. Já não se trata de voltar a determinar as necessidades de equipe, pessoal e diversos insumos, senão, ao contrário, de proceder à seleção e estabelecer prioridades e calendários de aplicação. A alocação orçamentária global obriga os dirigentes hospitalares a projetarem-se para o futuro, ou seja, a definir objetivos e orientações estratégicas tendo em conta não somente o ambiente (atividades de atenção sanitária que deverão ser previstas em função das necessidades de saúde), mas também seus próprios pontos fortes e fracos neste contexto. É nesta perspectiva, levando-se em conta as limitações financeiras, vinculadas ou não à existência de uma alocação orçamentária global, que certos países latino-americanos estabelecem projetos estratégicos e os separam em projetos complementares no âmbito da gestão, da logística, dos investimentos e da equipe.

Frente às limitações financeiras, definidas ou não por um orçamento global, a organização hospitalar deve questionar seu funcionamento, que deve ser, suficientemente, flexível para permitir, por exemplo, suprimir uma atividade médica ou abrir um novo serviço que responda melhor às necessidades da população. Para alcançar uma evolução dessa natureza, as autoridades políticas e administrativas, que têm a seu cargo os hospitais, têm que ampliar a liberdade e reforçar o poder de direção no hospital e aumentar a responsabilidade de seus diretores. A restrição financeira a que está sujeita a maioria dos hospitais da América Latina e Caribe tem um interesse estratégico real, seja porque se trate de uma restrição clássica de recursos para as clínicas ou de uma restrição mais específica para o hospital público, baseada no orçamento global ou na limitação de recursos.

Em todos os casos, o resultado desta restrição é a obrigação, para o estabelecimento hospitalar, de designar, da melhor forma possível, os recursos financeiros limitados e selecionar as orientações estratégicas mais pertinentes. Pode-se dizer que a restrição de recursos induz a uma dinâmica estratégica positiva para os hospitais, independentemente de sua situação jurídica e da sua forma de regulamento.

Tomemos o exemplo de um hospital que dispõe de um conjunto estável de recursos-chave de médicos, enfermeiras, infra-estrutura e insumos. O hospital realiza toda uma série de atividades, orientadas a medicina interna, a cirurgia, a obstetria e a ginecologia. Aplicando seu plano estratégico, negociado com as autoridades sanitárias locais, o hospital decide criar uma nova atividade sanitária para responder às necessidades definidas no plano sanitário do município ou do Estado. Para pôr em prática e realizar esta nova atividade que consome recursos, a única possibilidade para os diretores é poupar insumos e pessoal das outras atividades do estabelecimento, seja otimizando os recursos ou reduzindo a atividade de outros serviços. O hospital poderá, por exemplo, reduzir sua atividade de medicina interna ou desenvolver procedimentos de cirurgia ambulatoria para poupar recursos que serão alocados no novo serviço. O enfoque gerencial da equipe diretiva terá como objetivo satisfazer à demanda de serviço tal como o tenha expressado

a autoridade responsável da política de saúde, para conseguir que a oferta se adapte e seja controlada financeiramente.

Caso haja, verdadeiramente, uma gestão estratégica, deve-se cumprir duas condições: a primeira refere-se à restrição de recursos e a segunda à transição de uma regulação centralizada a uma regulação que se apóie no plano estratégico do hospital. Esta segunda condição é mais recente e exige uma distribuição de funções entre as autoridades políticas e administrativas responsáveis da política hospitalar e dos hospitais. Compete à autoridade política ou administrativa dos hospitais alocar os recursos no marco de uma política de saúde global e definir, contratualmente, com os objetivos que devem ser alcançados. Estas autoridades devem negociar planos estratégicos com os hospitais por muitos anos. No marco da política de saúde global fixada pela autoridade política ou administrativa, a função do hospital consiste em selecionar as diretrizes mais pertinentes das autoridades sanitárias e colocá-las em prática.

Desta forma, o hospital deve respeitar a política de organização sanitária definida, e também avaliar corretamente os fatores ambientais, entre eles a oferta de serviços simultânea ou complementar do setor; prever a evolução possível nos âmbitos demográfico e sanitário; e analisar, objetivamente, as forças e as fraquezas do estabelecimento neste contexto geral. Sobre esta base, o hospital irá definir trajetórias estratégicas e planos de ação concretos que serão elaborados para atender aos objetivos e às orientações selecionadas. Este enfoque estratégico está integrado pelas etapas indicadas a seguir:<sup>17</sup> análise estratégica por segmento de atividade, definição de opções estratégicas e planos de ação, avaliação de agendas de atividade, tendo em conta sinergias e a avaliação de recursos mobilizáveis, e formalização geral do plano estratégico de cinco anos em diferentes projetos (médico, patrimonial, enfermagem, econômico e financeiro), com mecanismos de controle para o seguimento da sua aplicação.

Este enfoque estratégico exige um trabalho de análise prospectivo para definir, com a maior precisão possível, as oportunidades que se oferecem ao estabelecimento, os fatores-chave de sucesso e as ameaças que surgem do ambiente. A fim de realizar este plano estratégico, devem-se considerar quatro dimensões: evolução das necessidades da população, da competência e da complementaridade (outros estabelecimentos, policlínicas, etc.), dos recursos e da tecnologia.

Esta análise estratégica deve ser construída sobre a base do conceito do *âmbito de atenção sanitária*. Este conceito apóia-se no fato de que existem diferentes modalidades de tratamento para atender a populações com doenças concretas. Estes âmbitos de atenção sanitária serão, por exemplo, a oncologia ou a gastroenterologia. A idéia fundamental do conceito do âmbito de atenção sanitária é que existem diferentes tempos e modalidades de tratamento, da prevenção à convalescença, e o retorno do paciente a seu domicílio. A reflexão estratégica, na esfera hospitalar, não se deve limitar, por exemplo, à fase aguda do tratamento em um leito de hospital. A seleção estratégica para o hospital consiste em se coordenar com outras estruturas de atenção sanitária (medicina liberal, policlínicas, centros de saúde) para determinar precisamente, em relação com as outras entidades, o lugar que o hospital ocupará no âmbito de atenção sanitária para curar o doente. Não é possível estar presente em todo o tratamento porque isso afetaria a efetividade e poderia aumentar, desnecessariamente, o consumo de recursos. É preciso focalizar os benefícios nos pacientes e coordenar relações com outras entidades do sistema sanitário. Trata-se da tradução, para a gestão estratégica, do conceito de âmbito de atenção sanitária.

### **Segmentação estratégica e agenda de atividades**

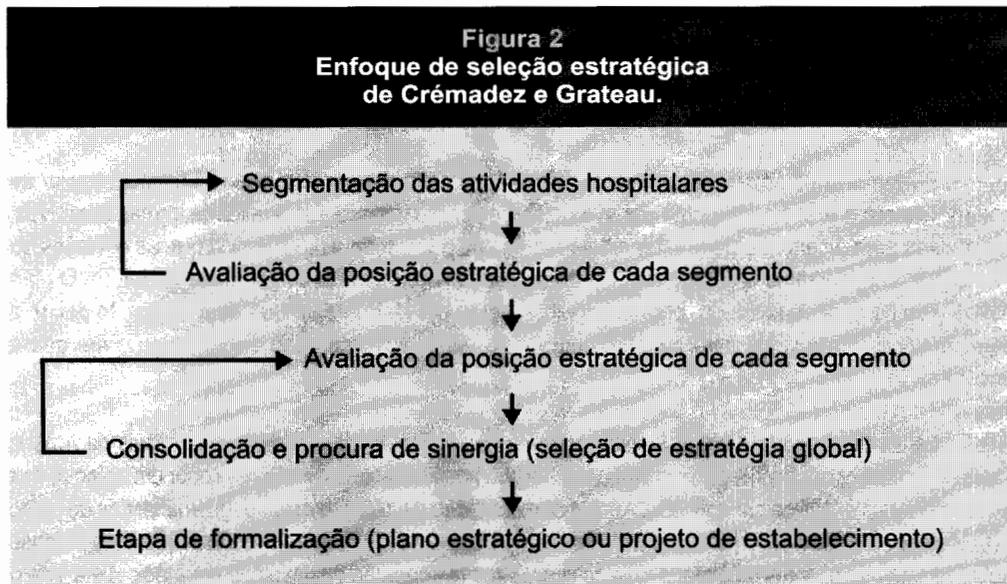
Na gestão estratégica, o hospital tem duas opções organizadas e distribuídas em segmentos de atividade. Este enfoque de segmentação das atividades hospitalares é importante em uma instituição na qual, tradicionalmente, a organização, disposta em unidades de atenção sanitária e em serviços, conduz

ao reagrupamento artificial de certos domínios de atividade muito diferentes (o serviço de consulta externa reagrupa especialidades muito diversas).

A organização hospitalar tradicional leva, às vezes, à desagregação de um mesmo domínio de atividade em vários centros de responsabilidades autônomas (luta contra a AIDS, oncologia, toxicomanias). Na empresa, a segmentação estratégica persegue como objetivo a divisão das atividades da organização em grupos homogêneos que derivam da mesma tecnologia, dos mesmos mercados ou dos mesmos competidores. Além disso, a segmentação permite destacar oportunidades de criação ou de aquisição de novas atividades e necessidades de desenvolver ou abandonar atividades atuais. Aplicados ao hospital, os critérios de segmentação estratégica podem-se enumerar da seguinte forma: <sup>17</sup>

- Doenças dos pacientes: grau de complexidade e ramificações.
- Características dos processos de tratamento: necessidade de alojamento, programação, necessidades de infra-estrutura específica.
- Características das tecnologias utilizadas: níveis técnicos específicos ou nível técnico geral, necessidades de investimento.
- Competências exigidas: grau de especialidade, múltiplas disciplinas.
- Estruturas de custos variáveis específicos por cada atividade técnica ou por paciente.
- Natureza da competência encontrada: tipo de competidor, atrativo para os agentes da saúde.
- Circuito e origem das prescrições: médicos gerais, especialistas, privados ou hospitalares.
- Tipos de pacientes: idade, sexo, categoria socioprofissional, situação trabalhista.
- Necessidades satisfeitas: urgência, diagnóstico, atenção, educação sanitária, prevenção.

O enfoque estratégico de Crémadez e Gateau, que se apresenta na Figura 2, apóia-se na doença, sendo este o primeiro critério. Os demais critérios permitem refinar a avaliação da posição estratégica por segmento. <sup>17</sup>



**Fonte:** Crémadez M, Gateau F. Le management stratégique hospitalier. Paris: Interéditions; 1992.

A segunda etapa do enfoque tem como objetivo analisar a posição do segmento de atividade identificado. Para isso, deve-se dispor de toda a informação a respeito do ambiente externo e interno do segmento de atividade considerado. Sobre esta informação, as matrizes de análise competitiva permitem ver as vantagens e desvantagens, os pontos fortes e os fracos do segmento com relação à competência. Para avaliar a posição de cada segmento, serão tomadas as seleções estratégicas. Nesta etapa, a gestão estratégica pode conduzir, em certos tipos de atividade, a estratégias de aliança com outros agentes da saúde. Estas alianças poderiam, por exemplo, permitir ao hospital adotar uma nova tecnologia ou oferecer tecnologias de ponta, associando-se com entidades públicas ou privadas quando não as puder adquirir por razões financeiras. Estas estratégias de aliança poderiam, igualmente, permitir explorar as capacidades de produção industrial de menos custos (por ex., instalação de uma lavanderia ou de um laboratório no prédio do hospital). A segmentação estratégica apóia-se em uma análise de agenda de atividades, cuja apresentação pode ser estática, como costuma acontecer.

As atividades apresentam-se por disciplina médica, por especialidade e por número de ações. É preferível apresentar a agenda de atividades de maneira dinâmica, prevendo a análise estratégica, ou seja, comparando os dados ambientais conhecidos como dados de atividades sob o poder de informação do hospital. Estes conceitos de segmentação estratégica e de agenda de atividades são, dificilmente, aplicáveis em todos os hospitais, mas são úteis nas grandes instituições que dispõem de níveis técnicos de alta tecnologia. A aplicação destes conceitos pode, ao contrário, aumentar, claramente, a eficiência dos hospitais de um município ou de um Estado. Estas técnicas de gestão permitem melhorar a efetividade do sistema de atenção sanitária a serviço da política de saúde pública do município ou do Estado.

## **O plano estratégico hospitalar**

Todos os hospitais trabalham em ambientes variáveis e pouco previsíveis. Não obstante, para que a gestão institucional em um hospital tenha sucesso, sua direção deverá procurar a forma de fazer frente a estes cenários e se adaptar a mudança e a incerteza vindouras. O planejamento é um instrumento que a gerência hospitalar dispõe para traçar seu rumo e adaptar-se à mudança. Se o hospital não planeja sua atividade, em pouco tempo dependerá, em boa medida, do destino e do impulso que tenha tomado anteriormente.

Portanto, o planejamento estratégico é um processo mediante o qual o hospital analisa seu entorno interno e externo, pergunta por sua razão de ser e expressa sua finalidade, metas, objetivos e estratégias para alcançar o bem-estar e a saúde da sua população. Isso significa que as decisões que se tomem no hospital no presente produzirão resultados úteis para a comunidade no futuro. O plano estratégico deve ser concebido, por conseguinte, como um instrumento que guia e permite definir as características do hospital para construir seu futuro em relação ao meio ou do entorno em que se encontra.

Lamentavelmente, o enfoque estratégico não se aplica assiduamente nos hospitais da América Latina e Caribe. Nesta seção, sobre o plano estratégico hospitalar seria desejável propor um enfoque e um método simples e fácil de ser aplicado. Após a apresentação de três exemplos esquematizados de planos estratégicos, a seguir serão analisadas as constantes que se desprendem do enfoque e os métodos aplicáveis ao plano, antes de expor a fase de concepção (elaboração de um plano estratégico) e a fase de realização (aplicação de um plano estratégico).

A realização de um plano estratégico não constitui, geralmente, uma obrigação regulamentar e administrativa para os hospitais dos países da América Latina e Caribe. As únicas previsões que existem em matéria de planos referem-se ao plano *mestre* ou ao plano reitor para a infra-estrutura e para programa do estabelecimento para definição de atividades e do número de leitos. Neste livro, deseja-se mostrar aos responsáveis da tomada de decisões do mundo da saúde como desenvolver este conceito de plano de gestão concreto, cujo fim é conseguir objetivos sanitários determinados voltados a populações definidas. O segundo interesse é que se trata de um plano global que não é somente sanitário, mas também econômico e gerencial, ou seja, que tem em conta o investimento e o pessoal necessários e o conjunto de recursos indispensáveis para organizar o funcionamento geral do hospital em um período concreto. Além disso, o plano estratégico permite fazer coincidir os objetivos de planificação externa – tal como são fixados pelas autoridades políticas ou administrativas responsáveis do hospital com o plano estratégico interno do estabelecimento.

O planejamento estratégico tem como horizonte temporal o longo prazo e é, relativamente, geral; centra-se em planos amplos e duradouros; assegura a efetividade e a sobrevivência do hospital por muitos anos; estabelece, tipicamente, a finalidade da organização hospitalar; e descreve um conjunto de metas ou objetivos junto com as estratégias para alcançá-los. Porém, não é estático, mas dinâmico, e adapta-se a mudanças institucionais e do entorno.

A programação operativa que concretiza as idéias do planejamento estratégico em *ações* que se realizam em curto prazo (usualmente um ano) é muito específica e está orientada à consecução de um objetivo determinado. Além disso, converte as idéias e conceitos gerais do plano estratégico em ações e passos concretos quantificáveis e avaliáveis. Portanto, é a descrição do que se requer fazer para construir dia-a-dia os planos estratégicos.

#### **Por que é necessário o planejamento?**

- O planejamento obriga o hospital a vincular a tomada de decisões com o fim.
- O planejamento estabelece metas e objetivos.
- O planejamento transforma a intenção em ação.
- O planejamento permite se antecipar aos acontecimentos e influenciá-los.

### **Elementos-chave do plano estratégico e método de intervenção**

A apresentação de três exemplos de planos estratégicos hospitalares permitirá deduzir os elementos-chave e as constantes presentes em cada um deles. Para o hospital A, o plano estratégico apresenta, em primeiro lugar, a missão do hospital, sua razão de ser, o trabalho que desenvolve e a visão do futuro. Isto se refere à situação em que deseja se encontrar o hospital mais adiante, e os objetivos estratégicos que se desmembram em planos estratégicos e em planos setoriais. O plano do hospital A realiza-se tendo em conta a análise do ambiente externo e interno, destacando os fatores fundamentais do sucesso.

***Plano estratégico do hospital A***

1. Missão ou razão de ser do hospital.
2. Visão de futuro ou situação que alcançará o hospital, o qual constitui o objetivo geral do plano estratégico.
3. Políticas institucionais e normas éticas que devem orientar as ações e o comportamento da instituição.
4. Oportunidades e situações externas que facilitam o alcance dos objetivos estratégicos.
5. Restrições externas ou obstáculos ou dificuldades externas que podem impedir o alcance dos objetivos estratégicos.
6. Pontos fortes do ambiente interno ou aspectos internos ou característicos do hospital que facilitam a consecução dos objetivos estratégicos.
7. Pontos fracos do ambiente interno ou aspectos internos do hospital que dificultam o alcance dos objetivos estratégicos.
8. Fatores-chave do sucesso ou condições básicas e indispensáveis para alcançar a missão e os objetivos estratégicos do hospital.
9. Objetivos estratégicos ou gerais que alcançará o hospital como um todo no sentido de sustentar sua missão e conduzi-lo à visão de futuro definida.
10. Metas estratégicas ou quantificação dos objetivos estratégicos.
11. Metas setoriais ou quantificação dos objetivos estratégicos setoriais.

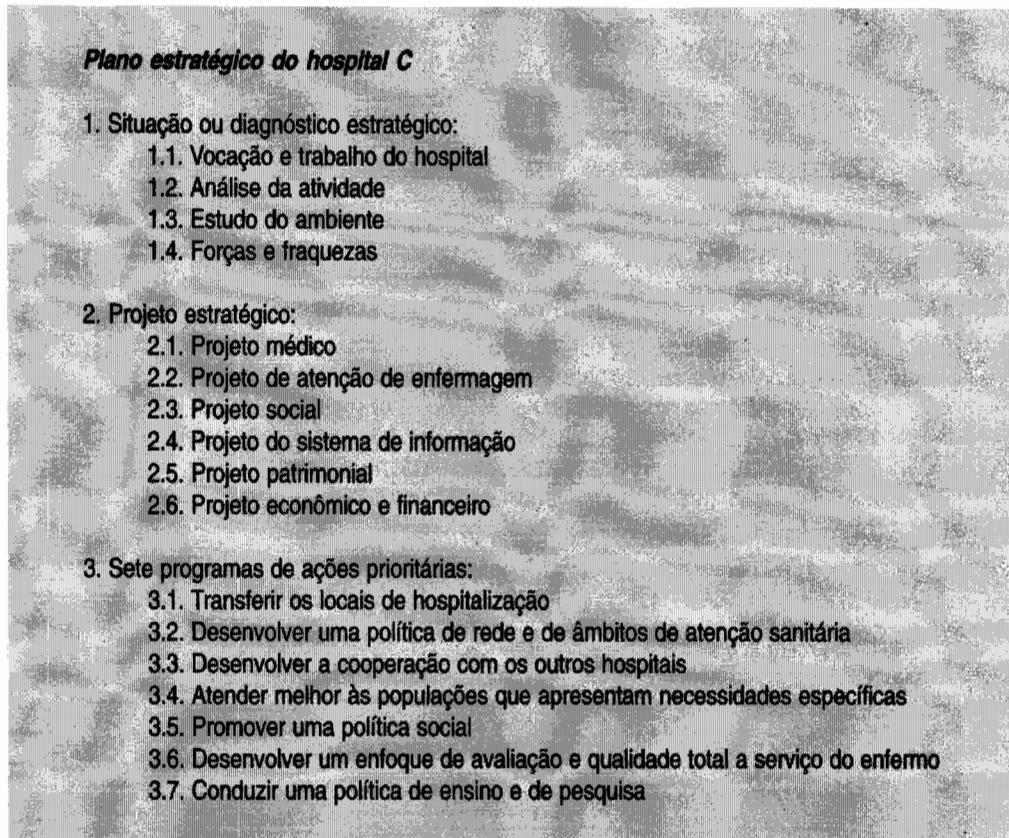
O hospital B também leva em conta a evolução do ambiente externo (econômico e sanitário) e procede a realizar um diagnóstico do seu estabelecimento insistindo nas forças e nas fraquezas do hospital em curto e médio prazos. Sobre esta base, o hospital questiona seu trabalho e sua vocação antes de definir seus objetivos gerais. Para o hospital B, a fase estratégica se concretiza no estudo e na seleção de estratégias de desenvolvimento. A fase operativa do plano se desenvolve no âmbito da reabilitação dos prédios, dos recursos humanos e dos investimentos. O calendário geral e as fases de operação já estão previstos e o plano está determinado por previsões orçamentárias e financeiras.

**Plano estratégico do hospital B**

1. Diagnóstico e objetivos gerais do hospital:
  - 1.1. Diagnóstico
    - 1.1.1. Conhecimento dos fatos externos ao hospital
    - 1.1.2. Conhecimento dos fatos internos ao hospital
    - 1.1.3. Forças e fraquezas do hospital
    - 1.1.4. Fatores-chave do sucesso
  - 1.2. Vocação e objetivo geral do hospital
    - 1.2.1. Vocação e trabalho do hospital
    - 1.2.2. Objetivos gerais
2. Seleção das estratégias:
  - 2.1. Busca das estratégias
  - 2.2. Determinação das seleções estratégicas
    - 2.2.1. Reconversão das estruturas de atenção sanitária
    - 2.2.2. Diversificação das modalidades de tratamento
    - 2.2.3. Uma política social dinâmica
    - 2.2.4. Renovação dos prédios e reestruturação do nível técnico
    - 2.2.5. Busca de ganhos de produtividade e de economias de gestão
    - 2.2.6. Melhoria da comunicação externa
3. Programação operativa:
  - 3.1. Plano reitor imobiliário
    - 3.1.1. Verificação do patrimônio existente
    - 3.1.2. Proposições do plano reitor
    - 3.1.3. Aplicação do plano reitor
  - 3.2. Plano de recursos humanos
    - 3.2.1. Soluções em curto prazo
    - 3.2.2. Soluções em médio prazo
  - 3.3. Plano de investimento e de financiamento
    - 3.3.1. Plano de financiamento
    - 3.3.2. Compensação de excesso de custos
  - 3.4. Fases e calendário geral de operação

O hospital C tem abordado seu plano de uma forma um pouco diferente. Depois de ter definido sua posição integrando a análise do ambiente, a vocação do estabelecimento e as suas missões principais, elaborou um plano diferenciado, um projeto médico, ou seja, as atividades de atenção sanitária, um projeto

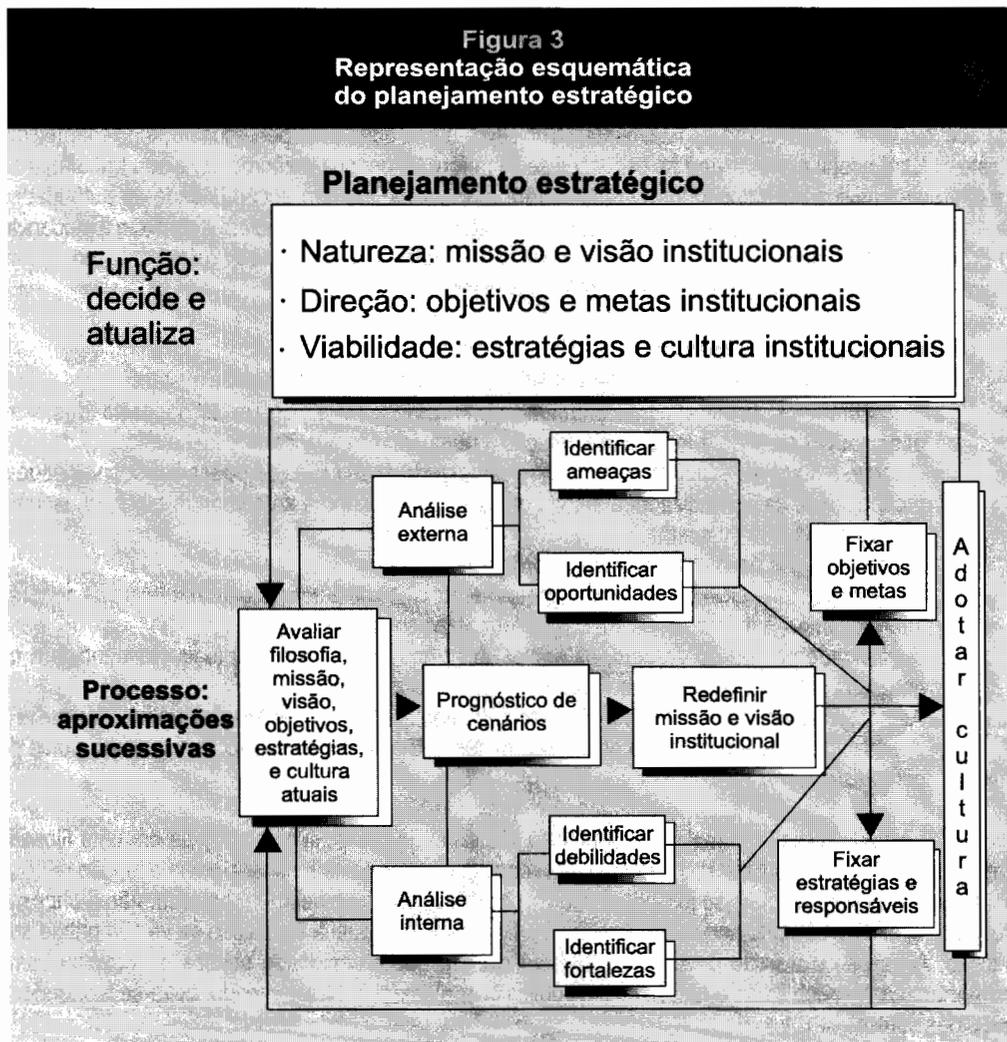
de atenção de enfermagem, um projeto social, um projeto do sistema de informação, um projeto patrimonial e, finalmente, um projeto econômico e financeiro. Para cada projeto fixaram-se e reagruparam-se as seleções estratégicas. Em seguida, estas foram separadas em programas de ações prioritárias que se referem à transferência de certas atividades de atenção sanitária, ao desenvolvimento de uma política de rede de atenção sanitária e à alocação de prioridades a necessidades de saúde específicas e não-satisfeitas. Por último, o plano conclui com a assinatura de um contrato de objetivos com a autoridade sanitária responsável do hospital.



Estes três exemplos mostram que não existe um método nem um enfoque únicos para estabelecer um plano estratégico no hospital. Cada hospital é singular e constitui um caso particular e é em função de suas singularidades que cada hospital deve construir o plano estratégico. Se trajetórias estratégicas podem diferir de um hospital a outro, é possível destacar cinco etapas essenciais que formam parte de todos os planos estratégicos. Antes de examiná-las, cabe lembrar o postulado básico e indispensável de toda estratégia: o plano estratégico deve definir uma posição significativa que tenha uma dimensão crucial. Para poder falar em rigor de estratégia, é preciso que o hospital participe nestas iniciativas estratégicas com certa constância e, por último, que designe recursos físicos, financeiros e humanos.

O planejamento estratégico inicia-se com uma análise da situação atual (resultados da gestão, análise interno e do ambiente político, econômico, tecnológico, etc., que rodeia a organização). O primeiro passo consiste em perguntar por que e para que mudar. Nos hospitais, é comum escutar perguntas tais

como: para que modificar as coisas se sempre se tem feito assim? A partir deste exemplo, é básico dar sentido à mudança. Para isso, os hospitais devem identificar e escutar, constantemente, os requerimentos do entorno (políticas, necessidades das pessoas, etc.), perante os anseios e as aspirações das pessoas que nele trabalham, e compreender a resposta a estes requerimentos conforme a filosofia e as políticas da instituição e do sistema em que se encontra expressada na missão e a visão institucional. As transformações necessárias para passar da situação atual à situação desejada em um cenário global de mudança têm que se efetuar à luz dessas definições institucionais. Os objetivos estratégicos – que, finalmente, traduzir-se-ão em metas com prazos e responsáveis antes de levar a cabo a análise de viabilidade e factibilidade e de adotar estratégias definir-se-ão para fechar a brecha que separa o ponto de partida da situação que se pretende alcançar. Todo este processo tem sido chamado de planejamento estratégico, e não é outra coisa senão a construção coletiva e dinâmica de um *mapa* que permite conduzir a organização para a situação desejada em constante evolução.



Quando se planeja uma mudança institucional hospitalar, são adotadas e atualizadas decisões que ofereçam identidade à organização ao mesmo tempo que marcam a direção em que se deve desenvolver, em aproximações sucessivas, sobre os seguintes aspectos (Figura 3):

1. O primeiro passo é avaliar a vigência das definições existentes sobre a instituição para que, em aproximações sucessivas, atualizem-se em relação a um prognóstico dos cenários prováveis, mediante a análise "Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Ameaças". Para isso, é conveniente distinguir o ambiente interno do externo.

Esta fase de análise estratégica exige um trabalho prospectivo para definir, adequadamente, as *oportunidades* e as *ameaças* procedentes do ambiente exterior. No processo de escuta e compreensão, para dar resposta a questões anteriores, deve-se prestar especial atenção ao que diz o país por intermédio do governo e das autoridades políticas e setoriais, na conjuntura econômica geral, nas novas orientações tecnológicas, no que dizem os usuários, no que diz a cultura institucional, na atividade clínica do estabelecimento e nos recursos humanos.

Sobre a base deste prognóstico de ambientes, elabora-se a análise estratégica interna, tendo em conta as *fortalezas* e as fraquezas do hospital, para assim apresentar as possibilidades de ação que se oferece, o que permite desprender, finalmente, os objetivos gerais que vão se perseguir no plano estratégico. Neste nível, o hospital não deverá se esquecer de se perguntar por sua razão de ser e seu trabalho e se as diferentes atividades respondem corretamente à missão que lhe têm encomendado as autoridades sanitárias. Este diagnóstico deve ser muito realista em relação às forças que apóiam e resistem à mudança. O processo de planejamento da mudança deve definir com toda clareza *como* (estratégias), *quem* (responsável) e *quando* (prazos). Nesta tarefa, é útil explorar:

- Os valores e a cultura do hospital.
- Seus sistemas, especialmente de manejo da informação e de controle de gestão.
- Seus produtos, especialmente enquanto a capacidade de satisfazer às necessidades e às expectativas do meio que serve em relação à pertinência, à qualidade e aos custos.
- O recurso humano, especialmente no que diz respeito às relações de poder, à disponibilidade e à capacidade de aprendizado, a atitude de serviço ao usuário e ao compromisso para assumir responsabilidades de gestão.
- As capacidades da infra-estrutura e a tecnologia disponível.
- Os estilos de trabalho e convivência, especialmente o tipo de autoridade que exercem os poderes intermediários, a fluidez da comunicação formal, as confianças, etc.
- A realidade política do entorno, os apoios extra-hospitalares, as eventuais resistências e as ameaças externas ao processo.
- As possibilidades de estabelecer alianças com atores externos e internos.
- A capacidade de utilização de diferentes instrumentos de comunicação, incluindo os meios de comunicação.

2. A partir disso, reformulam-se a missão e a visão de futuro, sustentando-as em uma filosofia amplamente compartilhada. A missão é a razão de ser do hospital e está determinada por sua função *pública*; esta não é auto-referida nem se justifica por si própria, mas ainda que seja referenciada, não é *imposta*; deve ser institucionalmente assumida. A visão é a filosofia com a qual a instituição se vê cumprindo sua missão. A missão e a visão devem traduzir com clareza que a sociedade precisa do hospital como instrumento ao serviço de uma função social pública hoje e amanhã. Neste sentido, deve-se responder a questões como:

- O que se quer ser, aonde se quer ir.
- Quais são os valores da organização e dos que nela trabalham.
- Quais são as requisições de quem a utiliza e financia, suas preocupações, suas queixas, suas expectativas.
- Quem são os usuários externos e as suas necessidades.

3. Na etapa seguinte, são definidos os objetivos estratégicos do processo e as metas que devem assinalar os objetivos-chave que se deseja alcançar, considerando que o principal *objeto e sujeito da mudança* é a própria cultura institucional:

- Colocar o usuário como centro (cultura de serviço).
- Compartilhar o poder mediante formas de autogestão para alcançar a eficiência e a contenção de custos em completa harmonia com a ética e a qualidade (cultura de participação).
- Alcançar o trabalho em rede do hospital e para o exterior (cultura sistêmica).
- Desenvolver uma permanente atitude de busca da excelência e a melhoria da qualidade (cultura do aprendizado).

Ao mesmo tempo, e em função destes objetivos estratégicos fixados pelo estabelecimento, formula-se a estratégia ou as orientações estratégicas que vão definir as prioridades que observará no hospital e fixam-se responsáveis, de forma que se possa adotar uma cultura institucional em concordância. Estas orientações ou seleções estratégicas têm uma dimensão muito geral. É mais conveniente concretizá-las e precisá-las por meio de um planejamento operativo que se traduz na elaboração de planos de ação, tudo o que vai fazer o hospital, os projetos estratégicos que tem que implantar, etc. No procedimento de elaboração do plano, devem-se integrar dois lineamentos metodológicos: de consenso e de programação.

O lineamento de consenso. A maioria de quem participa na vida hospitalar, ou seja, o pessoal, mas também os representantes dos usuários e os responsáveis sanitários, devem estar estreitamente associados com as diferentes fases de negociação e de concepção; no plano interno, é necessário incluir ao corpo médico os executivos e as organizações sindicais. Não se deve esquecer que não se modifica um hospital contra a vontade do seu pessoal. O plano estratégico constitui uma oportunidade interessante para associar o hospital com a gestão do estabelecimento e para que os diferentes agentes do hospital assumam como seus o plano e as grandes orientações.

O lineamento de programação tem dois aspectos: em primeiro lugar, quanto tempo se requer para realizar e redigir um plano estratégico, tendo-se em conta o lineamento de consenso apresentado? Parece necessário um período de seis a oito meses porque é preciso prever a constituição de grupos de trabalho temáticos sobre as orientações estratégicas e os planos de ação, a redação do conjunto de documentos e a negociação do plano estratégico mesmo internamente, nas instâncias consultivas e deliberantes do estabelecimento, bem como com as autoridades sanitárias, locais ou estatais. O segundo aspecto refere-se à duração de um plano estratégico: trata-se de um planejamento em longo ou médio prazo? Em geral, os planos estratégicos hospitalares são elaborados em cinco anos, ou seja, são em médio prazo, e abrem a possibilidade de atualizá-los ou de revisá-los todos os anos ou a cada dois. É importante ter em conta, ao mesmo tempo, acontecimentos externos ou internos que possam surgir e que não eram conhecidos nem tinham sido previstos no momento em que se realizou o plano.

Todo este processo leva a adotar ou a assumir uma cultura de gestão, algo dinâmico que precisa se ajustar constantemente, atendendo a necessidades do meio no qual se encontra o hospital. É um

processo de aproximações sucessivas que nunca devem omitir a reformulação de todos os passos, para se ajustar, precisamente, às necessidades do meio e não perder de vista a qualidade dos serviços oferecidos.

### **Elaboração de um plano estratégico: a fase de concepção**

A condução do plano estratégico procede de um enfoque global que compreende, em quase todos os casos, as quatro fases sucessivas que se indicam a seguir: análise prospectiva, redação do plano estratégico, aplicação do plano estratégico e avaliação do plano estratégico.

O plano estratégico em si compreende as duas primeiras fases, ou seja, a análise prospectiva e a redação do plano, que abarcam, essencialmente, as orientações estratégicas escolhidas sobre a base de uma análise do ambiente, das forças e das fraquezas do hospital e em função dos fatores-chave de sucesso para o hospital. À parte *projeto médico* constitui a peça principal do plano estratégico. Quanto a este processo podem-se apresentar várias opções: manutenção de atividades, criação ou fortalecimento de atividades médicas, supressão ou conversão de atividades.

Estas orientações estratégicas novas serão abordadas em função de sua pertinência a necessidades que deverão ser satisfeitas, do seu grau de factibilidade, conforme recursos mobilizáveis, e em função de regras de complementaridade em relação à rede de atenção médica em seu conjunto e a outros estabelecimentos hospitalares da Região. Nesta fase de concepção, é imperativo evitar dois obstáculos.

O primeiro refere-se ao caráter global do plano estratégico. Muito freqüentemente o plano se resume em um projeto relativo às atividades médicas e às atividades de atenção sanitária em geral. Os outros elementos do plano apenas se esboçam ou se faz caso omissos deles. Trata-se de atividades de enfermagem que cumprem um papel cada vez mais importante nos estabelecimentos hospitalares, no plano social que se refere à evolução dos recursos humanos e no sistema de informação. Também se presta pouca atenção à dimensão patrimonial do hospital, ou seja, a infra-estrutura física, ao conjunto de instalações técnicas e à equipe médica. O desenvolvimento ou a criação de novas atividades médicas depende da atenção de enfermagem, dos recursos humanos e do plano patrimonial.

Por último, o plano estratégico deve abarcar, igualmente, uma dimensão econômica e financeira fundamental para a viabilidade e a duração da operação. Esta dimensão global e exaustiva do plano estratégico deve ser levada em conta durante sua concepção porque se trata de um plano hospitalar, isto é, do plano estratégico de uma empresa social. Como em toda empresa, a dimensão social, patrimonial, econômica e financeira são imprescindíveis para garantir a realização efetiva e operativa do plano.

O segundo obstáculo que deve ser evitado refere-se aos recursos financeiros que poderá dispor o hospital para a realização efetiva do seu plano. É na concepção do plano que se terá que integrar este elemento financeiro. Desta forma, o plano estratégico deve abarcar uma parte financeira que defina, enquanto investimento e funcionamento, os recursos de que poderá dispor o estabelecimento para a realização do seu plano. Não se pode ter uma estratégia se não existe uma alocação de recursos e se esta não compromete de forma duradoura o futuro do hospital.<sup>7</sup> Quando se retoma o exemplo do hospital A, os objetivos estratégicos definidos integram, insuficientemente, a dimensão *alocação de recursos*.

Na definição das orientações estratégicas, é preferível seguir o exemplo do hospital C, ou seja, dividir as orientações estratégicas em vários planos que apresentam as diferentes facetas desta estratégia:

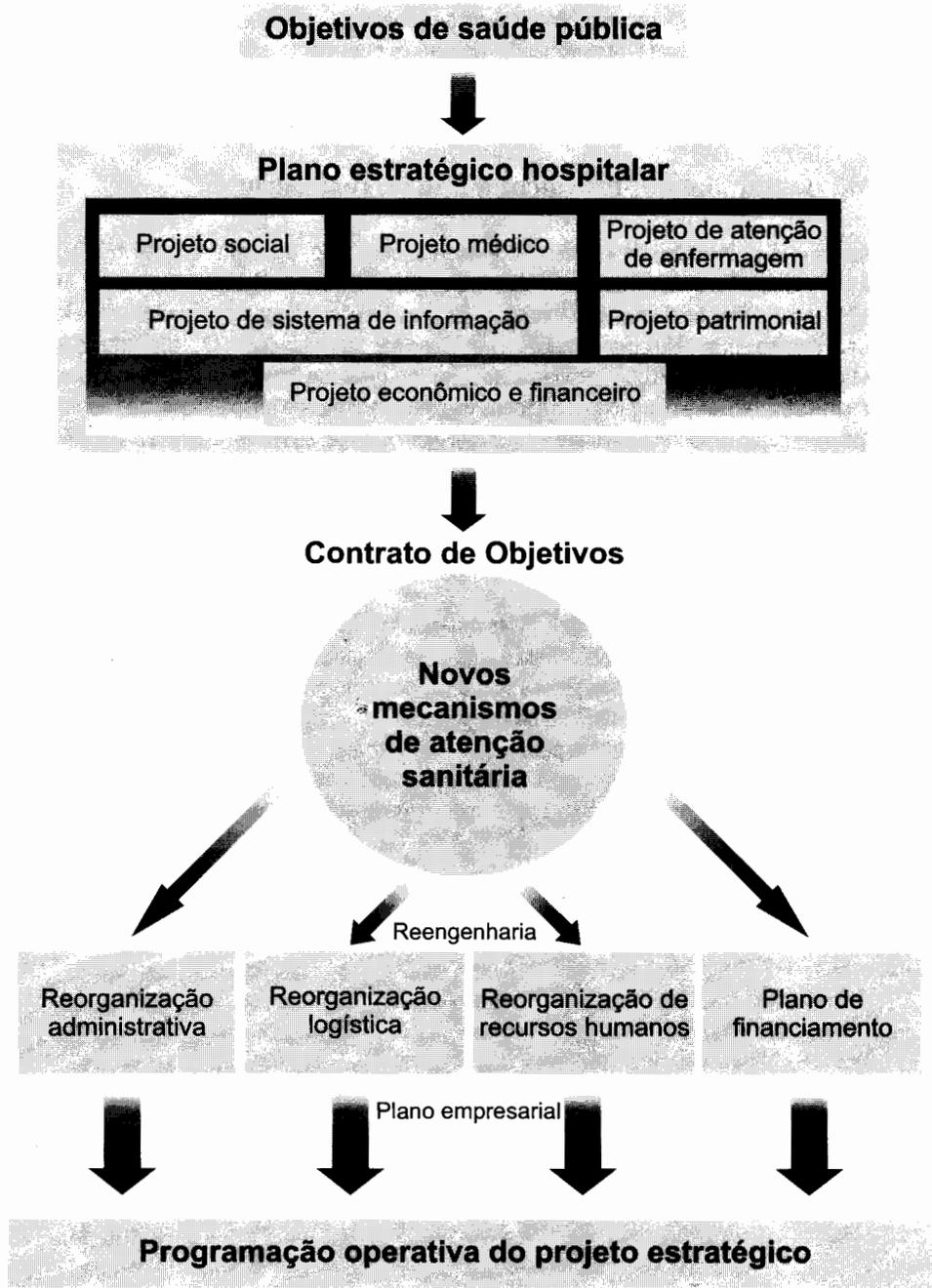
plano médico, plano social, plano do sistema de informação, plano patrimonial e plano econômico e financeiro. Este método permite garantir o caráter global e exaustivo do plano e facilitar sua operação no futuro. Assim, como se propõe no plano do hospital C, é possível prolongar o plano estratégico mediante a definição de programas de ações prioritárias, que constituem os objetivos estratégicos que deverão ser alcançados. A definição destas prioridades permite hierarquizar os objetivos e assim garantir sua aplicação total ou parcial em função dos recursos financeiros disponíveis. O plano estratégico pode, além disso, abarcar uma parte denominada programação operativa que, como seu nome indica, define uma programação precisa no tempo, integrando as operações, os recursos humanos e financeiros necessários e, por último, um calendário geral de realização do conjunto da operação.

### **Aplicação de um plano estratégico: a fase de realização**

Esta fase é a de mais difícil execução porque a qualidade, o caráter exaustivo e a dimensão financeira do plano são condições essenciais para garantir sua realização. Como foi assinalado anteriormente, se a definição do plano estratégico não prevê, suficientemente, o controle da alocação de recursos, será preciso um projeto ou orientações gerais, mas não uma estratégia. O planejamento estratégico deve abordar a criação das condições de viabilidade. Por exemplo, na França, onde o plano estratégico se converteu, em 1991, em uma obrigação para todos os estabelecimentos hospitalares, oito anos depois da aplicação desta obrigação somente se tinha alcançado, efetivamente, 30% dos objetivos fixados nos planos. Estes resultados desalentadores são explicados, em grande medida, pelo fato de que os planos não têm integradas as dimensões econômica e financeira e também porque apresentavam orientações estratégicas que se referiam, essencialmente, às atividades médicas em detrimento dos outros componentes (social, patrimonial, econômico e financeiro).

O plano estratégico deve ser adotado pelas instâncias do hospital que tomam as decisões e validado pelas autoridades sanitárias responsáveis. Esta é uma condição indispensável para permitir uma realização efetiva e operativa do plano.<sup>18</sup> Certos países têm adotado como procedimento oficial de validação dos planos estratégicos por meio da assinatura de um contrato de objetivos entre a autoridade sanitária e o hospital. Esta modalidade é interessante porque permite, por uma parte, dar caráter oficial e ao plano e, por outra, envolver diretamente as autoridades sanitárias responsáveis na realização dos objetivos previstos. Para melhorar a realização operativa do plano, é importante aplicar o enfoque, também estratégico, que facilitará a obtenção dos resultados.<sup>19</sup>

**Figura 4**  
**Enfoque estratégico**  
**no hospital**



Como apresentado nesta proposição do enfoque estratégico, o conteúdo do plano não está somente constituído pelas orientações estratégicas médicas, mas pelo conjunto de atividades, inclusive logísticas e administrativas, que compõem a organização e o funcionamento de um hospital. O plano estratégico, uma vez validado e aprovado pelas autoridades sanitárias, graças a um contrato de objetivos e de meios, será prolongado por operações globais de reengenharia, que permitirá apresentar as orientações estratégicas escolhidas.<sup>20</sup>

A reengenharia consiste em *reiniciar* a empresa (ou o hospital) desde zero para melhorar seu funcionamento, reduzindo os custos. Trata-se de reestruturar toda a organização, questionando suas causas fundamentais e redefinindo os processos operativos. O objetivo é responder, de forma duradoura, às exigências do ambiente externo e do interno. A reengenharia exige, então, imaginação, criatividade, mas também participação, bem como não temer a mudança. Consiste em prever as situações de forma diferente, retomando o conjunto dos problemas desde sua origem. Este método de reorganização se adapta bem ao hospital porque permite eliminar as separações e a imobilização que, com frequência caracterizam as organizações hospitalares. Não obstante, é preciso ser prudente em sua aplicação porque, com frequência, apresenta riscos, uma tendência à ruptura e uma desordem provisória. A crítica principal da reengenharia refere-se a sua semelhança com as reduções drásticas do emprego e com as demissões, sobretudo na América do Norte.<sup>21</sup> As técnicas de reengenharia devem então se aplicar com prudência e discernimento. Nestas condições, é possível permitir uma reorganização e novas regras de funcionamento a serviço das necessidades de saúde da população. Esta técnica propicia a luta contra o caráter paralisante da instituição hospitalar e a forte resistência à mudança que se observa. Pode-se retomar, esquematicamente, o conjunto do processo estratégico de um hospital: o plano estratégico define as grandes orientações e os objetivos que persegue. Estas opções são válidas e formalizadas por meio de um contrato ou de um acordo oficial com as autoridades sanitárias. Para permitir a realização efetiva das orientações estratégicas previstas, uma operação de reengenharia define as novas organizações que deverão ser colocadas em prática, sobretudo no que se refere ao mecanismo de atenção sanitária para conseguir os objetivos fixados. Por último, o plano empresarial ou o plano de desenvolvimento apresenta um orçamento provisional de investimento e de funcionamento em cinco anos, desmembrado por anos.

A aplicação de mecanismos de controle, ativados a cada ano, permitirá comparar os resultados obtidos (ou seja, a aplicação efetiva do plano estratégico) com os objetivos apresentados no plano empresarial. Graças a esta análise comparativa, o plano estratégico poderá ser revisado a cada ano, a alta ou a baixa, em função dos resultados obtidos.

### **O segmento financeiro do plano estratégico**

A dimensão financeira do plano estratégico é fundamental porque condiciona sua viabilidade e seu sucesso. O plano estratégico não possui nenhum interesse, mas incorpora as dimensões econômica e financeira que permitam sua execução efetiva. Portanto, é importante organizar um verdadeiro segmento financeiro do plano estratégico, instituindo um planejamento financeiro e um *plano empresarial*.

Estas técnicas de administração de empresas são completamente transferíveis ao hospital que conta com a autonomia de gestão e com uma autêntica autonomia financeira. Se esta autonomia é limitada, o que é comum no caso da América Latina e Caribe, a autoridade sanitária responsável, ou seja, aquela

que é indicada para tomar decisões financeiras, deve permitir a adoção destas técnicas de gestão em estreita colaboração com o hospital beneficiário. Menciona-se esta exceção porque ainda é, relativamente, raro que os hospitais públicos da América Latina e Caribe gozem de grande autonomia financeira que lhes outorgue jurisdição e autoridade sobre os investimentos em infra-estrutura e equipe, bem como sobre as possibilidades de financiamento, que incluem a obtenção de empréstimos no mercado financeiro. Contudo, esta falta de grande autonomia financeira não impede a aplicação destas técnicas.

### **O planejamento financeiro**

A aplicação financeira é a versão financeira do plano estratégico e consiste na busca, durante um período previsto que engloba desde o médio prazo (cinco anos) até o prazo mais imediato (meses e semanas), até a coordenação entre as necessidades previstas de fundos e as possíveis fontes de financiamento.

O planejamento financeiro envolve, em primeiro lugar, as operações de investimento e financiamento em longo prazo. Leva em conta também as repercussões das decisões em matéria de investimentos no comportamento financeiro de estabelecimento em conjunto. Trata-se de prever a situação da estrutura financeira, a rentabilidade e a liquidez financeira do estabelecimento, mediante planos em médio e curto prazos. O planejamento financeiro compreende, por último, a busca de certa *liberdade financeira* que permita dispor de mobilidade financeira para liberar recursos a fim de que, em situação de urgência, possa fazer frente a imprevistos que apresentem a necessidade de financiamento. O planejamento financeiro das decisões estratégicas compreende as decisões relativas aos investimentos. Para realizar uma operação nova que requeira investimentos importantes, o diretor do hospital deve fazer a seguinte pergunta: que bens é preciso adquirir (terrenos, prédios, equipes) e, em consequência, quanto capital tem que se investir? O planejamento financeiro de um alto investimento organiza-se em torno de um processo que envolve a avaliação financeira do projeto, a formulação do programa e do plano de investimento. Neste caso, o sucesso depende, em grande parte, da qualidade do sistema de informação do hospital. O planejamento financeiro começa com a elaboração de projetos e planos de investimentos e termina com o desenho de planos financeiros em médio ou curto prazo. A credibilidade e a utilidade do planejamento financeiro dependem da sua conformidade com o plano estratégico do estabelecimento e da coerência que se dê à sua organização.

### **O plano empresarial**

Para definir o que é exatamente um plano empresarial, este deve ser comparado à contabilidade. O plano empresarial é o futuro representado pela contabilidade do passado. A contabilidade não resulta em benefícios nem em perdas, mas verifica a realidade financeira passada de uma empresa. Da mesma forma, o plano empresarial não forja o futuro nem orienta a política futura da empresa; sua função é quantificar, com a maior precisão possível, os efeitos previsíveis das decisões programadas. O plano empresarial é, como a contabilidade, um instrumento de cálculo exato que permite descrever o futuro da instituição. Em uma empresa comercial, o plano empresarial mostra qual será a situação patrimonial e financeira da sociedade ao concluir o projeto. Apresenta de forma prospectiva a rentabilidade futura da empresa e, por conseguinte, os fundamentos das decisões previstas e os projetos propostos.<sup>22</sup>

Aplicado ao hospital, o plano empresarial permite a execução do plano estratégico, que representa um compromisso de vários anos para o hospital, com o cálculo exato das consequências financeiras prováveis das decisões. Muitas empresas comerciais entram em falência porque não formulam previsões com suficiente exatidão ou porque empreendem operações de desenvolvimento sem ter determinado a magnitude dos investimentos necessários nem ter obtido, anteriormente, suficientes recursos financeiros. Da mesma forma, no plano empresarial para o hospital apresenta o montante dos investimentos que

devem ser realizados e as conseqüências financeiras destes investimentos no orçamento de exploração. A quantificação exata dos efeitos previsíveis das decisões antecipadas no plano estratégico permite aos diretores do hospital conhecer se seu estabelecimento pode levar a cabo um projeto determinado, tendo em conta o esforço financeiro necessário. Segundo os resultados que se apresentam no plano empresarial, os diretores podem optar por limitar o alcance do projeto, obter com antecipação os meios financeiros necessários para sua execução ou procurar outras soluções para financiá-lo (subvenções; ajuda específica do Estado ou de uma caixa de seguro médico). Por conseguinte, o plano empresarial é um instrumento de cálculo preciso que deve ter em conta o conjunto das atividades do hospital e permite descrever seu futuro em função da execução do plano estratégico. Mostra a evolução dos recursos humanos, a situação patrimonial e a estrutura financeira do hospital, tendo em conta a evolução da produção (atividades médicas e técnico-médicas), os custos de investimento e os custos de operação. Trata-se de um balanço do futuro que provê informação precisa e indica, expressamente, se os meios financeiros do hospital permitir-lhe-ão pôr em prática as orientações estratégicas programadas. Se isso não ocorrer desta forma, poder-se-á reduzir o alcance previsto do plano. No estudo do caso, a seguir, não se recapitula o conteúdo de um plano empresarial na sua totalidade, mas mostra-se, em relação aos investimentos, a importância do segmento e a programação no campo financeiro, ou seja, a importância da condução.

## Dois exemplos de planos estratégicos hospitalares

### ***Instituto Neurológico da Colômbia***

#### ***Plano estratégico hospitalar***

**Missão.** Ser uma entidade sem fins de lucro, líder em pesquisa, diagnóstico e tratamento integral com qualidade das doenças neurológicas.

**Visão.** Ser o centro pioneiro e líder de atenção integral neurológica e ciências afins (para o país e outros da América Latina), com a mais alta tecnologia, excelência, qualidade e projeção social na prestação dos serviços.

**Políticas institucionais.** Cooperação, liderança, tomada de decisões, relações interpessoais, motivação, avaliação e controle, comunicação e bem-estar.

**Oportunidades.** Centro de nível terciário, único em neurociências, vinculação universitária, médicos com alta especialização, amabilidade no serviço, liderança nacional na especialidade, apoio da universidade, alta credibilidade da comunidade, reforma da seguridade social, tendência à privatização e conservação da sua boa imagem em certos setores da comunidade.

**Restrições externas.** Escassas vias de acesso, pobre identificação institucional, difícil estacionamento, falta de credibilidade em sua capacidade econômica, pouca capacidade de pagamento dos usuários, má fama perante médicos externos, ser reconhecido como seguridade social e competência e iguais serviços. Pontos fortes do ambiente interno. Equipes obsoletas; falta de sistematização, deficientes sistemas de comunicação e falta de motivação.

**Pontos fracos do ambiente interno.** Estabilidade trabalhista, centro de nível terciário, trato humano e vinculação universitária.

**Fatores-chave do sucesso.** Reorganização administrativa, sistematização integrada, renegociação de passivos, recuperação de serviços rentáveis, renovação de equipes médicas, penetração de mercados, gerência do dia-a-dia e indicadores de gestão.

Objetivos estratégicos. (Veja o quadro 1.).

Metas estratégicas. (Veja o quadro 1.).

**Análise complementar**

Neste hospital, observa-se uma segmentação estratégica cujas duas principais opções estão orientadas pelo nível de competências exigido, isto é: prestador de serviços de neurologia e centro de pesquisa e docência.

**Quadro 1**  
**Fatores-chave do sucesso, objetivos e metas e estratégicos**  
**do Instituto de Neurologia da Colômbia.**

Fator chave do sucesso	Objetivo Estratégico	Metas estratégicas
Reorganização Administrativa	Análise e desenvolvimento organizativo Planificação estratégica Implantação e desenvolvimento do PEC	Diagnóstico organizativo. Desenvolvimento organizativo. Diagnóstico estratégico. Desenho de plano estratégico corporativo (PEC). Avaliação e cumprimento de objetivos. Melhora contínua. Monitorização integral.
Sistematização integrada	Seleção de programas. Aquisição e instalação. Geração de informação para a tomada de decisões Capacitação de usuários Desenho e avaliação de processos de admissão de pacientes	
Renegociação de passivos	Negociação de dívidas e pagamento a provedores Saneamento e recuperação de serviços contratados Saneamento progressivo do passivo de prestações Renegociação com o sistema financeiro	
Recuperação de serviços rentáveis	Laboratório clínico Corporação OIR Ressonância magnética Grupo oftalmológico HORUS Tomografia e Cia. limitada	
Renovação de equipamentos médicos	Nova tecnologia	
Estratégia de penetração de mercados	Prestação de serviços Mercadejo Estudo da nova normativa	
Gerência do dia-a-dia	Serviço ao paciente Financeiro Serviços gerais Compras e subministros Administração do recurso humano	Programa de melhora hoteleira. Informação ao usuário. Guia hospitalar e hoteleira. Depurar análises financeiras. Gestão de créditos. Desenho e seleção de indicadores financeiros. Recuperação de carteira. Recursos no mercado financeiro. Manutenção preventiva e corretiva. Saúde ocupacional e seguridade industrial. Pagamento a provedores. Diagramas de processos e otimizações. Manuais de seleção e indução. Desenvolvimento de política salarial. Negociações com o pessoal.
Indicadores de gestão	Indicadores financeiros Indicadores de atividades hospitalares	Endividamento, faturamento, liquidez, utilidade, porcentagem de ocupação, leitos, dias permanência, etc.

## **Grupo Hospitalar Conceição**

### **1. Missão**

Desenvolver ações de atenção de saúde integral para a população, com excelência e efetividade organizativa por meio dos seus recursos tecnológicos e humanos, programas de docência e pesquisa, atuando em colaboração com outras entidades, fortalecendo o sistema único de saúde e cumprindo, desta forma sua função social.

### **2. Princípios e valores**

Respeito e dignidade na atenção ao paciente, valorização dos recursos humanos, gestão participativa e transparente, melhoria contínua com gestão dirigida aos resultados, preservação dos recursos patrimoniais, interação com a sociedade e comportamento ético nas relações e nos procedimentos.

### **3. Intenção estratégica**

Ser reconhecido como referência brasileira nas ações de saúde, operando com melhor relação custo-benefício entre as instituições públicas de saúde do Brasil, com investimentos alcançando 50% do gasto total.

### **4. Análise do meio**

#### **Oportunidades**

Novo perfil jurídico da instituição, qualidade total, organização do sistema de saúde, capacitação profissional, ênfase na prevenção, estabilidade econômica, sistema de saúde comunitário, incentivo para a educação (intercâmbios com universidades, projetos de pesquisa), modernização (melhoria da tecnologia, atualização, materiais), números de convênios (planos de saúde, colaborações) e qualificação dos provedores de mercado (pouca competência em certos serviços como o serviço materno-infantil).

#### **Ameaças**

Política (alternância dos partidos e as políticas governamentais, falta de definição jurídica, atuação sindical), orçamentos insuficientes, crise socioeconômica, Sistema Único de Saúde (SUS), perda de credibilidade, valores fracos, competência, e desgaste da imagem da empresa.

### **5. Análise interna**

#### **Fortalezas**

Implantação do plano de qualidade total, hospital de referência do SUS, atenção para todos, salários e benefícios (pagamento em dia por cima do mercado), boa tecnologia (investimentos), resolução, organização administrativa, direção ativa, localização, condições de trabalho, materiais e recursos, qualificação profissional (diversificação das especialidades, dedicação), imagem do hospital, área física adequada (reformas) e residência médica.

#### **Fraquezas**

Capacitação gerencial dos níveis: médico, técnico e administrativo; falta de continuidade administrativa e política; falta de definição do caráter jurídico; gestão de emergência; gestão

dos recursos ambulatoriais; gestão do centro cirúrgico; comunicação interna; gestão da residência médica; falta de compromisso dos funcionários; carência de uma política de recursos humanos (plano de cargos e salários, capacitação e desenvolvimento, contratação); falta de avaliação; motivação; benefícios; controle ou supervisão das atividades; inadequada distribuição dos recursos humanos (quantidade insuficiente, excesso de pessoal na área administrativa); informatização insuficiente; burocracia interna; gestão dos leitos; dificuldades na administração (falta de planejamento, falta de controle, centralização das decisões, resistência às mudanças, integração entre níveis, integração entre setores ou funções); instalações físicas; comunicação externa (comércio exterior, insuficiente divulgação); limpeza; insuficiente produtividade intelectual (corpo clínico); e repasse dos recursos financeiros.

#### **6. Fatores críticos para o sucesso competitivo da empresa no seu negócio**

<b>Ordem de importância</b>	<b>Fator crítico</b>	<b>Avaliação</b>
1	Efetividade gerencial em todos os níveis	0
2	Valorização, qualificação e compromisso dos recursos humanos	2
3	Tecnologia adequada	3

#### **7. Objetivos de mudança**

Implantar um programa de mudança de cultura e clima organizativos, outorgando privilégios aos seguintes aspectos: compromisso, participação, educação e conhecimento.

#### **8. Planos táticos**

Os planos táticos incluem: mudança de cultura e clima organizativos, padronização dos indicadores hospitalares, controle dos processos críticos do GHC, informatização e novos modelos de atenção: hospital-dia, internação domiciliar, etc.

## Bibliografia

- 1 Bildaut F. *Le champ stratégique de l'entreprise*. Paris: Economica; 1989.
- 2 Sicard R. *Pratique de la stratégie d'entreprise: concepts opérationnels et procédures de succès*. Paris: Hommes et techniques; 1987.
- 3 Peters T, Waterman R. *Le prix de l'excellence*. Paris: Interéditions; 1983.
- 4 Rocher G. *Introduction à la sociologie générale*. Tome III. Le changement social. Paris: Editions HMH; 1968.
- 5 Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris: Editions le Seuil; 1977.
- 6 Mintzberg H. *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Paris: Les éditions d'organisation; 1982.
- 7 STRATEGOR. *Stratégie, structure, décision, identité*. Paris: Interéditions; 1993. [<http://campus.hec.fr/strategor>]
- 8 Ansof I. *Corporate strategy*. New York: McGraw Hill; 1965.
- 9 Learned EP, Christensen CR, Andrews KR, Guth WD. *Business policy*. Text and cases. Homewood, Illinois: Irwing; 1965.
- 10 Romanantsoa B. Voyage et stratégie. Rev Française du Marketing 1984; Cahier 99bis.
- 11 Boston Consulting Group. *Les mécanismes fondamentaux de la compétitivité*. Paris: Hommes et techniques; 1980.
- 12 Porter M. *Competitive strategy*. New York: The Free Press; 1982.
- 13 Anastassopoulos JP, Blanc G, Dussauge P. *Les multinationales publiques*. Paris: Presses Universitaires de France; 1985.
- 14 Thiétard R. *La stratégie d'entreprise*. 2eme ed. Paris: Ediscience International; 1997.
- 15 Mintzberg H. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris: Dunod; 1994.
- 16 Cauvin C. *Etablissements de santé: spécificité de la gestion et particularité du management*. 2nde ed. Encyclopédie de gestion. Tome I. Paris: Economica; 1997.
- 17 Crémadez M, Gâteau F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Interéditions; 1992.
- 18 Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. *Gestão hospitalar. Um desafio para o hospital brasileiro*. Paris: Editions ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique); 1993.
- 19 Marie C. *Le business plan: construire et utiliser un plan de développement*. Paris: Editions d'organisation; 1994.
- 20 Hammer M, Champy J. *Reengineering the corporation: a manifestation for business revolution*. New York: Harper Collins Publishers Inc.; 1992.
- 21 Griffith J, Sahney V, Mohr R. *Reengineering health care*. Building on C.Q.I Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1995.
- 22 Bessis J, Galai D, Hillel L, Kienast P. *Business plan: concevoir et rédiger un plan de développement*. Paris: Editions Nathan; 1993.

# Capítulo 7

## A gestão da mudança institucional

## Construindo o hospital do amanhã

Em um mundo globalizado e competitivo aparece um novo modelo de empresa e de gestão social que está configurado como um sistema aberto e claramente influenciado e projetado pelos valores das pessoas que compõem a organização e seu ambiente. Os sistemas sanitários e, como parte deles, os hospitais, não são uma exceção a esta regra.

As empresas de serviços, como os hospitais, precisam desenvolver uma gestão que lhes permitam identificar e projetarem-se para as necessidades de seus usuários. Esta gestão contém um desafio de *escuta e compreensão* necessário à adaptação das características, fluxo, ritmo e evolução da demanda da comunidade, especialmente no setor saúde, no qual são exigidas respostas cada vez mais flexíveis, oportunas, efetivas e eficientes.

Os hospitais precisam ser mais efetivos e eficientes, aproximarem-se mais das pessoas atendidas por eles, abrirem-se à participação cidadã e ao controle social, e aumentarem a sensibilidade e a dinâmica de sua adaptação às necessidades das pessoas e comunidades. Para isso, é necessário mudanças profundas, especialmente porque os serviços públicos são rígidos e burocráticos, suas estruturas são rígidas e verticais, encaram limitações legais e centralistas na gestão dos recursos financeiros e humanos e sua cultura institucional é muito pouco sensível às necessidades das pessoas e às mudanças do ambiente.

Por isso, para as empresas hospitalares serem legítimas e desenvolvidas, é imprescindível manter um processo permanente e complexo de adaptação, já que os serviços de atenção à saúde devem estar adaptando-se permanentemente a: 1) às diferentes necessidades de saúde das pessoas e das comunidades; 2) às mudanças nas expectativas e na cultura dos usuários dos serviços; 3) às novas tecnologias tanto clínicas quanto de gestão; 4) aos novos modelos de organização e de gestão dos sistemas de saúde; 5) às novas possibilidades financeiras e formas de financiamento; e 6) às diferentes aspirações de desenvolvimento pessoal e contribuição criativa dos membros da organização.

Para os hospitais legitimarem-se e manterem-se em um ambiente competitivo, precisam desenvolver a capacidade de mudar; portanto, a dificuldade para a construção do hospital do amanhã é a habilidade para aprender a mudar, ou seja, a capacidade institucional para aprender a escutar e a compreender.

## As complexidades da mudança institucional

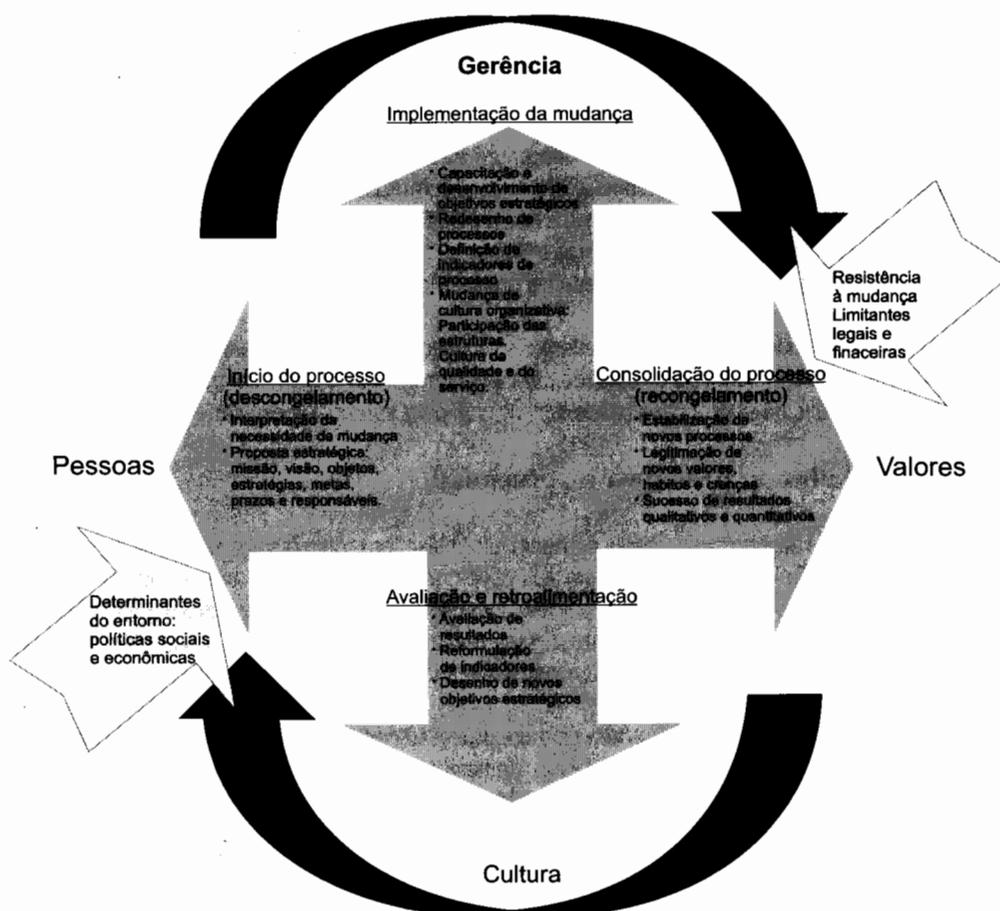
As sociedades mudam rapidamente e exigem reformulações profundas nas formas de organização e de gestão dos hospitais para se adaptarem aos novos desafios sociais. Os processos de mudança multiplicam-se ao mesmo tempo em que se perde o controle dos acontecimentos históricos, sendo difícil construir um panorama integrado e coerente dessas mudanças. A situação atual caracteriza-se pela freqüente falta de congruência entre as mudanças necessárias e as possíveis de serem produzidas.

A mudança institucional sempre tem sido um processo complexo que apresenta um dilema: as pessoas não podem mudar se não muda o sistema, e este não pode mudar se não mudam as pessoas. As teorias sobre a mudança social são polarizadas nestas coordenadas. A saída parece ser a mudança da cultura organizativa sobre a premissa de que, somente de forma consciente e voluntária, os funcionários modificarão seu comportamento. Os principais obstáculos a serem superados em qualquer processo de mudança são culturais.<sup>1</sup>

A alta porcentagem de profissionais com alta qualificação, a cultura médica de autonomia na tomada de decisões, a dinâmica de relação entre demanda (necessidades) e oferta (serviços) de atenção à saúde, a alta diversidade de funções clínicas, industriais e administrativas que são efetuadas em um hospital, convertem-no em uma das organizações mais complexas e dificilmente reproduzível em empresas de serviços de outro tipo. Por isso, os processos de mudança precisam de grandes investimentos de energia: criatividade, capacidade, recursos, tempo e perseverança.

As mudanças implicam processos, e essas são, principalmente, mudanças culturais ou paradigmáticas que não são anedóticas, senão profundas no âmbito da esfera cognitiva, atitudinal e das normas sociais.<sup>2</sup> Há pessoas mais propensas às mudanças que outras, e essas são as primeiras a facilitar, nas conversas, o intercâmbio de antigas formas de compreender e atuar sobre a realidade. Essas pessoas estão também mais predispostas a assumir riscos, o qual não é alheio à cultura dos hospitais públicos, senão habitual e rotineiro.

**Figura 1**  
**Complexidade de um processo de mudança institucional hospitalar.**



Na mudança institucional, são conjugados valores, pessoas, cultura e capacidade gerencial; recebe-se a influência de condicionantes internas e externas; encaram-se resistências e superam-se obstáculos. Frente a tal complexidade, para definir o hospital do amanhã é preciso: 1) articular um processo permanente de escuta (informação) e reflexão (retroalimentação); 2) formular uma proposta estratégica compartilhada (sentido ou razão de ser); 3) manter uma liderança que leve a mudança (gerência); 4) elaborar um plano compartilhado (participação organizada e responsável); e 5) assumir uma nova posição na organização para *aprender a mudar ou aprender a aprender* (cultura de aprendizado institucional).

Os elementos que explicam a complexidade mencionada são integrados e abordados mediante o planejamento estratégico que é a tarefa por meio da qual a organização define o nível superior ou o marco que a guiará para a consecução de seus objetivos, na forma em que tentará se relacionar com o ambiente e na designação dos recursos necessários para acometer suas atividades.<sup>3</sup>

O planejamento estratégico, tal como foi indicado no capítulo anterior, inicia-se com uma análise da situação atual (resultados da gestão, análise interna e do ambiente político, econômico, tecnológico, etc., que envolve a organização). Primeiramente, deve-se perguntar por que e para que mudar, considerando-se os principais obstáculos que devem ser superados para que haja mudança. Nos hospitais, é freqüente escutar perguntas como: "para que mudar, se sempre se fez assim? Sob esta perspectiva, é básico dar *sentido* à mudança.

A partir da informação gerada na reflexão estratégica sobre a mudança, a equipe da gerência do hospital pode elaborar planos e fixar metas específicas para traçar o caminho de gestão da mudança. Além disso, a gerência deve estar, constantemente, controlando o ritmo (sincronia na gestão do processo) com que é produzida a mudança, prever e encarar imprevistos, avaliar os riscos e os resultados que se produzam com objeto de retroalimentar o processo.

Quase sempre, fechar brechas ou avançar para os objetivos marcados inclui decisões estratégicas que modificam, de alguma forma, a natureza da organização.<sup>4</sup> Como exemplo de tudo isso, cabe citar a introdução de um novo serviço, a ampliação da cobertura ou a adoção de novas formas de atenção, etc. Estas decisões podem obrigar a realizar tarefas que demandam grande esforço (por ex., as relações com novos clientes e com os provedores, a designação de recursos, as habilidades e os conhecimentos dos trabalhadores, as relações informais, etc.) que repercutem em muitas das funções e atividades habituais do hospital. Para ilustrá-lo, vale citar o seguinte exemplo.

A evolução institucional do Hospital Belgrano de Buenos Aires foi efetuada gradualmente, selecionando processos que permitiram ao conjunto da instituição comprovar a consecução das metas e ampliar os resultados do esforço realizado ao resto da organização.

1. Mudança na cultura organizativa, que responde à profunda insatisfação que sentiam os que trabalhavam no hospital, por contemplá-la em função das necessidades do usuário dos serviços. Isso leva a modificar o modelo organizativo, implantando o modelo de cuidado progressivo de pacientes.
2. Gerência participativa que responde ao critério de participação, integrando figura dos nomeados à Direção.

3. Reestruturação dos sistemas de prêmios e salários, com o objeto de satisfazer às necessidades dos recursos humanos. Mesmo que não fosse factível modificar os salários, puderam ser empreendidas ações de fortalecimento institucional.
4. Programa de fortalecimento institucional que inclui atividades, tais como: cursos anuais de psicologia social e terapia grupal, filosofia, administração em saúde, informática, bioética, e seminários de criatividade e jornadas de planificação estratégica dirigidos a capacitar os níveis gerenciais intermédios.
5. Promoção de equipes de trabalho autogerenciados que incluíram o desenvolvimento de equipes de trabalho, de sistema de informática e de videocomunicação.

A direção do hospital deve conduzir, pessoalmente, todo o processo desde seu início, ser a primeira em aguçar a escuta: ao que foi dito no ambiente, à comunidade que atende, aos usuários dos serviços, à autoridade sanitária e aos membros da organização. Para provocar a mudança, ou para aprender a mudar, tem que gerar as atitudes para que, desde o processo de escuta, a reação institucional se traduza em um plano de ação. Portanto, a mudança institucional será uma seqüência de ciclos de escuta/plano de ação/reescutar.

Na escuta, a ação tem que alcançar uma alta participação na qual será fundamental o tipo e a capacidade de liderança que é exercida. A identificação dos pontos de partida e chegada, a análise de debilidades, fortalezas, ameaças e oportunidades, a identificação de requerimentos e necessidades, a definição de objetivos, metas, sistemas de avaliação, etc. têm que surgir de um processo amplamente participativo de todo o pessoal do hospital, pois, do contrário, tudo isso será convertido em um documento a mais no arquivo da gerência.

A informação deve ser: suficiente, oportuna, clara e compartilhada. Um plano estratégico não é negociado com os sindicatos nem com os estamentos burocráticos; é elaborado de comum acordo entre todos. O sucesso que pode se obter ao *seduzir* à mudança implica que a missão e a visão propostas *sintonizem* com a vontade coletiva dentro e fora da organização. Sem dúvida, o plano de ação é, por definição, uma obra coletiva, primeiro no desenho e, segundo, na implantação, que requererá o compromisso e a participação de grandes grupos.

### **Os atores relevantes no processo de mudança**

Sob a perspectiva da complexidade da mudança, a organização do hospital é entendida como uma rede interativa formada por normas, conhecimento compartilhado, práticas institucionais e interesses e posições dos atores. Os atores relevantes em um processo de mudança hospitalar podem ser agrupados em dois tipos: externos e internos. Entre os externos podemos encontrar pessoas ou instituições com os quais o hospital mantém deferentes relações institucionais formais ou funcionais, bem como os usuários do hospital (o Estado, a política, as autoridades sanitárias, os dirigentes sindicais, a cidadania, a indústria da saúde e seus interesses). Entre os atores internos, incluem-se os membros da organização formal e informal (a equipe gerencial, a equipe de apoio à mudança, as chefias e as estruturas intermédias, a organização informal, a cultura organizativa e a norma vigente).

## O Estado como ator

Dado que numerosos hospitais da Região são de propriedade do Estado ou estão financiados por ele, a estrutura de governo se converte em um dos atores externos de maior relevância. Por isso, é importante considerar o tipo e a profundidade das mudanças que estão sendo introduzidas na organização do Estado de diferentes países.

O papel do Estado vai adquirindo maior relevância em tarefas de condução política, coesão da sociedade, promoção e fomento de um projeto de futuro de nação, de regulação e controle, de aprofundamento democrático e de desenvolvimento equitativo. Com estes propósitos, e considerando a existência de uma nova consciência cidadã que demanda maior acesso aos bens e aos serviços, mais participação, liberdade e autonomia, está se reconsiderando a gestão dos serviços públicos e, entre eles, a dos hospitais. Estas reformulações obedecem tanto às necessidades globais do futuro quanto às fraquezas do sistema atual.

O serviço público e, portanto, os hospitais públicos necessitam de uma mudança paradigmática profunda, uma mudança que implica a transição de uma organização administrativa baseada na desconfiança a outra baseada na confiança entre as partes (internas ou externas). O serviço público da Região, não somente o hospitalar, encara um grande desafio: que o ato de servir e pôr-se, efetivamente, à disposição da sociedade volta a se converter no perfil distintivo de quem opta por esta vocação e que a faz administrando os recursos com eficiência. A melhoria da gestão pública hospitalar se engloba, necessariamente, nesse debate, que é ainda muito mais ampla, não tendo sido explicitado, claramente, em todos os países; tem-se centrado na modernização do Estado, um tema no qual persistem marcadas diferenciações de visão e de ideologia. O caminho da modernização exige a conversão em um objetivo comum: a modernização não é um elemento isolado; também não é um fim em si mesmo, senão tão-somente um instrumento por meio do qual se pretende reduzir a brecha que separa o que a cidadania necessita e o que a sociedade organizada pode prover. Nesta construção de uma visão compartilhada, além de vislumbrar um ponto comum, deve-se pensar em que tipo de sociedade se quer para as próximas gerações. A partir desta visão, tem-se que procurar os caminhos para construí-la.

A busca desta visão não é fácil, dada a velocidade com que se produzem as mudanças; apenas dá tempo para conhecer e entender o que está passando. Não sendo desta realidade, na qual são insuficientes a comunicação e a socialização de uma idéia comum do que se entende por *modernização*, é onde se está tentando produzir mudanças nos hospitais públicos para melhorar sua gestão. Aqui é encontrado o primeiro problema que explica, em parte, as desconfianças e as percepções da existência de *agendas secretas* que estimulam os conflitos ante qualquer pequena mudança que tente se introduzir. A falta de informação (derivada da insuficiente visão comum) produz um alto grau de incerteza e entropia social. Ao modernizar ou ao administrar a mudança devem-se solucionar aspectos em longo prazo, o que aponta para uma nova área de conflitividade.

O Estado e as equipes de governo oferecem a primeira dificuldade, pois apenas debatem com a sociedade aonde se quer ir. *Escutar* isso é complexo e como método sugere-se não se deixar levar por sinais, senão por objetos tais como: os programas de governo ou as diretrizes ministeriais. Além disso, como segundo método, recomenda-se separar o que está claramente definido e consensuado em curto e médio prazos daquilo que esteja sendo debatido. Durante o planejamento e a implantação da mudança é importante fazer estas considerações sem diferenças.

## **A política como ator**

O segundo ator externo de importância são os fatores políticos. Por um lado, encontra-se a chamada classe política, que exerce sua influência em nível nacional ou local. Uma das tarefas-chave a este respeito é, primeiro, identificar sua posição frente aos temas de saúde e os hospitais e, a seguir, conhecer suas necessidades de informação e de sentido com seus usuários. Conseguir que a classe política participe nas mudanças dos hospitais é sumamente importante. O hospital contém um importante potencial político, não somente porque nele trabalham muitas pessoas, mas, além disso, porque estas interatuam diariamente com muitas outras e todas elas são usuárias potenciais. Não é difícil então estabelecer contatos com o mundo político a partir um hospital. Não obstante, a gerência do hospital quando se relaciona com a classe política deve evitar politizar-se e canalizar estas relações em virtude de objetivos institucionais.

Por outra parte, agenda política pode influir nos processos internos do hospital, um fenômeno que tem sido notório no setor saúde, e que, com frequência, tem sido expressado como um choque entre a antiga cultura da beneficência e a visão medicalizada do setor e, às vezes, a abrupta entrada do mercado, com seu papel regulador do financiamento e a provisão de serviços de atenção à saúde. A ainda inadequada relação entre atores públicos e privados, as carências na definição do papel do Estado e o mercado sanitário, os vazios nos mecanismos de regulação e os interesses corporativos contrapostos da indústria da saúde e dos trabalhadores do setor afetam, desde o exterior, os processos internos do hospital.

Quando a partir dos hospitais públicos tenta-se construir uma visão compartilhada e unânime das reformas do setor saúde, surgem obstáculos que, além de entorpecer a melhora de sua gestão, desembocam em conflitos setoriais e aumentam a incerteza cidadã. Isto pode fomentar a percepção de crise setorial e colocar, permanentemente, no centro do debate visões particulares dos interesses setoriais em curto prazo mais que os dos cidadãos e os traçados em longo prazo. Na prática, esta desconfiança tende a reduzir as possibilidades de mudança nos hospitais e exigem muitos esforços para manter um equilíbrio, já por natureza instável.

Por outra parte, os conflitos políticos podem afetar seriamente os processos de mudança, já que os sindicatos do setor exercem fortes influências políticas no nível nacional e, com frequência, os conflitos extra-setoriais podem contaminar a mudança hospitalar. Sob este aspecto, deve-se considerar não somente o impacto de movimentos de caráter reivindicativo, senão a visão que os dirigentes sindicais e as associações profissionais tenham acerca dos processos de mudança hospitalares.

## **As autoridades sanitárias como ator relevante**

Normalmente, as autoridades setoriais deveriam ser atores que apóiam, decididamente, os processos de mudança hospitalar. Porém, frequentemente, seu discurso não se relaciona adequadamente com suas ações. Outras vezes, as autoridades centrais costumam ser mais sensíveis às negociações em curto prazo com diferentes atores. Especial atenção às autoridades setoriais intermédias, pois muitas delas costumam ter atitudes muito conservadoras ou ambivalentes em relação ao governo central e aos hospitais, por seus próprios erros, por resistência à mudança ou por temor a perder poder. Neste nível, é freqüente escutar frases tais como: "Isto não é a primeira vez que se tenta", ou "o que sabem estes do Ministério?" As autoridades setoriais intermediárias costumam participar em discursos descentralizadores, mas sempre e quando a descentralização somente chega até elas. É notória a recente chegada dos gabinetes ministeriais de saúde da Região, o que reduz possibilidades de realizar projetos em médio e longo prazos. Por este motivo é importante avaliar que prioridade outorga a equipe de governo à mudança

hospitalar. Quando se pretende introduzir mudanças muito notáveis, deve-se ter a garantia de que o gabinete de governo que assume o poder manterá suas políticas. Esta exigência é, sobretudo, difícil para os hospitais que dependem em grande medida do setor público.

### **Os dirigentes sindicais como atores**

É freqüente os sindicatos estarem representados em estruturas nacionais e neles, e mais especialmente nos diretivos médicos, observa-se um fenômeno peculiar. Por um lado, consideram natural sentirem-se intérpretes das necessidades cidadãs e serem os únicos capazes de compreender e dar solução aos problemas de saúde. Além disso, confundem a *saúde* com a *atenção à saúde* como se fossem sinônimos. Por outro lado, sentem-se, freqüentemente, chamados a serem reitores do sistema sanitário, e não é raro observar na Região que, ao menos para a opinião pública e os meios de comunicação, seja produzida uma certa confusão entre o que dizem o Ministro da Saúde e o Presidente do Colegiado Médico, cujas opiniões nem sempre coincidem.

Nos hospitais são sumariamente importantes as opiniões destes dirigentes, especialmente quando estão atravessando um processo de mudança; porquanto essas opiniões costumam ser mais críveis do que as emitidas pelas autoridades de saúde.

### **A cidadania, o principal ator que normalmente fica fora do cenário**

Os serviços de atenção à saúde estão desenhados para resolver as necessidades das pessoas e das comunidades, porém, geralmente, as opiniões dos usuários dos serviços não têm vez no desenho, na implantação das políticas sanitárias nem na gestão dos estabelecimentos. A ausência deste ator importante tem contribuído para converter os hospitais em estruturas rígidas e para perpetuarem alguns paradigmas. A escassa participação dos usuários sustenta a cultura de beneficência que sobrevive no setor, a visão paternalista que ainda subsiste nas políticas sociais e a transferência reticente de poder pelo governo aos cidadãos e as comunidades.

Em saúde, responsabilizar pessoas e comunidades das estratégias sanitárias deve ser acompanhada da abertura de espaços de participação e entrega de poder. A cultura medicalizada se resiste a isso e, como conseqüência, a assimetria nos fluxos de informação em saúde se soma uma forte assimetria de poder. Em um processo de mudanças orientadas a desenvolverem novas estratégias sanitárias ou a centrar a cultura organizativa no usuário, é essencial conseguir a participação do usuário na tomada de decisões. Sem ele, não são possíveis as mudanças, ao menos aquelas com que se tenta orientar e satisfazer o que as pessoas e as comunidades demandam. As tentativas de mudança no âmbito local no qual não se estabelecem verdadeiras relações de participação entre o sistema público e o cidadão – costumam desembocar em situações que desestimulam as iniciativas e fomentam a manutenção do *statu quo*.

### **A indústria da saúde também é um ator relevante**

Os provedores de tecnologia, insumos e serviços são, sem dúvida, atores relevantes, não tão somente pela complexidade das relações comerciais que se desenvolvem com eles, senão mais pela exigência de incorporação aos próprios processos de mudança mediante parcerias estratégicas que permitam agregar valor a ditos processos. A melhoria da qualidade dos serviços requer que os provedores ofereçam algo mais que o produto ou o equipamento que vendem; sua experiência tem que se incorporar

a esses processos de mudança institucional. A indústria da saúde tende a aumentar os custos e a pressionar, especialmente por meio dos médicos, a introdução de tecnologias. Caso queira que um processo de mudança oriente a qualidade e tenham em conta as razões de custo-efetividade dos serviços hospitalares, terá que se prestar atenção à forma como a indústria atua sobre os médicos e planejar a um tempo a forma de incorporar profissionais e provedores nas avaliações de custo-efetividade de tecnologias e nos estudos de medicina baseada em testes (*evidence based medicine*).

### **Entre os atores internos, a equipe de gerência**

Para produzir as mudanças, além de uma visão de futuro, necessitam-se de pessoas capazes de orientar, catalisar e sistematizar essas mudanças. Nos hospitais públicos, considera-se imprescindível contar com pessoas que tenham liderança, conhecimentos e habilidades, apoio político, capacidade de comunicar, comprometer, designar responsabilidades e avaliar necessidades para propiciar a mudança.

A gerência do hospital deveria destinar uma boa parte do seu tempo para coordenar seus colaboradores, perseverar na busca de uma *vocação institucional* que responda à razão de ser de sua organização. Assim, deveria acreditar em sua visão de futuro, transmiti-la e reafirmá-la em sua organização, afiançar e dirigir equipes de pessoas capazes de implantar o plano de ação necessário para produzir as mudanças. Estas pessoas precisam ter um perfil adequado (que depende da fase em que se encontre o processo), o apoio político claro, sustentado e coerente com os níveis superiores, bem como equipes de trabalho com coesão, que contribuam para produzir a mudança e para controlar, adequadamente, as diferentes fases de sua aplicação, tanto em curto quanto em longo prazo.

### **A equipe de apoio à mudança**

Para que a gerência impulsione mudanças de magnitude e as viabilize, deve-se importar as competências de que carece a organização. Geralmente, com este propósito, cria-se a *unidade para a reforma* de apoio à gerência, que deve depender diretamente do diretor. Sua principal função é aportar as competências necessárias para planejar, implantar, monitorizar e avaliar as diferentes fases do processo; apoiar a implantação de tarefas centralizadas com métodos e ferramentas pertinentes; aportar sinergia à organização na fase de implantação; poupar recursos; prestar colaboração técnica nas matérias correspondentes; coadjuvar com metas estratégicas de impacto em curto prazo (ou tarefas cotidianas da organização) e em longo prazo; apoiar em matéria de priorização e avaliação do estado dos projetos e avaliar os aspectos estratégicos e táticos da implantação dos projetos.

Nem sempre é fácil encontrar e manter pessoas qualificadas para conformar estas equipes-chave para a mudança. Uma boa possibilidade é que, à medida que se avança em processos de descentralização, as pessoas com experiência que trabalham no nível central possam retornar ao nível local como experientes nestas unidades para a mudança.

### **As chefias intermediárias**

Outro fator muito relevante são os chefes que integram a estrutura burocrática intermediária. Eles têm a percepção de serem os responsáveis pelo andamento do hospital e de que tudo poderia funcionar da mesma forma, mesmo que não houvesse gerência. Costumam ser resistentes a deixar suas cotas de poder e, muitas vezes, disso advém sua renúncia às mudanças. Deve-se avaliar a origem das chefias intermediárias e o grau de liderança natural que têm; se lhes deve dar capacitação específica, ampliar sua

visão de ambiente, informá-los sobre a necessidade da urgência das mudanças e conseguir, sem manipulação de nenhuma espécie, que sintam estes fatores como próprios. Devem descobrir a necessidade de introduzir mudanças e fazerem-se responsáveis pela transição à nova cultura. Muitas tentativas de mudança deparam com uma forte resistência passiva dos níveis intermediários, porque estes se sentem ameaçados, tanto pelas mudanças quanto pelos profissionais do que do exterior da organização. Existe uma tendência marcada desses níveis a se guardar cotas de poder e serem resistentes ao trabalho em equipe e compartilhamento de informação. Portanto, o grande desafio que se apresenta é fazer com que estas pessoas participem das mudanças, sejam responsáveis para dirigir suas equipes de trabalho em sintonia com estas e que cuidem, permanentemente, de *quebrar o gelo* de comunicação que tende a ocorrer entre equipes diretivas e funcionários de nível operativo.

No nível intermediário, e especialmente no âmbito profissional, é importante identificar os diferentes interesses e a forma como estes podem se articular para a formulação dos novos objetivos institucionais. É habitual apreciar grupos profissionais com maior nível de interesse pela gestão e por assumir responsabilidades na organização que outros. De fato, é freqüente encontrar melhor receptividade inicial a mudanças na equipe de enfermagem e em suas chefias do que nas equipes médicas.

### **A organização informal**

A organização informal está conformada pelas diferentes formas e níveis de organização e relação que surgem entre os trabalhadores de um hospital. A organização informal deve ser conhecida e ouvida permanentemente, já que gera uma forte corrente de opinião e modula percepções que podem obstaculizar ou facilitar as mudanças. Os passos de resistência ativa a passiva e a aceitação que pode estimular ou dificultar a organização informal são muito variáveis e nem sempre previsíveis. Deve haver muita paciência, congruência e perseverança.

Os problemas mais importantes que têm surgido neste nível são, por uma parte, a confusão e a ambigüidade com que se tem vivido conceitos, tais como: participação e democracia nos hospitais públicos, o que tem influenciado negativamente o discurso político; a busca de posições de poder por parte dos sindicatos; e a falta de verdadeiros espaços de trabalho em equipe causada pelo *verticalismo autoritário* estrutural e cultural de muitas organizações.

Por outro lado, os sindicatos replicam o paradigma cultural existente e adotam comportamentos muito centralistas como os ministérios e as unidades centrais. De fato, em muitos países, os sindicatos tendem a negociar somente com o nível central e é típico que o que se constrói localmente seja desautorizado pelo nível central.

Finalmente, tanto as chefias intermediárias quanto a organização informal, com freqüência, podem se constituir em aliados estratégicos que bloqueiam as mudanças quando sua percepção de ameaça e desconfiança é muito alta. Isto tem sido refletido no setor saúde em fracasso de muitas tentativas de mudança. Nestes casos, tem sido constante a defesa do *statu quo*, que, muitas vezes, fica com o aspecto de defesa da legalidade e da norma vigente dos princípios da saúde ou dos direitos adquiridos.

### **Um ator difícil: a norma**

Não há dúvida de que a legislação e a regulamentação vigentes na maior parte das instituições públicas nem sempre facilitam as mudanças necessárias, especialmente em empresas de serviços como os hospitais públicos, nos quais a cada dia se precisa de mais flexibilidade, especialmente na gestão dos

recursos, para se adaptar às novas exigências da demanda e da oferta. Por isso, é preciso planejar a mudança em um cenário de restrições legais. Como não é costume que isso se faça de modo explícito, há quem tem tente introduzir mudanças profundas sem realizar exercício prévio algum e correndo risco pessoal e institucional notáveis.

### **As relações de poder e as instâncias de consulta e acordo**

O hospital é um emaranhado de relações de poder no qual as diferentes posições e forças estão de algum modo determinadas pela forma como através da história e a cultura da organização se tem ido equilibrando tais relações. Para poder engastar essas forças no organograma do hospital, é essencial identificar os diferentes atores, escutar sua história e suas atuais motivações e posições de poder. Por uma parte, podem encontrar unidades com muito maior influência que outras; chefes clínicos de maior relevância; líderes sindicais de maior credibilidade, etc. Por outra, é possível identificar diferentes subculturas não sendo do hospital. Não é infrequente que os médicos que encarnam a cultura social médica, sejam eles que ostentem o poder e que o discurso explícito da organização se expresse, formalmente, por meio de tal cultura. Não obstante, devem ser feitos esforços por reconhecer a existência de outras culturas legítimas, que devem ser validadas e aceitas ao impulsionar um processo de mudança.

#### ***As relações de poder e as instâncias de consulta de acordo***

- As subculturas do hospital e as complexas relações de poder que não se adaptam ao organograma.
- Frente à incerteza (entropia), à necessidade de informação, à participação e à geração de novas alianças (sinergia).
- A equipe dos **juramentados**.
- O conselho de idosos ou a equipe de apoio político ao processo.
- O diretório da empresa. A mesa formal dos atores: o representante do **dono**, os grêmios, os usuários, a estrutura formal.
- As forças de tarefa ou comissões técnicas em âmbitos específicos: qualidade, infecções intra-hospitalares, farmácia, investimentos, bem-estar do pessoal, etc.
- As equipes de acordo prévias a geração de uma mudança estratégica.
- O acordo nas próprias equipes de trabalho.

A instabilidade em tais relações de poder, por serem complexas, as torna incertas. Os atores mudam de posição em função de seus interesses. A gerência deve manter uma atitude vigilante e contínua para conhecer essas mudanças nos equilíbrios de poder.

Em um processo de mudanças não somente é importante escutar e identificar os atores relevantes, mas também situá-los com relação a sua atitude frente ao processo de mudança. Numa reforma, é típico encontrar grupos pequenos de vanguarda, uma maioria dubitativa e desconfiada e um grupo absolutamente impermeável. Terá então que confeccionar e manter atualizada uma espécie de mapa em que os atores tomem uma posição com respeito a sua atitude frente à reforma, bem como por seu nível de relevância.

Com uma coordenada, serão agrupados de acordo com a forma sua relevância, enquanto que com a outra serão agrupados de acordo com a forma como reagem frente às mudanças. O sucesso do processo radicar-se-á na amplitude e na profundidade com que se realizem alianças e, sobretudo, no grau de credibilidade e confiança que se consiga.

As mudanças, como é lógico de esperar, produzem incerteza. A principal forma de se situar que os líderes contrários à mudança têm é capitalizando o temor que produz o desconhecido. A gerência, por sua parte, encontra na informação o instrumento para diminuir a angústia que gera a incerteza. A informação, clara, suficiente e oportuna deve alcançar diretamente todas as pessoas, não somente os grupos de poder, porque senão o que se estará conseguindo é consolidar as relações existentes e aumentar a incerteza e a entropia organizativas. Por conseguinte, a relação com os atores que ostentam poder dentro da organização deve ser pública e transparente; não podem ter duplos discursos e a manipulação é altamente perigosa. Se há espaços de negociação, estes têm que ser abertos e estarem englobados em contextos multilaterais, nos quais os interesses de uns e outros consigam construir olhares mais sistêmicos e com maior riqueza do ambiente.

Por tudo isso, as instâncias de consulta e acordo são essenciais igualmente na sua capacidade de se constituir em espaços progressivamente mais formais. A gerência precisará de uma instância de consulta com *os seus*, com aqueles que estão muito envolvidos no processo. Ali costumam se tomar as decisões mais difíceis. É importante, além disso, formalizar esta equipe de *juramentados* e que suas reuniões tenham certa periodicidade. Em tais reuniões, deve-se revisar, com muita autocrítica, a marcha do processo e gerar o apoio e a solidariedade necessários entre os diferentes membros da equipe.

Porém, a gerência não se pode enclausurar em uma equipe de escolhidos para exercer o poder. No momento em que o fizer, será isolada do resto da organização e perderá toda a capacidade de exercer uma liderança efetiva. Deve existir, portanto, uma segunda instância de consulta e acordo, que se poderia denominar *equipe política*. A gerência tem que identificar dentre os líderes naturais, os que têm mais influência no centro da organização. Com um grupo reduzido de pessoas-chave ter-se-á que organizar uma instância de consultas do mais alto nível, com o compromisso explícito de não desenvolver nenhuma iniciativa sem contar com seu conhecimento e apoio. Este grupo deve se converter no *grande público* da reforma e apoiar o projeto de mudanças. Esta é a forma mais potente de conectar e entroncar o processo com os valores e sensibilidades da organização. A primeira instância é a dos *juramentados* e a segunda, a dos *homens bons*.

A terceira instância, e não menos importante, é a constituição de um diretório de empresa. É importante separar a linha executiva do hospital da do *principal*, de tal forma que fiquem muito claros os objetivos públicos e sociais da organização e a forma como as decisões cotidianas do coletivo hospitalar devem se subordinar a esses interesses superiores. Neste sentido, destacam-se as iniciativas de constituir uma espécie de *conselho*, em cujo centro estão representados o proprietário do estabelecimento e os diferentes estamentos que constituem a organização, incluídos seus representantes sindicais e os da comunidade e os usuários. Esta instância de consulta e acordo é sumamente importante para que o processo de mudança se vá legitimando tanto dentro como fora da organização e para que os atores internos e suas influências relativas encontrem algum equilíbrio com outros grupos de interesses.

No início da reforma do hospital Luis Calvo Mackenna, de Santiago do Chile, constituiu-se um diretório formado por representantes dos atores internos e dos usuários (agrupações de pais, entidades comunitárias de apoio ao hospital, etc.) denominado Conselho de Desenvolvimento, com a obrigação de debater e sancionar o Plano estratégico institucional, avaliar e aprovar os projetos de desenvolvimento, e aprovar sua conta anual. O mais enriquecedor foi observar o aprendizado mútuo e a aproximação de posições entre atores quando intercediam terceiros, como os próprios usuários. A clássica relação, muitas vezes tormentosa, entre gerência e sindicatos, adquiria um novo aspecto ao ingressar um novo ator.

Um quarto nível de instâncias de acordo e consultas deve ser desenvolvido em comissões técnicas de âmbitos específicos: qualidade, infecções intra-hospitalares, farmácia, investimentos, bem-estar do pessoal, etc. Estas equipes devem ser multidisciplinares e ter objetivos precisos que retroalimentem a experiência participativa. Neste nível, devem-se situar as equipes de participação, recomendados para pôr em funcionamento o novo projeto e, sobretudo, para vencer resistências. É conveniente criar, previamente, uma instância participativa específica para viabilizar e socializar esse processo.

Em cada unidade de trabalho é necessário criar um quinto nível de instâncias de consulta e acordo. A gestão participativa efetiva requer que a participação efetiva se dê no emprego para a qual tem que se dirigir todos os esforços.

Na experiência acumulada pelos autores deste capítulo, tem sido chave envolver as gerências intermediárias, fazê-las, paulatinamente, donas do projeto, gastar muita energia na comunicação direta, gerar espaços de confiança, melhorar a coerência dos discursos e ir construindo espaços reais de participação nos níveis que correspondem.<sup>5</sup>

### **A mudança da cultura institucional**

Uma reforma real dos hospitais públicos não somente tem que abordar aspectos estruturais, mas também o núcleo dos processos, ou seja, as pessoas que se encontram por trás dos processos e da cultura organizativa. Esta consiste no conjunto de referências compartilhadas entre todos como resultado de uma história e dos significados comuns que se designam as situações e as relações mediante a linguagem cotidiana. A cultura se forja e se modifica nas relações de cotidianidade da organização. Os processos de mudança hospitalar não se podem entender senão como um processo de mudança de cultura, como a forma em que as pessoas se reformulam valores e condutas em seu trabalho e nas relações diárias.

Em primeiro lugar, os elementos críticos da cultura organizativa, relacionados com um processo de mudanças são a confiança e o sentido de pertinência do pessoal. A atual cultura hospitalar tem uma atitude muito arraigada de desconfiança frente à autoridade, a rumores, a conversas silenciosas que nunca se expressam aberta e formalmente. É nesses espaços solapados nos quais se empobrece a cultura organizativa e nos quais surge a desconfiança, a resignação, o ressentimento e tantos outros sentimentos negativos. Contudo, junto a estes fatores negativos da tradição do setor hospitalar, e

especialmente do estadual, existe um alto grau de pertinência: o funcionário hospitalar designa grande valor a sua pertinência a uma organização hospitalar e sente grande estima por suas capacidades e habilidades técnicas, o qual constitui um ponto de apoio para que, ao preservar esse sentido de pertinência, a cultura possa assumir novos valores.

Em segundo lugar, a compreensão da cultura organizativa e do processo de mudança tem a ver com a capacidade ou a disposição das pessoas para desenvolver um clima de aprendizado permanente. A cultura organizativa propicia a mudança em definitivo do aprendizado e do desenvolvimento contínuo de novas capacidades para trabalhar na instituição. O habitual de nossa cultura hospitalar é seu apego ao *statu quo*. A grande mudança ou a mais profunda das reformas setoriais levará à conversão dessa cultura a uma que valorize, sobretudo, o desenvolvimento de capacidades contínuas de aprendizado e de validação dos processos sobre a base de provas científicas.

E, em terceiro lugar, a cultura tem a ver com a compreensão e o cuidado do clima trabalhista e organizativo. Esta é a parte mais submersa na cultura sobre a qual, muitas vezes, não se fala mais onde se encontram os principais fatores que impedem todo processo de mudança cultural. O clima da organização influi na motivação das pessoas, em seu desempenho e satisfação, e na forma de estabelecer relações com outras entidades. As organizações tendem a atrair e a conservar as pessoas que melhor reagem ou se adaptam a seu clima.

Não é possível entender a cultura organizativa nem sua relação com os processos de reforma sem compreender, cabalmente, os problemas relacionados com a gestão dos recursos humanos. Parte da gênese de nossa cultura particular vem das limitações que encaram, em maior ou menor medida, os hospitais da Região a hora de implantar políticas de recursos humanos nos âmbitos da seleção, capacitação, avaliação, reconhecimento e incentivos, de potenciar o trabalho em equipe e de flexibilizar os sistemas de jornadas de trabalho. Estas limitações explicam, com freqüência, os altos níveis de absentismo, desmotivação, falta de compromisso com os objetivos institucionais, a excessiva rigidez dos sistemas de trabalho, a baixa produtividade e as deficiências na qualidade e no trato dos usuários.

Conhecer como funciona realmente o setor informal de uma organização constitui um elemento fundamental do diagnóstico da situação da organização e do desenho estratégico das mudanças a serem mais introduzidas. Antes de efetuar tal diagnóstico, é interessante analisar o Clima Organizativo (CO),<sup>6</sup> mesmo que este possa ser utilizado como ferramenta de objetivação de alguns elementos culturais da organização, como ponto de partida do conhecimento da forma como pensa ou funciona a organização como sistema, bem como para desenhar uma estratégia de mudança participativa da organização.

No hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago do Chile, efetuou um estudo de diagnóstico de CO antes de iniciar sua planificação estratégica. Para isso, foi entrevistado a todo o pessoal, ao qual se notificaram os resultados da entrevista. Alguns destes resultados foram os novos insumos para a organização, outros não. Porém, em tudo se conseguiu que o pessoal visse representadas suas próprias sensações e seu mal-estar de forma compartilhada, objetivada e categorizadas em função do que precisam para trabalhar adequadamente, e se lhe propusera realizar um trabalho planejado para resolver alguns dos problemas detectados, tanto nas unidades clínicas e administrativas quanto na gerência.

Um estudo de CO pode ser um bom instrumento para o aprendizado a cultura antes de iniciar o processo de mudanças. Seus resultados permitem observar e compartilhar o olhar da organização com o da direção, bem como destacar algumas dimensões-chave que têm que se encarar com objetivo de

prosseguir com o projeto de mudanças e satisfazer às necessidades de capacitação do pessoal. O pessoal da organização, por meio de um estudo deste tipo, sente que participa na definição de alguns dos problemas da instituição que entorpecem as mudanças. Por outro lado, os resultados de um estudo deste tipo permitem detectar a necessidade de gerar mudanças no âmbito da gestão dos recursos humanos, um aspecto que tem que ser incorporado na planificação estratégica do hospital. A mudança de cultura passa, necessariamente, por uma mudança na gestão destes recursos e isso constitui o desafio mais complexo dos hospitais da Região.

### **A função da direção na condução da mudança**

O gerente é um líder que tem que mobilizar a organização para o cumprimento de sua função pública, a qual deve ser incorporada com caráter de missão institucional e traduzida a objetivos estratégicos precisos e verificáveis. O uso eficiente dos recursos que a sociedade tem colocado a sua disposição lhe obriga a alcançar a melhor efetividade e a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários. Para cumprir sua missão, o gerente deve comprometer toda a organização para responder, efetivamente, às necessidades de saúde das pessoas, adaptar-se com sucesso às condições socioculturais, econômicas e políticas do meio, cumprir com os objetivos de produção, considerar as opiniões da cidadania como promotoras de qualidade e dar conta perante órgãos públicos pertinentes e comunidade dos resultados obtidos com relação aos recursos disponíveis.

### **Gerência para uma função pública hospitalar**

Quando se fala de gerência hospitalar como função pública (gerência pública) deve-se falar de liderança e ter consciência de estar vivendo uma mudança paradigmática relacionada a estas matérias. A liderança e a gerência já não são o que foram: formas de liderança principalmente carismática, ligada à concepção de que se nasce líder, de que não se aprende a sê-lo e, portanto, é um exercício exclusivo de personalidades excepcionais que encabeçam as empresas.

A liderança gerencial é entendida como a capacidade de influência transformadora da conduta de uma organização. Hoje em dia, esta se concebe como um estilo de direção, um conjunto de atributos ou um perfil que é possível ser aprendido. Esta concepção tem ajudado a superar a idéia de que o líder ou o gerente hospitalar dever ser um médico ou um profissional das ciências econômicas ou administrativas, já que a ênfase recai nas habilidades e no conjunto de valores que o líder deve possuir para alcançar os objetivos que a sociedade demanda aos hospitais.

Segundo estudos mais recentes em matéria de gestão, os líderes que mais têm contribuído em longo prazo para a competitividade de suas empresas, criando, reproduzindo uma cultura organizativa, respondem a um perfil de liderança que nada tem de carismático; muito pelo contrário, têm uma personalidade que se caracteriza por possuir outros atributos relacionados com uma grande capacidade de escutar e de sensibilidade, capacidade de comunicação e de gerar confiança, perseverança, compromisso em longo prazo com a instituição e com as pessoas que nela trabalham.

A semelhança do arquétipo do *antigo* clínico, que terminava seus anos na direção do hospital, o perfil do gerente executivo, jovem e agressivo, geralmente procedente do mundo da administração ou da economia, que toma decisões rápidas, acertadas e implacáveis e com clareza conceitual, e que é frio na hora de tomar decisões e somente leva em conta os resultados, vai sendo superado. Mais ainda, esta imagem de gerência talvez tenha entrado em crise como resultado de suas limitações na direção dos

processos de reengenharia e da limitação que, nos anos noventa, recorria a consultorias para administrar os processos de mudança da organização hospitalar. Este tipo de gerente não tem sido capaz de superar situações complexas nem de abordar os problemas culturais ou qualitativos que são consubstanciais aos processos de mudança.

Contudo, é legítimo afirmar que nos encontramos diante de uma mudança de paradigma. Em primeiro lugar porque, ao falar da gestão da função pública, não se estão transferindo ao âmbito hospitalar os atributos, perfis e competências próprias dos modelos de liderança e de gerência obsoletos ou impróprios.<sup>7</sup> A segunda razão implica que a gestão pública é a variável crítica do sucesso no aprofundamento dos processos de modernização do Estado, evidenciada no que diz respeito ao setor, pois em uma boa parte dos países da Região um modelo de gestão empresarial muito orientado aos resultados, à produtividade econômica, a gerar competitividade, tem obtido bons resultados no setor privado e pode transmitir suas experiências ao setor público. Ao mesmo tempo, incorpora valores e práticas sociais de acordo com os requerimentos da produtividade social e da competitividade em equilíbrio com objetivos de equidade.

### **A liderança na gestão hospitalar**

Um gerente, como líder transformador, move-se entre duas coordenadas: uma que parte do contexto de mudança e outra que vai da complexidade do presente para o futuro em longo prazo. Todo gerente de hospital deve lidar com os requisitos do contexto. No pólo oposto desta coordenada está a mudança, ou seja, aquilo que deve ser feito de forma diferente ou o que se deve fazer por causa da obsolescência das práticas ou paradigmas atuais na contexto. Para um gerente, é difícil manter esta tensão entre contexto e mudança, principalmente quando, além disso, tem que trabalhar com recursos limitados e encarar crises. O gerente tem que ser capaz de conseguir ambos os desafios ao mesmo tempo, pois não é possível viver somente no contexto, sob pena de ficar cego ao que muda e ao que fica obsoleto, às novas oportunidades e aos requisitos de desenvolvimento de uma organização.

Por outro lado, a coordenada que vai desde a complexidade do presente à incerteza em longo prazo exige ampliar o foco do contexto para apreciar o presente em toda a sua complexidade, já que o presente não somente inclui o que se faz de forma recorrente, senão também o imprevisto, os conflitos, as novidades. A dificuldade para conseguir esta visão mais panorâmica do presente explica que, com frequência, a gerência hospitalar se feche na dimensão contingente e esquive-se daqueles fatores críticos que, apesar de formarem parte do presente, permanecem ocultos atrás de sua própria complexidade.

No pólo oposto da complexidade do presente, encontra-se o incerto em longo prazo. Este extremo está vinculado com o horizonte, com as orientações estratégicas, com a antecipação do futuro, com a identificação de tendências do setor saúde do país ou do mundo. Gestão pública e liderança transformadora têm a ver com a capacidade de manejar, equilibradamente, estes quatro focos determinados pelo cruzamento das duas coordenadas.

Estas coordenadas englobam os desafios que o gerente deverá enfrentar. O primeiro deles é o espaço que ocupa a gerência em relação ao contexto e à complexidade do presente. O segundo é a melhoria permanente da qualidade do serviço e a adequação da resposta institucional às necessidades de mudança dos usuários. O terceiro corresponde à continuidade, controle e avaliação dos processos de

gestão. Estes três desafios permitem que a gerência atue em condições de máxima abertura, do contexto à complexidade do presente e à incerteza do futuro.

### ***Características da liderança***

A liderança: conjunto de atributos, competências e habilidades que se podem aprender para escutar e conferir sentido estratégico à instituição, fomentar a confiança, o diálogo e o trabalho em equipe e modular o comportamento coletivo.

As coordenadas da atuação do líder: a partir do contexto à mudança e da complexidade do presente para a incerteza em longo prazo.

Os espaços de ação: 1) a influência gerencial; 2) o sentido de missão ou de inteligência estratégica; 3) a capacidade de gerar condições para o aprendizado e o **empoderamento (empowerment)**; e 4) a construção da cultura organizativa.

### ***Perfil de habilidades críticas do gerente de hospital***

O gerente deve reunir as seguintes habilidades:

- Visão. A visão tem relação direta com a missão e os objetivos de uma instituição, bem como com a motivação de um grupo de pessoas. O gerente tem que ter sua própria visão e estimular outros a tê-la.
- Planejamento. Uma visão que não possa ser traduzida em atividades concretas pode ser muito boa, porém, frustrante. Esta capacidade inclui a de priorizar e focalizar.
- Organização para distribuir as tarefas de acordo com as competências dos membros da equipe, para transmitir, envolver, dar seguimento, avaliar, retroalimentar e reconhecer logros e condutas positivas.
- Pedagogia ou capacidade de ensinar a aprender e fomentar uma cultura coletiva de aprendizado contínuo e de práticas baseadas em evidências científicas (**evidence based medicine**).
- Trabalho em equipe e capacidade de escutar e tomar decisões.
- Comunicar para o interior e o exterior da organização.
- Congruência, perseverança e paciência.

## Comunicação, participação e adesão dos atores

Em todo processo de mudança não se deve economizar energia em comunicar interna e externamente, avaliar e mostrar os resultados obtidos, deixando, especialmente, claros os objetivos. A melhor forma de se comunicar é por meio do contato pessoal e ativo. Nesta tarefa é importante evitar distorcer a informação, avaliar criticamente o processo de fomentar conversas e a celebração de reuniões de todo tipo. As reuniões devem ser planejadas exaustivamente e ter objetivos precisos e explícitos.

Além do contato pessoal existem outros métodos de comunicação que não devem ser omitidos: boletins, murais, sistemas de informação gerencial, etc. Nos hospitais, devem ser promovidos sistemas que permitam obter as idéias do pessoal para compartilhá-las e transformá-las em ações. Estes sistemas também são úteis, se são observadas normas de respeito e responsabilidade, para manifestar moléstias e canalizar um potente aliado nos momentos duros dos processos de mudança: o bom humor. Além disso, estes sistemas diminuem os efeitos deletérios do grande inimigo da comunicação durante os processos de mudança: os rumores.

No empenho de comunicar e estabelecer alianças de redes de colaboração, é necessário estabelecer compromisso pessoal, em cascata, desde o líder até cada um dos membros da organização. Instrumentos como compromissos ou convênios de gestão entre a gerência e as unidades são fórmulas que ajudam na comunicação e no estabelecimento de pactos que se verbalizam e se explicitam alianças sinérgicas dos atores. Estes instrumentos devem replicar em forma de *contratos de desempenho* entre cada equipe de trabalho e seus membros, por meio dos quais se expressem metas de qualidade e produção, junto com outras aspirações que harmonizem os interesses dos coletivos e as pessoas que trabalham no hospital. Comunicar gerando adesão significa transformar reuniões em compromissos explícitos e formais, o que requer um longo aprendizado.

Além de comunicar no interior das organizações, é importante estabelecer vínculos horizontais entre organizações que se encontrem em diferentes fases de mudança. A este respeito cabe destacar a necessidade de intercambiar experiências e fazer esboços de *benchmarking* e de desenho de indicadores comuns para avaliar resultados. Não obstante, quando as organizações em processo de mudança horizontalizam a informação, por natureza tendem sobrepasar estruturas e condutos regulares de comunicação, como ministérios e outras instituições públicas, e gerar conflitos com níveis intermediários de poder e influência que se sentem ameaçados.

Por último, deve-se considerar que os meios de comunicação costumam ter uma atitude que, muitas vezes, não favorece os processos de mudança: com freqüência, tendem a destacar o mau ou o escandaloso, obedecendo a interesses comerciais ou ideológicos, e nisso podem receber o apoio de alguns sindicatos em uma tentativa de defender seus interesses num curto prazo (por ex., que não se produzam mudanças).

## Transmitir uma visão estratégica

Uma missão é válida quando mobiliza e representa um conjunto de valores que apresenta às pessoas. Hoje é mais freqüente que as instituições hospitalares tenham um papel central na identificação da missão e nos objetivos estratégicos. No entanto, ainda que a missão e os objetivos sejam fatores, absolutamente, determinantes para se avançar no processo de modernização, são inúteis se não se dispõe de uma capacidade de liderança que possa transmitir esta missão e o projeto de mudança ao conjunto da instituição e a seu ambiente.

Uma comunidade deve ter claro por que o hospital quer mudar, em que vai mudar e o que vai implicar esta mudança para as pessoas. O apoio da cidadania é essencial para que as mudanças aconteçam, o que exige sua adesão. Por isso, não se deve poupar esforços nas relações públicas.

A cidadania, os que tomam as decisões políticas e econômicas e os atores internos têm que ter clara a necessidade urgente de modernizar e os custos da modernização. Estes custos somente fazem referência aos seguintes aspectos:

- Para melhorar, é necessário investir e, posteriormente, as melhorias aumentarão a eficiência e a qualidade dos serviços.
- Que haverá incerteza e certa conflitividade.
- Que se cometerão erros sem intenção. Nossa cultura não tolera o erro, já que este é um desvio da norma. Além disso, tendemos a ocultar o erro, sentimo-nos envergonhados e culpados. Porém, quando o que se procura é inovar, é vital fomentar uma atitude de tolerância frente ao erro em que este seja interpretado como uma oportunidade para aprender. Para consegui-lo, é necessário planejar, fixar orientações, educar e comunicar.
- Nem sempre se pode alcançar consensos; às vezes as discrepâncias deverão ser aceitas, os problemas reais identificados e os aspectos em que se tenha alcançado acordo priorizados.

### Capacitação de apoio à estratégia

*Aprender a aprender.* Esta é a principal ferramenta estratégica para a gestão das mudanças nas empresas hospitalares. A capacitação, entendida como ferramenta estratégica, é um desafio que exige mudar de mentalidade. Para a gerência de um hospital, é fundamental desenvolver uma capacidade de gestão efetiva dos recursos humanos com o objetivo de gerar um clima organizativo adequado e dispor de funcionários motivados, qualificados e adaptados às exigências da instituição. Para alcançar este objetivo, é essencial contar com a liderança suficiente e adequada.

Em uma organização muito informal, a capacitação destinada a aumentar a flexibilidade e a disposição à mudança é um elemento crítico para conseguir a mudança desejada. Quanto ao desenho da capacitação estratégica, deve-se considerar o marco legal existente, a cultura da organização e o grau de descentralização interna que se pretende conseguir. Estes elementos, especialmente os dois últimos, aportam informação sobre a necessidade de oferecer ferramentas adequadas para que cada centro de responsabilidade possa dirigir seus recursos humanos de forma descentralizada e com um forte apoio de expertos. O grande desafio para a organização na gestão da mudança é dar ferramentas a seus diferentes níveis do estabelecimento, ou seja:

- Velar por entregar às equipes de trabalho do hospital as ferramentas necessárias para que sejam capazes de oferecer a capacitação requerida conforme os princípios estratégicos de qualidade total, para que se desenhem estratégias sensíveis ao cliente que determinem as futuras mudanças institucionais.
- Manter habilidades organizativas para a mudança permanente, o aprendizado contínuo, a visão sistêmica, o desenvolvimento sustentado da autonomia e a capacidade de *empoderar* (*empowerment*), com objetivo de obter resultados com alto rendimento social.

Cabe destacar que em uma organização cujas unidades operativas dispõem de pessoal altamente qualificado há um grande desafio, já que o nível de exigência e de potencial representa o maior recurso com que a organização possa contar para alcançar seus objetivos e metas estratégicas. Decidem-se as ações de saúde nestes últimos.

Para entender a capacitação como principal ferramenta da gestão da mudança tem que concebê-la de forma diametralmente diferente da tradicional. As empresas e também o hospital possuem um conhecimento organizativo determinado; têm a capacidade de trabalhar coletivamente, de realizar ações que não poderiam fazer os indivíduos em separado, o que tem a ver com a compreensão coletiva de certos supostos culturais tácitos. À medida que as empresas, especialmente as de serviços, tornam-se mais sensíveis ao ambiente e mais flexíveis para se adaptar a seus requisitos, devem insistir na forma de fomentar o interesse por aprender novas tarefas e, portanto, por gerar um novo conhecimento organizativo. Neste desafio, há os seguintes elementos-chave:

- O aprendizado em um hospital não pode ser fruto de uma crise (por exemplo, uma grave infecção intra-hospitalar), mas deve ser motivado e partir de um processo estratégico claramente explicitado.
- O aprendizado cria capacidade de flexibilidade e desperta interesse pela mudança contínua e, portanto, deve ser um instrumento eficaz para reduzir a incerteza das pessoas.
- E, o mais importante, o pessoal do hospital deve se sentir como, efetivamente, capaz de contribuir para a geração de novo conhecimento no âmbito da efetividade, eficiência e qualidade dos processos, e que esta participação ativa na mudança tenha reconhecimento tanto institucional quanto comunitário.

Para isto, é fundamental desenvolver um sentido holístico no pessoal do hospital, para o que são essenciais a missão, no sentido de *processo*, e a existência de ampla participação na geração de novo conhecimento. No processo de desenvolver uma cultura da mudança ou do aprendizado é vital:

- Dar-se conta, compreender, coletivamente, a importância de mudar e de fazê-lo por meio do aprendizado.
- Entender o sentido do aprendizado ou do esforço coletivo e do papel pessoal, de tal forma que a ambição ou a meta pessoal esteja em sintonia com a meta coletiva ou a missão. Ou seja, deve fazer coincidir o desejo pessoal por aprender com aquilo que o hospital precisa que se aprenda em seu processo de mudanças.
- Atuar e avaliar. Para isso, é importante reconhecer a capacidade do *outro* (o que dá sentido ao *benchmarking*) e do trabalho em equipe.

O planejamento estratégico, comentado no Capítulo 6, ou a técnica que se tenha utilizado para englobar o processo de mudanças, deve assinalar muito claramente a distância entre o ponto atual e o ponto desejado. A insatisfação que gera a comprovação da existência desta brecha deve gerar o desejo de superá-la, o que deve ser sinônimo de tensão por aprender e é responsabilidade do líder.

## A gestão do risco e da resistência

Assim como se deve realizar a gestão do risco, transformando-o em oportunidade de aprendizado, é necessário realizar a gestão da resistência natural que se produz nos processos de mudança.<sup>8</sup> Segundo Maquiavel, nada é mais difícil de realizar, mais perigoso de conduzir e mais incerto quanto a seu sucesso, do que iniciar uma nova ordem de coisas. A inovação terá como inimigos todos aqueles que foram prósperos nas antigas condições e como tíbios defensores que possam se beneficiar com a nova ordem.

A resistência à mudança é uma reação humana normal que se deve ter em conta sempre que se pretende fazer mudanças. Os tempos em que as mudanças eram, violentamente, impostas pelas gerências já passaram e a experiência assinala que se retire a força que impôs as mudanças, para que voltem às antigas condutas. Os líderes, ao gerirem a resistência, devem se ocupar de quatro dimensões de mudança: pessoal, interpessoal, gerencial e organizacional. Tem que *ensinar* a aprender e a acreditar nos desafios, já que as pessoas são capazes de fazer grandes coisas quando pensam em grandes coisas. Ou seja, somos o que pensamos que somos. A chave das técnicas que sejam utilizadas para desencadear o processo reside quão bem-sucedida seja em convocar a um pensamento *comum* de um novo hospital.

### Os sintomas que delatam a resistência à mudança

Não é raro se encontrar a tentativa de se implantar uma mudança, fazendo-se todo o necessário, porém, sem êxito. Os sintomas que indicam que não se têm implantado as novas práticas costumam ser os seguintes, ordenados desde o mais leve ao mais grave: a inovação foi, tacitamente, aceita, porém, não está sendo usada; algumas pessoas ou grupos mostram-se indiferentes; manifestam-se contra argumentações sem nenhuma base real; as inovações são ridicularizadas como carentes de sentido e inteligência; aprecia-se um marcado esforço por anular os efeitos da mudança e a implantação da inovação se dilata sem motivo algum. Estes sintomas são gerados por alguns motivos que, finalmente, são os que se devem identificar e eliminar para minimizar a resistência a mudança.

### Principais motivos para resistir às mudanças

Qualquer mudança seja de ordem técnica, organizativa ou administrativa implica uma mudança social, ou seja, que ao inovar se ameaça a continuidade das relações entre os indivíduos que se verão afetados pela mudança. A cultura social é um conjunto de atividades e hábitos aprendidos que relacionam um grupo de pessoas e fazem que se valorize de diferente forma qualquer conduta ou ação.

A resistência à mudança é proporcional à solução da continuidade ou à brecha existente entre a imagem subjetiva que se percebe do objetivo da mudança e a posição atual do indivíduo ou do grupo. Por outro lado, a resistência será inversamente proporcional ao período de tempo que dura a mudança. Estes conceitos se explicam na seguinte equação:

$$\text{Resistência à mudança} = \frac{\text{perturbação cultural} + \text{perturbação política}}{\text{tempo de introdução}}$$

Por sua vez, os indivíduos se opõem às inovações pelas seguintes ansiedades e inseguranças: o temor a assumir riscos com os quais não estão familiarizados; a tornar-se prescindível em seu cargo por efeito da mudança; a não ser capaz de desenvolver as novas funções; a incapacidade ou recusa a adquirir novas habilidades ou comportamentos; a perda de influência em decisões em seu antigo emprego; a perda a diminuição do controle sobre recursos; e a redução do prestígio ou da reputação. Também se deve ter presente que a lei da força de grupos também se manifesta nesses casos, já que é mais difícil readaptar a cultura de um grupo do que a de um indivíduo. Os grupos, como tais, também resistem à mudança. Os grupos resistem à mudança na medida em que o poder do grupo é ameaçado, as normas e os valores vigentes não são respeitados e as mudanças se baseiem em informação que é considerada

irrelevante ou pouco confiável. Desta análise, pode-se inferir que deve existir alguma forma de tentar realizar mudanças minimizando a resistência. Isso somente é possível por meio de métodos rigorosos e sistemáticos.

### **Como implantar mudanças com resistência reduzida**

O primeiro é fazer um diagnóstico dos elementos de resistência e depois estruturar um processo de redução com suas atividades bem definidas. No diagnóstico, deve-se considerar de quanto tempo se dispõe para completar a mudança, qual é a intensidade da perturbação política e cultural que se criará, quem será afetado pela mudança, que grupos ou indivíduos apoiarão ou resistirão à mudança, quais serão os motivos para apoiar ou resistir à mudança e qual será a importância relativa destes indivíduos ou grupos para o sucesso da mudança. Uma vez estudado e diagnosticado o efeito da mudança, recomenda-se adotar as seguintes medidas ou técnicas dirigidas à gestão da resistência:

1. **Transparência.** Informar a toda a organização, tratando de reduzir temores e ansiedades. Mais atenção deve ser dada às pessoas ou aos grupos de maior resistência.
2. **Participação.** Envolvendo as pessoas diretamente afetadas pelo planejamento da mudança, com o qual se conseguirá diminuir a resistência. As pessoas tendem a apoiar o que tem ajudado a criar.
3. **Educação e capacitação.** É primordial capacitar os afetados pela mudança, já que qualquer mudança significa esquecer hábitos e adquirir outros novos. Os afetados pela mudança deverão *aprender a aprender*.
4. **Tempo.** A resistência à mudança é maior quando se pretende fazê-la num curto prazo. Ao se estimar que o tempo é escasso, será necessário dispor de uma estrutura de poder reforçada e, se for necessário, reforçar este poder antes de efetuar a mudança, já que a uma mudança falida se opor-se-á mais resistência em uma segunda tentativa.
5. **Seqüência.** As mudanças podem ser testadas em grupos-piloto. Isto oferece a vantagem de escolher grupos de baixa resistência, analisar os efeitos da mudança neles, introduzir correções nos processos de mudanças e, se este foi bem-sucedido, esperar que se produza um efeito de contágio nas demais pessoas. Às vezes, não é possível utilizar estas estratégias e as mudanças têm que ser introduzidas em toda a organização de uma só vez.

### **A aplicação das técnicas de desenvolvimento institucional e organizativo**

O desenvolvimento institucional compreende os processos de melhoria global da instituição para alcançar seus objetivos centrais e abrange a definição das políticas internas, a estrutura e outros aspectos considerados chave para o estabelecimento e o funcionamento da entidade em longo prazo.

Os processos de desenvolvimento institucional costumam ser complexos, dado que intervêm em diversos âmbitos da organização e afetam diferentes níveis de ação. Para uma melhor compreensão do âmbito e do método de desenvolvimento institucional, é conveniente referir-se ao campo científico que pesquisa as organizações.<sup>9</sup> Um deles diz respeito às variáveis de microgestão, que está baseada,

primordialmente, em um corpo de conhecimento denominado teoria organizativa, que compreende objetivos, estrutura, processos administrativos, sistemas de informação, sistemas de incentivo e recompensa, relações e impacto do meio ambiente, etc. O outro se refere às variáveis de microgestão e apóia-se, fundamentalmente, em um corpo de conhecimento denominado comportamento organizativo, que se ocupa da comunicação interpessoal, da motivação, do processo grupal, das atitudes, da percepção, etc.

Para o manejo interativo de ambas as dimensões deve-se empregar as técnicas de Desenvolvimento Organizativo (DO). As implicações do fator humano no funcionamento e a evolução das organizações, unidas à necessidade de implantar o planejamento estratégico e de aplicar a gestão institucional, originam o enfoque e os métodos do DO. O DO atua como lubrificante para que todo o modelo estratégico se desenvolva. No processo de desenvolvimento institucional, há três dimensões: planejamento estratégico, gestão institucional e desenvolvimento organizacional. A relação entre elas é dinâmica e cada uma delas retroalimenta as outras.

Na perspectiva apresentada da necessidade de empreender o caminho para novas rotas, o hospital requer implantar um processo particular de ajuste permanente. É necessário redesenhar a organização, às vezes, mudando as estruturas formais, melhorando os órgãos decisórios, modificando os sistemas de operação, as normas e as políticas financeiras, as relações e os serviços entre os diversos departamentos. A maior parte destas modificações parecem racionais, frias, objetivas e necessárias, porém, causam impactos com força nas pessoas da organização, gerando incerteza e resistência, às vezes, razoáveis. A efetividade destes processos novos deverá ser testado. Outras vezes, a oposição é de caráter emocional ou está relacionada com a perda de *status* ou a alteração da rede de relações informais entre os membros da organização.

O DO é um processo de mudança planejado, tendente a aumentar a eficiência e a efetividade das instituições. Seu propósito é assegurar o desempenho ótimo nas ações conjuntas das entidades e das pessoas que integram estas instituições.<sup>10</sup> No caso da mudança hospitalar, o DO torna-se mais complexo, tendo-se em conta os concursos simultâneos dos diversos atores anteriormente analisados.

Este processo de mudança é dinâmico e deve ser razoável e contínuo. Inicia-se a partir do diagnóstico de uma situação que deve ser melhorada e da definição de um estado ideal a que se deseja chegar, partindo de uma visão global do setor que permita introduzir, devidamente, as mudanças, de tal forma que seja institucionalizado o processo. Neste processo, incluem-se estratégias, métodos e instrumentos com os quais busca-se otimizar a interação das instituições, pessoas e recursos materiais e econômicos.

Geralmente, o DO propicia a adaptação da organização, sua evolução e renovação, e ainda que estas mudanças sejam tecnológicas, econômicas, administrativas ou estruturais, serão necessárias modificações de hábitos e comportamentos humanos. O DO nasce como uma resposta à frustração de desenhar e planejar uma organização e não conseguir implantá-la realmente. Outras razões que justificam sua existência são as seguintes:

- O fracasso ou a insuficiência, quando se utilizam isoladamente, das medidas de aperfeiçoamento tecnológico e administrativo e de capacitação tradicional.
- A consciência crescente da influência dos problemas e fatores psicológicos e sociais sobre o rendimento dos programas de trabalho e os resultados reais alcançados pela organização.
- O fenômeno de inércia ou resistência às mudanças.
- A aceleração de processos de mudança interna e externa que ameaçam ou oferecem oportunidades à organização.

No caso específico da mudança hospitalar, o DO:

- Ajuda a induzir e a promover a idéia do hospital como empresa social.
- Cria um ambiente propício e aumenta a confiança no novo modelo.
- Motiva o compromisso dos diferentes atores protagonistas.
- Favorece o acordo necessário entre os diversos atores, colaborando para identificar formas práticas de ação conjunta e complementar.
- Cria um clima de receptividade para reconhecer as realidades organizativas e de abertura para diagnosticar e solucionar problemas.
- Diagnostica problemas e situações insatisfatórias.
- Busca novas fontes de energia (física, mental e emocional), libera a energia bloqueada por pessoas ou grupos.
- Compatibiliza, viabiliza, harmoniza e integra as necessidades e os objetivos da organização e de quem a conforma.
- Analisa a resposta operativa da organização em relação às características mutáveis do ambiente (demanda, restrições, oportunidades, mudanças, desafios, etc.).
- Desenvolve a organização por meio do desenvolvimento das pessoas.
- Compatibiliza e otimiza metas, recursos, estruturas, procedimentos e comportamentos.
- Aperfeiçoa o sistema e os processos de informação e comunicação.

A efetividade de uma gerência para produzir mudanças de sucesso implica reformar a cultura institucional e exercer uma liderança organizativa.<sup>11</sup> O instrumental que é utilizado para apoiar as mudanças e deve convencer a organização de que o projeto de mudança é uma necessidade urgente; gerar missões e objetivos claros, capacidade e competência da organização para aprender e intervir sobre a estrutura e o funcionamento organizativos e o comportamento humano. Para facilitar a análise e as respostas a estas questões é necessário empregar instrumentos de ampla divulgação e utilização como os modelos para identificar problemas e necessidades de saúde (Epi Info e SIG-EPI),<sup>12,13</sup> o estudo da produção institucional (WinSIG),<sup>14</sup> e a relação entre o perfil epidemiológico e a estrutura da oferta (interfase de mapeio entre dados do SIG-EPI e WinSIG, que está desenvolvendo a OPS), para relacionar, geograficamente, e representar, graficamente, a localização de necessidades, recursos e serviços de saúde. Complementarmente, dispõe-se de outras ferramentas de análise úteis em planeamento estratégico e desenvolvimento organizativo, tais como: a construção de mapas políticos, a rede de encadeamento estratégico, a melhor alternativa a um acordo negociado (MAAN), a seleção de estratégias, o diagrama causa-efeito e a priorização de problemas e intervenções relevantes. Todos estes instrumentos têm sido descritos, detalhadamente, e com cuidado por seus respectivos autores em outras publicações da OPS, pelo que a seguir se apresentam unicamente as características básicas de alguns deles.

### **Construção de mapas políticos**

Constitui um método para realizar análise política de atores (mapas políticos) em um momento específico do processo de negociação entre os diferentes atores que querem intervir na transformação ou na manutenção de uma situação. Este método é útil, precisamente, para conhecer o grau de influência de cada um deles, a capacidade de ação que possuem e a direção em que atua em apoio ou oposição ao ator central.<sup>15</sup>

## Rede de encadeamento estratégico

Este método cumpre uma função similar e complementar ao mapa político, já que facilita identificar e analisar relações entre os atores-chave vinculados com um problema ou uma situação, que é objeto de negociação, identificando suas funções, os recursos que possuem e a forma em que estão dispostos a utilizá-los.<sup>16</sup>

Com esta técnica, constrói-se e analisa-se uma matriz de relações entre os atores-chave de uma negociação, que conformam a rede de encadeamento daqueles que querem ou podem influenciar no sucesso com que a organização ou sua direção responde a uma situação específica; a análise e a interpretação desta rede considera critérios de avaliação que influem na forma em que o negociador pode se relacionar de forma ótima com cada ator. Além disso, apóia a condução estratégica, a mudança na tarefa de elaboração de planos de negociação e na construção de acordos alternativos.

## Melhor alternativa a um acordo negociado (MAAN)

A MAAN facilita a construção de um plano alternativo quando a negociação fracassa. Assim, cada um dos atores aumenta seu poder de negociação, já que tem conhecido melhor sua situação dentro da negociação e, além disso, não fica limitado, necessariamente, ao sucesso de um acordo.<sup>17</sup> A MAAN constitui uma ferramenta muito útil no planejamento e na condução estratégicos da mudança, por facilitar, flexibilizar e enriquecer as possibilidades de construção de cenários futuros, ao mesmo tempo que facilita e otimiza as oportunidades de sucesso nas negociações deste processo.

## Seleção de estratégias de melhoria

Antes de selecionar uma estratégia, é necessário analisar o ambiente, valorizando as forças internas e externas que vão intervir como fatores condicionantes pró ou contra o desenvolvimento das estratégias apresentadas. Com a aplicação da análise de Fortaleza, Oportunidades, Debilidades e Ameaças facilita-se a seleção de atividades ou estratégias adequadas para obter os melhores resultados e otimizar o uso dos recursos.<sup>18</sup>

## Diagrama causa-efeito

O diagrama de Ishikawa, conhecido também como a *espinha de peixe*, permite elaborar uma rede para explicar as principais relações causa-efeito em uma situação problemática que se analisa, avaliando, coletiva ou individualmente, suas causas primárias e secundárias de seus possíveis efeitos.<sup>19</sup> Por suas características, é particularmente útil para realizar estudos de situação no momento do diagnóstico ou em avaliações que se realizem durante o desenvolvimento de um processo participativo de mudança realizada com enfoques estratégicos.

## Priorização de problemas e intervenções relevantes

Dispõe-se de diversos métodos de planejamento de processos baseados em enfoques participativos, que simplificam e facilitam o ordenamento e a relação de seus elementos integrantes e são úteis para focalizar e priorizar intervenções. Além disso, pode-se utilizar métodos de hierarquização de problemas e objetivos derivados da aplicação do marco lógico,<sup>20</sup> como a *árvore de problemas*, a *árvore de objetivos*, a programação para melhorar o rendimento (PMR), ou a matriz de posição e avaliação da ação (PEEA).<sup>21</sup>

## Seguimento e avaliação das mudanças institucionais

Para avaliar e monitorar um processo de mudanças é importante estabelecer com antecedência quatro temas: 1) os objetivos ou as metas estratégicos, chave ou traçadores; 2) os indicadores de avanço e os resultados para monitorar o grau de cumprimento; 3) as instâncias formais de revisão participativa; e 4) as formas e a periodicidade com que se vão notificar os avanços.

## Consolidando o processo de mudança

É essencial que os processos de mudança possam ir consolidando seus avanços e que estes vão tornando-se independentes de seus líderes. É habitual ver processos que são detidos ou revertidos por uma mudança de liderança. Com esse propósito, as condutas e os processos têm que estar determinados por impulsos internos, não pela contínua pressão exercida desde o exterior que deva exercer um líder, seja por seu carisma ou pela autoridade moral ou administrativa que é capaz de exercer. Nisso, é importante que a organização desenvolva incentivos morais, sociais ou econômicos permanentes e institucionais e que as modificações das práticas fiquem devidamente protocoladas e formalizadas.

Na consolidação de mudanças culturais, os incentivos também desempenham um papel primordial. Assim, pode-se institucionalizar melhorias econômicas com relação a sistemas de avaliação de desempenho nas quais tenham sido priorizadas claramente as novas condutas. Também podem institucionalizar-se sistemas de reconhecimentos, como prêmios e distinções de diversas naturezas com relação ao sucesso de metas. Tal como se destacou em capítulos anteriores, mudanças transcendentais, tais como a descentralização de gestão clínica em centros de responsabilidade, poderá consolidar-se no tempo se as conseqüências (incentivos) conseguem ser associadas aos resultados da gestão.

## Conclusões

Os pilares da gestão da mudança hospitalar são:

- Assinalar uma missão e sintonizá-la, profundamente, com os valores das pessoas que trabalham no hospital.
- Definir com exatidão o ponto atual e o desejado e transformá-lo em sonho coletivo (visão) que provoque tal tensão que impulse o aprendizado e a mudança.
- Definir um plano que organize recursos e energias e que dê sentido de processo, marque os objetivos e retroalimente, constantemente, o processo.
- Escolher um líder e sua equipe que estimule a criatividade de todos os atores chave da organização, fomente uma cultura do aprendizado e encare, adequadamente, as dificuldades.

## Bibliografía

- 1 Silió F, De Manuel Kenoy E. *La gestión del cambio en los servicios sanitarios*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- 2 Bennis W. *Changing organizations*. New York: McGraw Hill; 1996.
- 3 Dixit AK, Nalebuff BJ. *Pensar estrategicamente*. Barcelona: Antoni Bosch; 1996.
- 4 Beckhard R. *Estrategia de desarrollo organizacional*. México, DF: Fondo Educativo Interamericano; 1973.
- 5 Artaza O, Montt J, Vasquez C. *Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno*. Rev Panam Salud Pública 1997; 5: 342 – 351.
- 6 Marín JM, Melgar A, Castaño C. *Teoría y técnicas de desarrollo organizacional*. Vol. III. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Documento PSDCG-T.10.)
- 7 Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública, Ministerio Secretaría General de la Presidencia; 1998.
- 8 Stevenson N. *Por qué se resiste al cambio*. Revista C&D 2000; julio: 18-20.
- 9 Lagos CR. Desarrollo organizacional en Latinoamérica. *Perspectivas, estrategias y experiencias de desarrollo organizacional e institucional para afrontar los desafíos del cambio*. Capítulo III: 86-126. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Documento ME/055.)
- 10 Margulies N, Raia A. *Desarrollo organizacional: valores, proceso y tecnología*. México, DF: Diana; 1974.
- 11 Lagos CR. *Desarrollo organizacional en Latinoamérica. Perspectivas, estrategias y experiencias de desarrollo organizacional e institucional para afrontar los desafíos del cambio*. Capítulo IV:127-210. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá de la Salud; 1994. (Documento ME/055.)
- 12 Centers for Disease and Prevention. Epi Info 2000. Atlanta, GA: CDC; 2000.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de información geográfica en salud*. Washington, DC: OPS; 2001. [Véanse también otros métodos en: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A.; 1994.]
- 14 Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de Información Gerencial*. Manual de operación del WINSIG. Washington, DC: OPS; 1999.
- 15 Crosby B. *El análisis político y el sector salud*. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Temas de discusión. Documento HSS/SILOS 17. Elaboración de mapas políticos: 32-63.)
- 16 Ramírez JS. *La red de eslabonamiento estratégica*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Temas de discusión. Documento HSS/SILOS 17:32-62.)
- 17 Fisher R, Ury W. *Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder*. México, DF: Compañía Editorial Continental, S.A.; 1984.
- 18 Weirich H. *The TOWS Matrix: A tool for situational analysis*. Long Range Plann 1982; 15:54-66.
- 19 Ishikawa K. *Guide to quality control*. Tokyo: Asian Productivity Organization; 1982.
- 20 Gesellsdrafft Fuir Technische Zusammenarbeit. *ZOPP: una introducción al método*. Frankfurt: Deutsche GTZ 1983:1-34.
- 21 David FR. *La gerencia estratégica*. Análisis y selección estratégicos. Bogotá: LEGIS Editores SA, Fondo Editorial Bogotá; 1988:183-215..

# Capítulo 8

## A gestão da qualidade

Nos últimos anos, é notória a abordagem do tema qualidade e os diferentes métodos utilizados para conseguir prestar serviços de qualidade. Ainda que a qualidade seja uma preocupação permanente de todos os profissionais da saúde, em alguns âmbitos tem-se difundido a idéia equivocada de que a qualidade se dá por ser na atenção, que é melhorada somente com a vontade de fazê-lo ou que é um problema que se resolve por meio de auditorias e sanções.

Os prestadores de serviços de saúde têm frente a eles usuários cada vez mais informados e exigentes, que comparam e escolhem as diferentes opções que lhes oferecem prestadores e seguradores. Os administradores são mais conscientes dos altos custos da falta de qualidade e estão submetidos a uma grande pressão para serem produtivos pela qualidade onde, além de estratégias tradicionalmente utilizadas como a auditoria, procura-se aplicar na saúde uma série de ferramentas gerenciais a partir de experiências acumuladas em outros campos, que destacam a importância da liderança da alta direção do trabalho permanente em equipe.

Na atualidade, a atenção à saúde é objeto de grande preocupação pelo controle de custos, plano de serviços oferecido, dinheiro que recebem os seguradores de risco por cada assegurado, taxas, forma de contratação de serviços e dificuldades financeiras que, usualmente, atravessa o setor saúde. A experiência mundial em relação à eficiência em saúde tem demonstrado que um excessivo interesse pela produção e o controle de custos produz resultados bem-sucedidos, mas com grave risco potencial para a qualidade da atenção.<sup>1,2</sup> Em muitos países não existem incentivos que favoreçam as instituições que oferecem atenção de melhor qualidade. Por isso, a melhoria de eficiência e a produção em saúde devem ser acompanhadas de uma vigilância e melhoria permanente da qualidade dos serviços, de tal forma que o esforço se oriente para as decisões que levem em conta as relações entre o custo e o benefício das prestações e para o desenvolvimento organizativo em um ambiente de melhoria contínua da qualidade da atenção.

Alguns países da América Latina iniciaram, recentemente, importantes esforços institucionais por elevar a qualidade da atenção à saúde. No entanto, os programas de garantia de qualidade da Região têm um longo caminho por percorrer. No marco dos processos de reforma do setor saúde são ainda poucos os países que têm conseguido avanços significativos na organização na aplicação de programas ou mecanismos estáveis de garantia da qualidade. Contudo, identifica-se uma tendência clara, mesmo que incipiente, para a superação da etapa das experiências isoladas e para o fortalecimento de estratégias de garantia de qualidade integradas no conjunto de intervenções das reformas do setor saúde.<sup>3</sup>

## **Definições e dimensões da qualidade**

### **Enfoques conceituais**

Nos artigos publicados sobre este tema, distinguem-se três níveis nos conceitos de gerência de qualidade:

- O primeiro é o do controle da qualidade, com o qual se procura a conformidade de um produto ou serviço com as normas estabelecidas. O método consiste em prever o que será feito, escrever o que é previsto, fazer o que está escrito, controlar e corrigir as disparidades e levar um registro por escrito. Este método resume-se à espiral de Deming (planejar-fazer-controlar-atuar), que será abordada mais adiante.

- O segundo é o da garantia da qualidade, com a qual se procura a confiança na obtenção da qualidade. Com esse fim, convém demonstrar que se respeita o método assinalado no parágrafo precedente e garanti-lo mediante um controle externo (fiscalização, certificação, credibilidade).
- O terceiro e último nível é o de gestão ou gerência para a qualidade, definido pela ISO como “modalidade de gestão de um organismo centrada na qualidade, baseada na participação de todos seus integrantes, que procura o sucesso por longo prazo mediante a satisfação do cliente, e oferece vantagens para todos os integrantes do organismo e para a sociedade”.

### **Princípios básicos**

É possível articular uma visão da qualidade em torno dos princípios reitores, tais como equidade, eficácia, eficiência e enfoque no cliente.

A equidade é um princípio distributivo de benefícios e de acessos ao sistema, que contém um sentido de solidariedade condicionado, principalmente, pelas características das necessidades do usuário e dos fatores do meio. O acesso, sem limitações físicas, culturais, econômicas ou de outra natureza, privilegia o conceito de rede de serviços e o fortalecimento dos mecanismos de referência do sistema de saúde.

A eficácia refere-se, especialmente, à aplicação e à combinação em condições ideais de recursos e tecnologia para produzir um impacto específico na situação de saúde. Novamente, o conceito de equilíbrio implica que o impacto é individual, porém, talvez mais importante, social. A eficácia envolve, por uma parte, a contribuição agregada da instituição à solução do problema social (saúde e seus condicionantes sociais) mediante seus processos de planejamento e gestão global de recursos e, por outra, a relação individual com o paciente, na qual a qualidade clínica é fundamental.

A eficiência refere-se à aplicação dos recursos, de tal forma que se pode obter o melhor produto, social ou individual, ao menor custo possível. A aplicação deste princípio demanda uma visão diferente da que prevalece no contexto hospitalar. Fazem-se necessários processos educativos e de pesquisa para estabelecer as relações de custo-benefício de ações imediatas cujo impacto social não tem a imediatez do tratamento da enfermidade.

Finalmente, o enfoque de satisfação do cliente supõe uma ação que produza a satisfação do usuário relacionada a um serviço oferecido em condições compatíveis com a dignidade pessoal e de acordo com seus próprios valores. A satisfação do cliente pode implicar aspectos objetivos e subjetivos, nos quais intervêm as percepções dos atores que prestam e recebem serviços.

A qualidade da atenção é, especificamente, uma manifestação da combinação destes princípios, em que nenhum deles tem um comportamento independente, ainda que a equidade dependa de fatores próprios da prestação do serviço médico e da distribuição dos recursos que se traduzem em benefícios individuais ou sociais. A eficácia guarda relação com a aplicação em condições ideais de tecnologia, mas também dos recursos e da infra-estrutura, e está associada à gestão dos sistemas de saúde. A satisfação do usuário depende, em grande medida, dos três princípios anteriores, porém, igualmente, encontra componentes próprios nos padrões culturais e percepções sociais da saúde. O ponto que tem que se destacar é que as fortalezas ou as debilidades de qualquer destes princípios atua sobre os restantes.

O desenvolvimento de uma visão de qualidade em torno destes princípios tem o potencial de facilitar e promover um equilíbrio institucional sustentado na qualidade do ato clínico, no respeito à dignidade do usuário, na eficiência dos processos internos de gestão e na projeção social do hospital. Sua aplicação, no entanto, não está isenta de dificuldades. Por um lado, a visão de qualidade deve ser articulada pela direção do hospital, mas compartilhada por todo o pessoal da instituição. Caso contrário, esta se estrutura em torno da visão limitada da relação médico-paciente e não na perspectiva mais ampla da relação hospital-sociedade. Por outra parte, a percepção de como a eficiência afeta a qualidade da saúde individual e coletiva, freqüentemente, representa um conflito, expressado nas dicotomias freqüentes entre a gestão clínica e a gestão administrativa. A visão integral da qualidade nos termos enunciados constitui uma forma de superar a freqüente tranquilidade do diretor para sua formação clínica em detrimento de seu papel principal de gerente de processos e recursos.

Para melhorar o conjunto das características de eqüidade, eficácia, eficiência e satisfação do cliente, é necessário expor processos diferentes aos tradicionais. Primeiro: é essencial ter uma visão integral da mudança que incorpore como ponto central um processo e uma cultura de qualidade. Segundo: essa visão tem que ser compartilhada pela maior parte do pessoal. Terceiro: devem-se desenvolver aplicações seletivas e estratégicas da qualidade para gerar credibilidade entre o pessoal e os usuários. Por último, a eqüidade, a eficácia, a efetividade, a eficiência e o enfoque de satisfação do cliente devem ter uma expressão concreta, objetiva e, dentro do possível, quantitativa.

### **Definições**

Numerosos autores de renome têm elaborado diferentes definições de qualidade que não são, mutuamente, excludentes. Em suas diferenças e semelhanças há grande possibilidade de se enriquecer e aprender sobre o conceito de qualidade.

O Doutor Avedis Donabedian, a pessoa mais reconhecida mundialmente no tema, a define como "conseguir os maiores benefícios, com os menores riscos possíveis para o paciente, dados alguns recursos".<sup>4</sup> A Doutora Heather Palmer, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, a define como a provisão de serviços acessíveis e eqüitativos, com um nível profissional ótimo que leva em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e a satisfação do usuário,<sup>5</sup> e o Doutor Vicente Falconi prova uma definição geral de qualidade para qualquer serviço ou produto: atender perfeitamente de forma confiável, acessível, segura, e no tempo exato, às necessidades de um usuário.<sup>6</sup>

### **Dimensões da qualidade**

Nas definições anteriores do conceito de qualidade existem várias dimensões que merecem ser consideradas em detalhe. A primeira é a dimensão técnica, que consiste na melhor aplicação do conhecimento e na tecnologia disponível em favor do paciente. É aquela que, tradicionalmente, tem privilegiado os profissionais da saúde e que depende fundamental, mas não exclusivamente, de suas qualidades e capacitação.

A segunda dimensão é a segurança, que se mede no risco que acarretam os serviços oferecidos ao paciente. Esta depende de sua condição, da eficácia da estratégia definida e da destreza com que se aplique. A partir de um momento dado na atenção de um paciente, os serviços que se acrescentarem poderiam trazer um aumento muito maior de riscos do que de benefícios, pelo qual uma medida de qualidade deve ponderar em que grau se conseguiu o equilíbrio mais favorável entre eles. Sobre este particular insiste-se em que não se devem conseguir benefícios para um paciente ao custo de aumentar os riscos a ele ou a terceiros.

A terceira dimensão da qualidade é o grau em que o serviço satisfaz às necessidades sentidas do usuário. Donabedian considera que a relação interpessoal com o paciente e as características do lugar em que se presta a atenção devem refletir respeito pelo paciente e permitir sua privacidade e comodidade. Esta dimensão é parte integral da qualidade da atenção, já que pode influenciar, decisivamente, na aceitabilidade por parte do paciente e, por isso, no sucesso da atenção e nos benefícios que oferece.<sup>4</sup> Palmer acrescenta a esta dimensão a facilidade de acesso.<sup>5</sup> Alguns textos distinguem esta qualidade sentida ou percebida pelo usuário da qualidade técnica, que diz respeito ao campo dos profissionais. No entanto, alguns autores têm apontado que também os usuários, inclusive aqueles com um aparente baixo nível de conhecimentos médicos, são capazes de julgar o ato médico.<sup>7</sup> Desta forma, a qualidade sentida ou percebida pelo usuário compreenderia não somente aspectos como a comodidade, o trato, a privacidade, o tempo de espera, mas também que o usuário é capaz de *perceber* aspectos da qualidade técnica desde sua própria perspectiva e seus valores.

A quarta dimensão é o custo racional de atenção, entendendo sua estreita relação com os benefícios e os riscos que se derivam dela. Melhorar a qualidade pode redundar em um aumento dos custos, mas o uso desnecessário ou inadequado dos serviços aumenta os custos sem acrescentar a qualidade, dilapidando recursos que poderiam ser utilizados para conseguir maiores benefícios sociais e cujo custo afeta o acesso e a continuidade. Assim, se são suprimidos serviços inúteis e se produzem outros de maneira mais eficiente, todo prestador ou assegurador pode investir em qualidade.

É importante ressaltar, como o faz Donabedian,<sup>4</sup> que a satisfação dos provedores da atenção é um passo principal de seu bom desempenho, o que é um condicionante fundamental de qualidade. A qualidade alcança diferentes graus e pode ser analisada sob diferentes óticas. O profissional ou os grupos de profissionais julgarão os procedimentos que devem ser utilizados, a técnica, o juízo diagnóstico e os resultados da atenção a um usuário. Este avaliará os benefícios de sua atenção por meio de variáveis objetivas e subjetivas, como o tratamento recebido, o lugar onde ele foi atendido, a oportunidade, a confiança que lhe gerou o prestador do serviço e o resultado obtido, e muitos julgarão também os aspectos técnicos sob sua própria perspectiva. Por isso, a capacidade de educar o usuário para que participe nas decisões relativas a sua atenção é uma característica importante da qualidade. Finalmente, ao se considerar a atenção à saúde como um bem público, cujos benefícios e riscos superam o próprio indivíduo, a sociedade deve avaliar a qualidade da atenção como o conjunto de benefícios obtidos por toda a população, dando preferência à qualidade de procedimentos que possam satisfazer às necessidades de muitos, incluindo a equidade e o acesso.

A qualidade é, portanto, um conceito relativo que demanda pontos de referência para fazer comparações (padrões). Estes padrões refletirão em consenso e uma valoração social sobre a forma de obter maiores benefícios para um paciente ou para toda a população.

A preocupação por melhorar a qualidade deve existir e pode ser avaliada por cada provedor que preste, individualmente, um serviço, por um grupo deles que participe da atenção, por uma instituição que os agrupe, pela empresas que contratem seus serviços, pelos usuários, no nível individual ou em grupo, ou por uma localidade, município, departamento ou país.

### **Qualidade: o espaço do que fazer e de como fazê-lo**

Ao definir a qualidade em sentido lato, Juran apresentou-a como fazendo o correto de forma correta, imediatamente.<sup>8</sup> Aparecem assim dois espaços de análise: o primeiro refere-se à qualidade entendida como:

o *que fazer*, e o segundo, como: *como fazê-lo*. Pode-se acrescentar que estes espaços terão que se apresentar de modo a conseguir a satisfação do usuário, tanto no nível individual como coletivo.

### O espaço do que fazer com relação ao usuário coletivo e individual

Para que a qualidade possa se dar em uma perspectiva mais ampla que a do ato clínico, devem existir relações de coerência entre três elementos fundamentais: a situação de saúde das pessoas, como problema específico, a situação social, como condicionante da saúde, e a situação institucional, como determinante da resposta ao problema de saúde. Esta coerência permite que o sistema, em seu conjunto, seja capaz de dar uma resposta efetiva que resolva não somente as manifestações mais evidentes da saúde (a enfermidade individual), mas também suas causas subjacentes. Por isso, teria pouco sentido e impacto atender, isoladamente, o problema da qualidade clínica da atenção, se o sistema é, sob o ponto de vista social, incapaz de produzir um impacto razoável em função dos recursos investidos na saúde e dos condicionantes sociais da situação de saúde.

As relações de coerência, essenciais como marco para a qualidade, estão condicionadas pela concepção política da resposta aos problemas de saúde que se expressa nos modelos aplicados do sistema de saúde. Na Região, muitos destes modelos privilegiam a organização dos sistemas de saúde relacionados à separação de três funções principais: a condução política (reitoria e regulação), o financiamento e a prestação de serviços. A experiência é recente e difícil de caracterizar, mas parece que o elo mais frágil é o da condução política e, portanto, nele predomina a relação entre o ente financeiro e o sistema de prestação de serviços. Ao mesmo tempo, o sistema de prestação de serviços adoce de alguns velhos problemas, cujo peso relativo define o caráter do sistema de saúde em seu conjunto. Em efeito, a presença do hospital segue sendo predominante por sua localização nos centros urbanos, pela exposição de seus problemas nos meios de comunicação, pelo acesso aos centros de poder e pela capacidade para expressar seus problemas da escassez de recursos, à margem da eficiência. Apresenta-se, em conseqüência, uma situação de concentração de recursos inversamente proporcional à contribuição que o hospital aporta à saúde e ao bem-estar. De fato, a proeminência econômica e institucional dos hospitais imprime ao planejamento dos sistemas de saúde um caráter reativo e uma orientação biológica cujas conseqüências sociais tem sido amplamente expostas na bibliografia sanitária latino-americana, tal como se expôs em capítulos precedentes.

Paralelamente, a prática da saúde se debilita e começam a surgir dúvidas sobre a capacidade dos novos modelos para encarar ações tradicionalmente consideradas custo-efetivas de promoção da saúde e prevenção de enfermidades transmissíveis. A pesquisa de contatos em certas enfermidades transmissíveis, a promoção de medidas preventivas cada vez que se produzem contatos com grupos especiais de risco e a promoção de estilos saudáveis constituem ações que não encontram o espaço apropriado em instituições preocupadas, muitas vezes, pela redução de custos e pelo cumprimento dos compromissos de gestão regulados pelo financiamento. Alguns países têm feito novos investimentos em infra-estrutura para fortalecer a atenção primária e manter ações tradicionais de saúde pública consideradas de baixo custo e alta efetividade. Frequentemente, estas decisões acarretam a intenção nem sempre explícita de aliviar a congestão dos hospitais urbanos, sem atacar a fundo os problemas substantivos que a geram.<sup>1</sup> Além disso, a cultura institucional prevalecente se infiltra em longo prazo nestas instituições, gerando formas de comportamento similares às do sistema hospitalar. Novamente, nota-se uma resistência à ação comunitária, à promoção e à prevenção.

<sup>1</sup> O Capítulo 10 sobre financiamento ilustra a ineficiência como um limitante da capacidade de oferta de serviços hospitalares.

Se o produto que as instituições e o sistema de saúde oferecem (*o que fazer*) não guarda uma relação de coerência com as características sociais e epidemiológicas da população; o impacto de qualquer outro elemento de qualidade da atenção é exíguo. Não obstante, encontram-se grandes limitações no plano dos instrumentos que permitam medir ou caracterizar, objetivamente, essa relação.

Na ausência de instrumentos de análise e de controle desta coerência, as instituições mantêm, algumas vezes, durante décadas, um produto inapropriado para a natureza do problema e investem muitos recursos em ações que pouco aportam ao desenvolvimento e ao bem-estar da população. As provas disponíveis parecem indicar que este é, e tem sido, o miolo da crise e, inclusive, a raiz do conflito ideológico sobre a função do Estado no setor social. Os indicadores falam por si mesmos: em décadas recentes, o setor saúde tem tido, ainda, durante a chamada década perdida, aumentos importantes de recursos, mas o problema de saúde tem mantido suas características básicas.

Então, o que fazer para dar coerência a estas relações, de forma que se possam realizar progressos substantivos na qualidade como um meio para a excelência e a competitividade? Primeiro: é necessário apresentar o problema nos foros internacionais e que seja promovida uma atitude crítica frente aos modelos vigentes. Neste esforço existem sérios riscos e possibilidades. O desafio principal é encontrar formas de reencaminhar os modelos e os sistemas, para corrigir algumas deficiências óbvias e fazê-lo com a prontidão necessária, de forma que a deterioração social da saúde possa ser corrigida a tempo.

Segundo: é necessário re enfocar a problemática hospitalar e suas soluções, talvez resgatando os diagnósticos que não escasseiam na América Latina e Caribe e que, freqüentemente, têm sido ignorados nos processos de modernização. A medicalização da saúde, o desequilíbrio na distribuição dos recursos, a síndrome da escassez de recursos,<sup>11</sup> a segmentação, a desintegração e as deficiências na capacidade de trabalho em rede de nossos sistemas e outros problemas estão amplamente documentados na bibliografia sanitária da Região.

Terceiro: é necessário resgatar os princípios tradicionais da saúde pública e aumentar sua presença na distribuição dos recursos. Neste sentido, é necessário afinar os conceitos que regulam os compromissos ou os acordos de gestão, de tal forma que incorporem medidas de alto benefício social e baixo custo relativo no campo de promoção, prevenção e projeção social e comunitária das ações hospitalares. Isto não é fácil, especialmente quando o recurso investido na saúde se vê em função de seu efeito imediato (por ex., a restauração da saúde individual) e não de seu impacto social em curto, médio e longo prazos (por ex., estilos de vida saudáveis, a luta contra as enfermidades transmissíveis, etc.).

A partir de uma melhor caracterização das necessidades de saúde da população, tanto em suas manifestações externas como em suas causas subjacentes, é preciso perguntar se a composição dos programas (associada com a estrutura de recursos) é a adequada para produzir a mudança que se deseja nas condições de saúde da população. Neste processo, é possível encontrar formas mais efetivas e, ao mesmo tempo, econômicas – não necessariamente alternativas, senão complementares – de tratar o problema em suas causas fundamentais e observar, em curto, médio e longo prazos, um impacto real na transformação do problema da saúde.

<sup>11</sup> Esta síndrome surge quando se estabelece uma relação *a priori* entre a presença de um problema e a escassez de recursos. Pelas razões consignadas, é freqüente que o hospital gere situações de crise que se encaram mediante a incorporação de recursos novos são atacar as causas fundamentais. O resultado é que os problemas se mantenham, mas os níveis de ineficiência tendam a aumentar.

A qualidade é um processo que transcende a mera relação direta entre o médico e o paciente, ainda quando esta relação constitui um elo crítico do processo que começa pelas relações de coerência entre situação de saúde, situação social e situação institucional e que inclui processos administrativos e logísticos que sintam as bases para que certos recursos essenciais tenham as características que exijam a efetividade do ato médico e fluam de forma oportuna.

Na dimensão do serviço, é necessário desenvolver mecanismos para conhecer as necessidades e expectativas dos usuários e a forma como estas se traduzem em características da atenção. Com relação às expectativas, deve-se analisar o trato, a informação recebida pelo beneficiário e a facilidade de acesso, a oportunidade de resposta, os tempos de espera, assim como as condições em que se presta a atenção: a ordem, a limpeza, o conforto e a intimidade; e se têm mecanismos sistemáticos de capacitação ao usuário para torná-lo partícipe das decisões referentes a seu próprio cuidado.

### **O espaço de *como* fazê-lo**

Uma vez definido o *que fazer*, para responder às necessidades do usuário ou cliente em sua dimensão coletiva e individual, o seguinte momento do enfoque da qualidade corresponde a estabelecer a forma adequada em que as ações escolhidas de atenção à saúde devem ser executadas. Neste ponto, introduz-se uma idéia fundamental: a atenção à saúde não pode ser prestada de qualquer forma, nem do modo que parece adequado a cada provedor de saúde, mas que é necessário estabelecer uma forma *correta* de prestá-la. Esta forma *correta* expressa-se no que tem sido chamado *padrões de qualidade*. Um padrão de qualidade representa um consenso sobre as características ótimas que deve ter um determinado insumo, processo ou resultado na prestação de um serviço de saúde. Tal consenso, freqüentemente, é fundamentado no conhecimento ou nas provas ou dados técnico-científicos (*evidence*), em um equilíbrio com as necessidades e as preferências do usuário, dentro dos limites impostos pelas possibilidades do contexto. Neste sentido, os padrões de qualidade não são estáticos, mas estão em constante evolução e aperfeiçoamento, dependendo dos avanços das bases em que sua definição é sustentada.

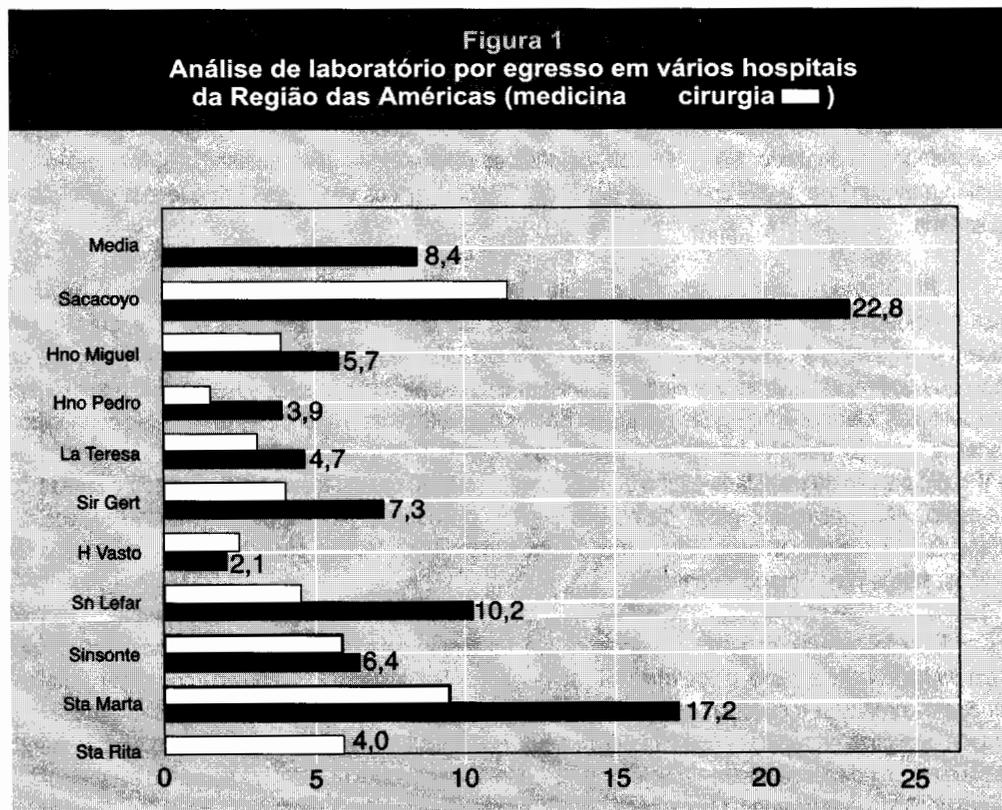
Pode-se dizer, genericamente, que um padrão é um estado de qualidade esperado, alguma coisa considerada por uma autoridade ou pelo consenso geral como uma base de comparação, um modelo provado que é usado como base para emitir um julgamento. Segundo outras definições, são os sinais que podem ser utilizados e ajudam a orientar o desempenho; portanto, é necessário que estejam bem definidas, claras e conhecidas por todos. São os requisitos e as exigências previamente conhecidos e aceitos, com os quais medimos a qualidade da atenção.<sup>9</sup> Para o *projeto de garantia de qualidade* (QAP), um padrão de qualidade é uma declaração da qualidade esperada, expressada como pautas de execução, especificações, guias de prática clínica, protocolos, procedimentos administrativos ou gerenciais.<sup>10</sup> Em algumas ocasiões, *norma* é outro termo geral utilizado para descrever vários tipos de padrões, sendo considerado sinônimo.

É evidente que o conceito de padrão reflete um acordo definido de maneira consensuada por um grupo *ad hoc*. Neste sentido, os padrões não seriam verdades universais, senão acordos sobre a melhor maneira de organizar e executar as ações que conduzam a obtenção dos resultados procurados. Isto é verdade, inclusive para o caso dos padrões clínicos, que apesar de estarem baseados no conhecimento da ciência biomédica, costumam ser objeto de importantes debates antes e depois de serem estabelecidos em um contexto determinado. Os padrões são úteis para os seguintes propósitos:

1. Para fazer uma declaração explícita da qualidade esperada, do propósito da atenção e de seus propósitos.
2. Para identificar as deficiências nos insumos, processos e resultados.
3. Para indicar quem deveria estar executando determinadas partes do processo e de que forma.
4. Para medir a brecha entre o desempenho real e o esperado ou o previsto pela organização e encontrar oportunidades de melhoria da qualidade.

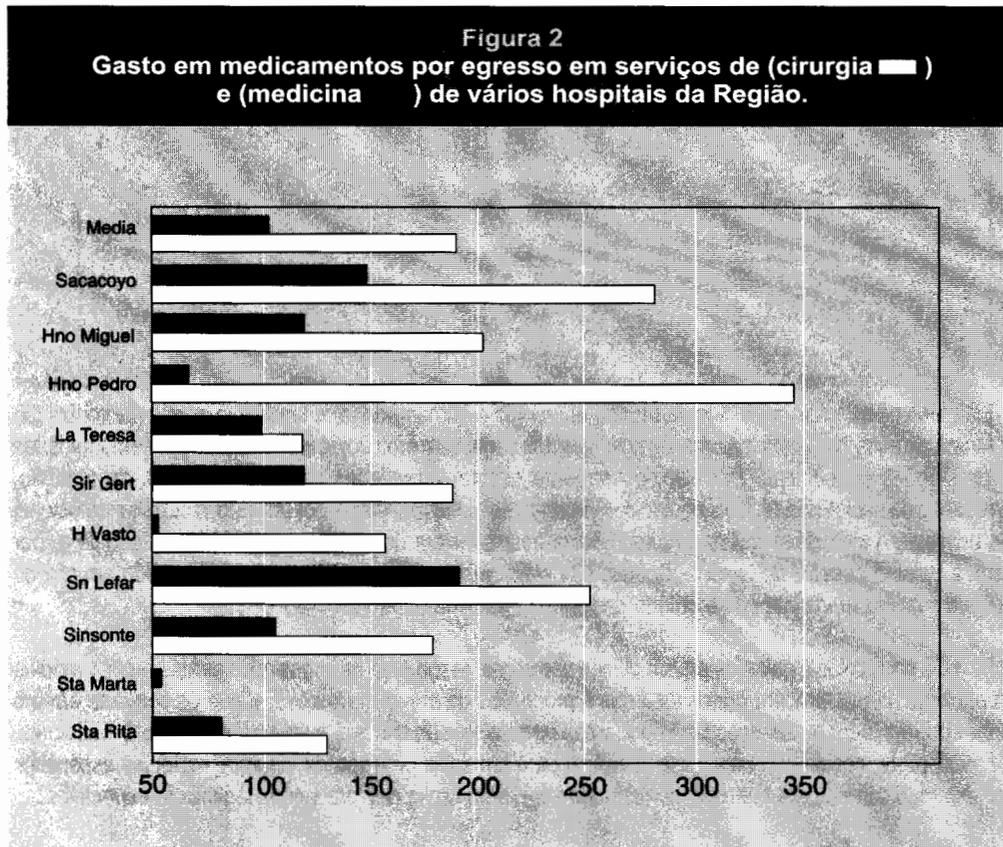
Frente a uma cultura de atuação em contextos institucionais caracterizados pela indiferença, a subjetividade ou a incerteza, os padrões, os protocolos e as guias práticas de atenção estabelecem parâmetros para atuar no espaço e no tempo. Neles, deve-se englobar a ação individual e coletiva da instituição para conseguir resultados ou produtos cujas características têm sido, previamente, estipuladas com clareza e objetividade.

Na ausência destes padrões, cada agente de prestação de serviços cria seu próprio padrão de atenção, isto é, seu próprio padrão ou protocolo que pode ou não coincidir com o estado atual do conhecimento e da tecnologia. De outra forma, não se explicam as marcadas variações na prática clínica, sob condições, aparentemente, similares. Nas seguintes figuras, é ilustrado o que ocorre quando se depende da iniciativa particular do médico para aplicar os padrões que lhe foram transmitidos durante sua formação universitária. No transcurso da vida profissional, são desenvolvidas nossas próprias concepções sobre a prática profissional, muitas vezes, em ausência de um padrão estandardizado que possa guiar as condutas técnicas. Daí as muitas frequentes variações substanciais, que são ilustradas a seguir a modo de exemplo (Figura 1).



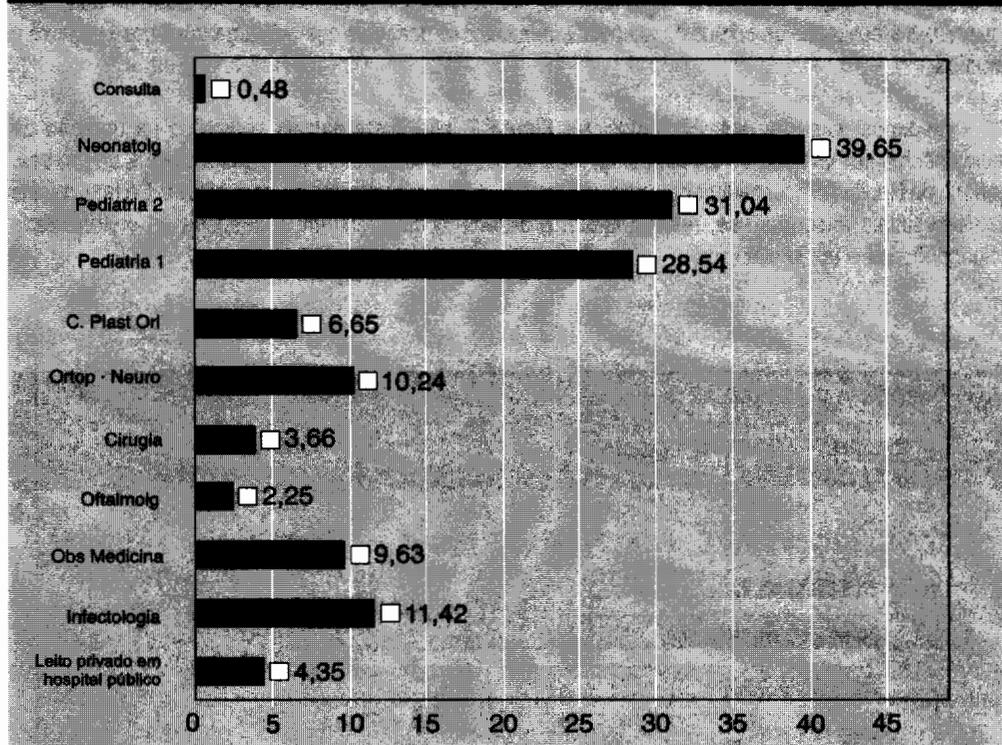
Dos padrões para a atenção direta e para outros processos auxiliares diagnósticos e terapêuticos, bem como dos administrativos, são gerados indicadores de insumos, processo e resultado que permitem avaliar a qualidade da atenção. A aplicação de métodos quantitativos confere uma característica especial aos êxitos na qualidade e os torna, objetivamente, verificáveis. De outra forma, a avaliação da qualidade reduzir-se-à a aplicação de critérios subjetivos e apreciações pessoais que tem uma frágil base objetiva e científica.

Vejam os somente dois exemplos. Na Figura 2, são ilustradas as variações na dotação de medicamentos por unidade de produção, na mesma especialidade, entre hospitais regionais de um país pequeno da Região, presumivelmente, com uma estrutura de necessidades muito similares. De fato, muitos destes hospitais encontram-se, relativamente, próximos, o que confirma a suspeita de uniformidade socioeconômica e epidemiológica.



Na Figura 3, é representado o uso de um instrumento crítico de diagnóstico, o serviço de laboratório clínico, entre os mesmos setores de população atendidos pelos hospitais regionais.

Figura 3  
 Porcentagem de exames de laboratório por consulta de um hospital pediátrico da Região. (Dados sig. 1999).



Mesmo que nos anos recentes tenha aparecido e aumentado uma tendência para a padronização na América Latina, a imensa maioria dos hospitais não conta com protocolos nem padrões para enfermidades de prestações específicas. Por isso, é freqüente escutar afirmações sobre a qualidade da atenção, carregadas de subjetividade. Dois obstáculos importantes observados são, por um lado, a cultura institucional que privilegia o individualismo na prática médica hospitalar em detrimento do trabalho em equipe e, por outro, a opinião pessoal do médico da mais alta hierarquia em prejuízo da medicina baseada em provas (*evidence based medicine*) como critério de validade e qualidade técnica.

Os protocolos e guias de prática clínica não somente regulam as ações mais diretas entre o médico e o paciente, como também outros insumos e processos da atenção sanitária, o que os converte em um parâmetro regulador de serviços tão importantes como a sala de cirurgia, o laboratório clínico, a radiologia. Por outra parte, constituem uma base científica para regular a provisão de insumos materiais essenciais (por ex., medicamentos e material médico-cirúrgico), bem como dos processos logísticos respectivos.

Os padrões podem ser administrativos ou clínicos, dependendo do campo em que se apliquem. Os padrões administrativos são declarações da qualidade esperada para o cumprimento das ações administrativas que se desenvolvem no hospital, e os clínicos, declarações da qualidade esperada e relacionada com os aspectos clínicos da atenção. Ambos os tipos de padrões, ao mesmo tempo, podem se referir a insumos, processos ou resultados.

### **Padrões de insumos (entradas)**

Os padrões de insumos (entradas) declaram as condições desejadas dos recursos do sistema de saúde, os requerimentos específicos de pessoal, políticas, planos, normas, procedimentos, equipamentos, local, móveis, materiais e insumos que sejam necessários para a entrega de serviços. Como exemplos, cabe citar os seguintes:

- a) Os medicamentos que forem comprados pela farmácia do hospital serão selecionados entre os que figuram na lista de medicamentos básicos aprovados pela direção.
- b) Todos os consultórios de consultas externas do hospital disporão, ao menos, de uma escrivaninha, uma cadeira para o profissional, duas cadeiras para os usuários, equipamento de diagnóstico, estetoscópio, formulários e material descartável.

### **Padrões de processo**

São normas de execução de processos de prática clínica ou procedimentos administrativos e gerenciais, cuja finalidade é reduzir as variações não-desejadas na prestação de serviços clínicos, técnicos, de apoio e administrativos. Por exemplo:

- a) Em toda paciente de parto deverá ser preenchido e representado, graficamente, com clareza, o partograma em todas as suas seções, e este será utilizado como instrumento de apoio na tomada de decisões.
- b) Toda ordem de compra aprovada até uma quantia prefixada deverá ter as assinaturas de autorização do diretor financeiro e do diretor do hospital.

### **Padrões de resultados**

São aquelas declarações que, geralmente, se referem aos resultados diretos de um processo, mesmo que, às vezes, se podem consignar os efeitos indiretos sobre os clientes ou os impactos mais indiretos sobre a comunidade em geral. Por exemplo:

- a) 100% de usuários estarão satisfeitos com a atenção médica recebida na consulta externa do hospital.
- b) Todas as crianças menores de 5 anos da área de influência estarão vacinadas com terceiras doses de vacina DPT.

**Quadro 1**  
**Taxonomia dos padrões.<sup>11</sup>**

<b>Padrões por</b>		
<b>Componente do sistema</b>	<b>Campo de ação</b>	
	<b>Administrativo</b>	<b>Clínico</b>
<b>Insumo</b>	Políticas administrativas * Políticas dos departamentos * Regulamentos e disposições para o pessoal	* Descrições de funções * Descrições de equipes
<b>Processo</b>	Procedimentos operativos padronizados	* Algoritmos clínicos-cirúrgicos * Mapas de atenção * Pautas de prática clínica * Procedimentos * Protocolos
<b>Resultado</b>	Resultados administrativos	Resultados Clínicos ou de satisfação do usuário.

Como é freqüente encontrar numerosos termos associados com o conceito básico de padrão, a seguir são definidos alguns deles, usados com maior freqüência:

*Campo administrativo. Procedimentos operativos padronizados.* São processos de gestão que descrevem as etapas cronológicas que têm que se seguir e as decisões a serem tomadas na realização de uma tarefa ou desempenho de uma função. Sinônimo: procedimentos de gestão.

*Regulamentos.* Uma ou mais declarações ou instruções que especificam as decisões e as ações que devem ser seguidas em situações específicas. Sua omissão acarreta, freqüentemente, uma sanção ou conseqüência.

*Campo clínico.* Especificações: declaração explícita das características requeridas para um insumo utilizado no sistema de atenção à saúde; geralmente relacionam-se com os fornecimentos, equipamento e estruturas físicas empregadas na prestação dos serviços de saúde.

*Descrições de funções.* Um documento que esboça o papel e as responsabilidades de um cargo concreto; costumam mencionar o propósito do cargo, bem como as qualificações requeridas para desempenhá-lo.

*Algoritmo.* Estratégias recomendadas para a gestão de pacientes e desenhadas para dirigir a tomada de decisões (por ex., diagrama estruturado, árvore de decisões ou matriz de decisões).

*Trajetórias clínicas.* São as ferramentas de gestão da atenção ao paciente que permitem organizar, determinar a seqüência e regular as grandes intervenções do pessoal de enfermagem, médico e dos departamentos em um paciente concreto (por ex., a atenção do parto ou uma intervenção cirúrgica como a histerectomia). Sinônimos: rumo crítico, mapa de atenção.

*Diretrizes da prática clínica.* Constituem enfoques elaborados, sistematicamente, e, com freqüência, baseados em provas científicas, cuja finalidade é ajudar os médicos a tomar decisões relacionadas à atenção à saúde, apropriada em circunstâncias clínicas específicas. Sinônimos: diretrizes de práticas, diretrizes, parâmetros de práticas.

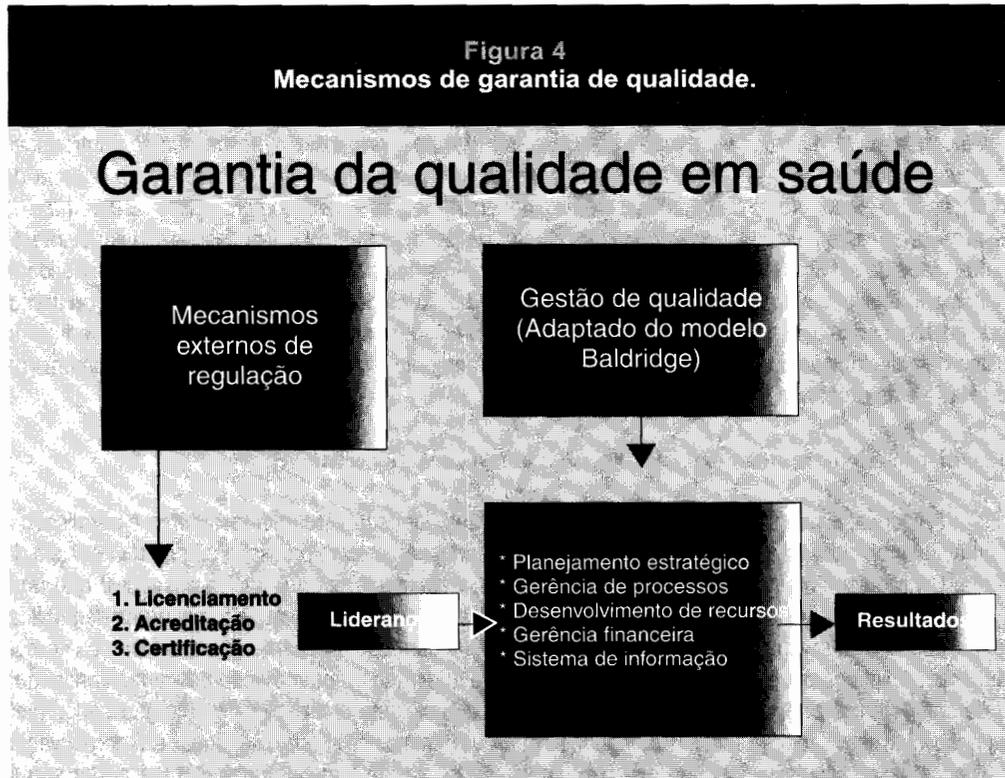
*Normas.* Um termo utilizado em várias regiões do mundo como sinônimo de padrão.

*Protocolo.* Um plano ou seqüência de etapas e instruções que se devem seguir em um estudo, uma pesquisa, uma intervenção cirúrgica ou um tratamento específico.

## **A garantia da qualidade**

Uma vez estabelecidos os espaços do *que fazer* e de *como fazê-lo* com relação à qualidade da atenção, o seguinte momento metodológico consiste em conseguir que esta qualidade se garanta operativamente. Para isso, os sistemas de saúde dispõem de dois tipos de mecanismos, que são ilustrados na Figura 4:

- a) Mecanismos de regulação *externa* da qualidade, que, geralmente, atuam desde o exterior das instituições que prestam serviços.
- b) Mecanismos de gestão *interna* da qualidade, que são desenvolvidos a partir de dentro da instituição.



Mesmo que pareça óbvio, é muito importante assinalar que a qualidade é garantida mediante a aplicação sinérgica de ambos os tipos de mecanismos. Um enfoque que privilegie um deles e esqueça o outro é incompleto e ineficaz. Por exemplo, na atualidade, é freqüente apreciar o interesse que tem despertado os mecanismos de regulação externa, especialmente a acreditação, no marco da necessidade de qualificar novos provedores potenciais de serviços que obtenham fundos que até agora somente eram destinados ao setor público. No entanto, a simples qualificação do grau de cumprimento de um conjunto de padrões não garante a qualidade da atenção, se esta não é acompanhada de um esforço planejado de gestão da qualidade que permita atuar sobre as debilidades que sejam detectadas.

Um aspecto crucial para garantir que a qualidade seja mantida e seja superada é o grau e o tipo de incentivos que o hospital (como parte do sistema de serviços) oferece em relação aos níveis elevados de qualidade. Se não existem incentivos adequados e suficientes, é muito provável que a qualidade seja deteriorada. Geralmente, os possíveis incentivos associados à qualidade poderiam ser entendidos como incentivos de caráter econômico, ético, de satisfação profissional e baseados nos mecanismos de controle externo.

Cabe esperar que, em boa parte de nossas sociedades, os mais poderosos sejam os primeiros. Quando os serviços de saúde são oferecidos no marco da lógica do mercado, estes incentivos atuam sob o modelo simplificado que diz que quanto **melhor qualidade, mais cliente; a mais clientes, mais ingressos econômicos**. Este paradigma, no entanto, não funciona quando nos localizamos nos serviços públicos,

cujo financiamento não está associado como volume de serviços produzidos, senão, por exemplo, com orçamentos anuais alocados historicamente ou sob a base do número de leitos, como é ainda o caso de numerosos hospitais na América Latina. Nestas circunstâncias, produz-se, às vezes, um mecanismo perverso dissuasório da qualidade, já que os níveis mais elevados de qualidade significam, para o pessoal, *a melhor qualidade, mais usuários, mais trabalho, com o mesmo orçamento e o mesmo salário*. A introdução de novos mecanismos de financiamento de hospitais com fundos públicos – baseados no volume de produção e no cumprimento de padrões e metas e denominados, às vezes, *compromissos ou contratos de gestão* – estabelecem uma lógica diferente que abre um espaço para introduzir incentivos de financiamento da qualidade do serviço. Não obstante, é necessário e urgente que ao tema e os mecanismos da qualidade se incluam, explícita e conscientemente, nas novas modalidades de financiamento, pois, caso contrário, pode acontecer que o objetivo de cumprir metas quantitativas nos contratos de gestão seja obtido reduzindo custos pela diminuição da qualidade em vez de fazê-lo, aumentando a produção derivada do aumento da qualidade e da demanda.

### **Mecanismos de regulação externa: licença, acreditação e certificação<sup>1 2</sup>**

A licença. É um processo mediante o qual uma autoridade governamental outorga a permissão a um médico individual ou a uma organização de saúde para exercer uma profissão ou prestar serviços de saúde. Os regulamentos da licença são estabelecidos, geralmente, com o fim de assegurar que uma organização ou uma pessoa cumpra os padrões mínimos para proteger a saúde e a segurança pública. Os indivíduos costumam receber a licença após aprovar algum tipo de exame ou de dar provas de sua educação. A licença pode ser renovada periodicamente, superando uma prova de educação continuada ou de competência profissional. A licença para organizações como os hospitais é outorgada após uma inspeção local para saber se esta tem cumprido os padrões mínimos de saúde e segurança. A conservação da licença é um requisito contínuo que a organização de saúde tem que cumprir para poder seguir funcionando e oferecendo cuidado ao paciente.

A acreditação. É um processo formal por meio do qual uma classe reconhecida, geralmente uma organização externa à instituição a ser acreditada, valoriza e reconhece que uma organização de saúde cumpre padrões publicados, aplicáveis e prestabelecidos. Os padrões de acreditação costumam considerarem-se ótimos e factíveis e têm sido desenhados para fomentar a melhoria contínua dentro de organizações acreditadas. A decisão com respeito à acreditação de uma organização específica de saúde é tomada após efetuar uma avaliação local e periódica realizada por uma equipe de colegas e é, tipicamente, aplicada a cada três anos. A acreditação é, com freqüência, um processo voluntário no qual as organizações decidem participar, em vez de ser exigido por leis e regulamentos.

A certificação. É um processo por meio do qual uma classe autorizada, seja uma organização governamental ou não-governamental, avalia e reconhece uma pessoa ou uma organização porque cumpre os requisitos ou critérios preestabelecidos. Apesar de os termos acreditação e certificação serem utilizados como sinônimos com freqüência, a acreditação faz referência a organizações, enquanto que a certificação pode ser aplicada a pessoas individuais e a organizações. Quando é aplicada a profissionais individuais, a certificação costuma implicar que o indivíduo tem recebido educação e capacitação adicionais e tem demonstrado competência em uma área de especialização, superando os requisitos mínimos para obter a licenciatura. Um exemplo de tal processo de certificação é um médico que tem sido certificado pelo colégio de especialização profissional para exercer obstetrícia. Quando é aplicada a uma organização ou a uma parte dela, como o laboratório, a certificação costuma indicar que a organização tem serviços, tecnologia ou capacidade adicionais, além do que se encontra em organizações similares.

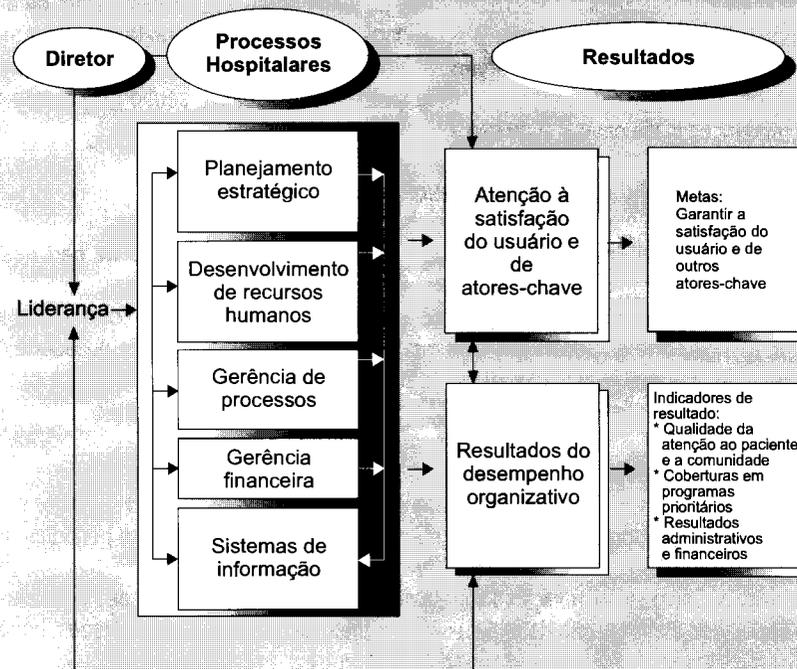
### Mecanismos internos: a gestão da qualidade da atenção em saúde

A qualidade não aparece por si só na atenção, nem se consegue por inércia. Também não é um instrumento ou um pacote que é comprado ou instalado e desinstalado, nem é suficiente o fato de avaliá-la ou de ter a vontade firme de melhorá-la. Para conseguir a qualidade, é necessário exercer uma clara liderança na alta direção das organizações de saúde e utilizar métodos de gestão adequados.

Requerem-se ações sistemáticas, contínuas e deliberadas para conseguir qualidade. Esse conjunto de ações denomina-se gestão da qualidade. Em virtude desta gestão, as instituições e os hospitais, quaisquer que sejam seus tamanhos e seus níveis de complexidade, devem revisar, profundamente, seus sistemas da atenção, pois neles estão os fatores fundamentais da boa ou da má qualidade, e desenhar e implantar sistemas de gestão da qualidade, adaptados as suas cambiantes necessidades específicas.

A gestão da qualidade é um método de gestão administrativa que é dividida em quatro temas: 1) compreensão dos requerimentos e expectativas dos usuários; 2) compreensão do processo de prestação dos serviços; 3) avaliação do desempenho; e 4) um método de trabalho em equipe para assegurar a melhoria contínua dos processos. A Figura 5 mostra um modelo de gestão da qualidade, que tem sido adaptado pelo Projeto de Garantia da Qualidade (QAP) do Modelo de Excelência Baldrige.

**Figura 5**  
**Modelo de gestão da qualidade no hospital.**



**Fonte:** Modificado de Ashton J. Monitoring the quality of hospital care. The Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center of Human Services; 2000

### **Planejamento estratégico para a qualidade<sup>1,3</sup>**

Como no Capítulo 6 deste livro foi abordado o tema do planejamento estratégico em detalhe, a presente seção será breve. Recomenda-se ao leitor que revise tal Capítulo para aprofundar outros aspectos deste planejamento.

Todos os hospitais trabalham em ambientes variáveis e pouco previsíveis. Não obstante, para que a gestão da qualidade em um hospital tenha sucesso, sua direção deverá procurar a maneira de fazer frente a estes cenários e adaptar-se a mudanças e a incertezas no futuro. O planejamento é um instrumento que emprega a gerência para traçar seu rumo e se adaptar a mudanças. Se o hospital não planeja suas ações, em pouco tempo dependerá, em boa medida, da sorte e do estímulo que tenha tomado anteriormente. Se o hospital quer manter o rumo e ter sucesso, indiscutivelmente, deverá fazê-lo; caso contrário, tão-somente realizará ações defensivas espontâneas para solucionar cada problema. Por conseguinte, o planejamento estratégico é um processo mediante o qual o hospital analisa seu ambiente interno e externo; pergunta por sua razão de ser no centro da comunidade a qual pertence; e expressa sua finalidade, suas metas, objetivos e estratégias para alcançar o bem-estar e a saúde da população inscrita. Isto significa que as decisões que sejam tomadas no hospital no presente produzirão resultados úteis para a comunidade no futuro.

O plano estratégico deve ser contemplado, então, como um instrumento que guie e permita definir as características do hospital para construir o futuro que se deseja para o serviço em relação ao meio ou ambiente em que se encontra. O planejamento obriga o hospital a formular e a dar a devida resposta a esta pergunta: que decisões devem ser tomadas hoje para estarmos preparados para o amanhã?

O planejamento estratégico está relacionado ao longo prazo e é, relativamente, geral; centra-se em planos amplos e duradouros; assegura a efetividade e a sobrevivência do hospital por muitos anos; estabelece, tipicamente, a finalidade da organização hospitalar; e descreve um conjunto de metas ou objetivos e as estratégias para alcançá-las. No entanto, não é estática, senão dinâmica e cambiante; adapta-se a mudanças institucionais e de seu ambiente.

### **Gerência da qualidade dos processos de atenção**

#### **O controle da qualidade dos processos: medição do cumprimento de padrões mediante indicadores**

O controle da qualidade é a medição do desempenho de um processo por meio de indicadores que ajudam a: a) vigiar que as declarações da qualidade esperada (padrões de qualidade ou normas) sejam cumpridos segundo o estipulado; b) verificar o êxito dos objetivos propostos; e c) desenvolver atividades de melhoria ou redesenho de processos correspondentes.

#### ***Estratégias operativas para o controle da qualidade***

1. Monitorização. É a verificação sistemática e periódica do cumprimento de padrões selecionados, medida por indicadores. Efetua-se por meio da recopilação e da análise periódica de dados de registro contínuo.
2. Avaliação. Consiste na medição concreta de indicadores para conhecer seu valor atual. Executa-se analisando a informação de registros ou por meio de pesquisas, observações, entrevistas, etc.

Algumas etapas metodológicas gerais para desenvolver um sistema de monitorização de indicadores da qualidade em um hospital são:

- Elaboração de padrões para os processos prioritários.
- Identificação dos indicadores-chave.
- Estabelecimento de um mecanismo regular para obter dados e processá-los.
- Análise da informação.
- Identificação de problemas.

Com fins didáticos, podem ser identificados, ao menos, dois níveis de agregação dos processos que têm que ser controlados ou monitorizados em um sistema de serviços de saúde ou em um hospital:

1. Nível de maior agregação de processos (nível estratégico do monitoramento da qualidade). Neste nível, insiste-se nos resultados globais de alguns processos e insumos-chave agregados. Corresponde à responsabilidade das autoridades de direção: nacional, estadual, departamental, provincial ou de um hospital. No nível de maior agregação de processos, os acontecimentos da vida das pessoas que oferecem informações sobre os resultados do processo de atenção estão incluídos nos sistemas de informação convencionais. Estes acontecimentos são, por exemplo, falecimentos, nascimentos ou egressos hospitalares. Não obstante, na maior parte das vezes, esta informação não permite avaliar diretamente a qualidade da atenção dos serviços de saúde. Alguns objetivos do sistema de monitorização neste nível são os seguintes:

- Medir o desempenho global do processo.
- Comparar o desempenho do processo com os objetivos de um programa.
- Atuar sobre as diferenças entre o desempenho e os padrões (normas).
- Comparar o desempenho do processo entre unidades de produção.
- Consolidar a informação sobre o desempenho do processo das diversas unidades de um sistema.

2. Nível de menor agregação dos processos (nível operativo da monitorização da qualidade). Neste nível, destaca-se o desempenho do processo em si, a avaliação de insumos, produtos, resultados-chave e o cumprimento de padrões (normas). É responsabilidade de quem maneja diretamente um processo, do qual geram e analisam informação para a monitorização. Estes costumam ser níveis de gerência intermediária: chefias de serviços, departamentos, área, programa ou equipes de gestão da qualidade no nível de processos. O objetivo básico do sistema de monitorização de indicadores da qualidade a este nível é vigiar que o desempenho dos processos seja executado de acordo com o padrão.

Se pretende avaliar, diretamente, a qualidade da atenção dos serviços, é necessário monitorar o desempenho de processos desagregados, utilizando sistemas de registro que permitam obter dados com regularidade. Estes acontecimentos podem ser, por exemplo, tempos de espera, satisfação de usuários, cumprimento de padrões clínicos, disponibilidade de insumos, equipamentos e infra-estrutura, etc. A cada um destes níveis corresponde um tipo de indicador e um sistema específico de registro de dados.

Algumas características gerais de um sistema de monitorização, baseado em indicadores da qualidade, são as seguintes:

- Obter informação por meio de sistemas de registro contínuo de dados, se possível, utilizando o sistema de informação vigente e sem criar sistemas de informação especiais ou verticais.
- Dependem o menos possível de pesquisas ou estudos concretos.
- Requerer um processamento estatístico simples.
- Concentrar-se na medição de processos e resultados relevantes.

- Identificar as mudanças que foram produzidas com o tempo nos valores dos indicadores.
- Dispor de um esquema de interpretação dos resultados.
- Oferecer informação para a tomada de decisões.

A definição de um sistema de monitorização deve considerar as funções atuais dos funcionários do sistema local e nacional de saúde e evitar a duplicação de esforços, e que a carga de trabalho supere a carga atual. É necessário que os níveis que utilizarão a informação aportada pelo sistema de monitorização e os níveis que devem gerar, processar e analisar o dado em primeira instância, tenham uma clara consciência de seu uso e necessidade e, portanto, comprometam seu apoio político para sustentar, tecnicamente, o sistema.

Na medida em que algumas funções do pessoal dos serviços possam ser definidas e desenhadas, é necessário dispor de um plano de comunicação sobre as mudanças a serem introduzidas no sistema de monitorização de indicadores da qualidade. Além disso, deve-se estimar os custos correspondentes às atividades de monitorização e sua manutenção.

O sistema precisa contar com os instrumentos de coleta de informação adequados para produzir os dados com que devem ser construídos os indicadores, para o qual é necessário desenhar ou revisar os formulários correspondentes. O pessoal que participa na geração e na coleta dos dados deverá ser capacitado convenientemente. As fontes de dados (fichário clínico como uma das mais importantes) deverão ser preenchidas adequadamente, sendo necessário avaliar a necessidade de oferecer capacitação adicional ou de organizar um sistema de supervisão que permita melhorar a qualidade do registro.

O processamento da informação obtida poderia ser manual, o que não exclui a possibilidade de processá-la eletronicamente. A informação deveria ser analisada nas mesmas unidades de produção de serviços que as geram e processam, mediante representação gráfica simplificada. Por último, a análise será específica para cada nível de gestão da qualidade no sistema de serviços de saúde, e os resultados da monitorização deverão permitir um processo de tomada de decisões.

#### **A melhoria da qualidade dos processos<sup>14</sup>**

O controle da qualidade dos processos, da forma que tem sido descrito, poderá deixar claras brechas entre o desempenho ideal do processo e seu desempenho real medido por meio de indicadores. Por exemplo, no processo de atenção ao parto, um padrão estabelece que deverá ser medida a frequência do batimento cardíaco fetal a cada trinta minutos. No entanto, estabelece-se que no hospital de que se trate, no conjunto dos partos atendidos durante um mês determinado, somente 45% cumpriu o padrão. Esta brecha ou discrepância confirma a existência de um problema na qualidade da atenção, que exige empreender uma atividade para melhorá-la.

O enfoque tradicional de auditoria médica não serve para este propósito. Para isso, é necessário realizar um trabalho participativo baseado em uma análise crítica e construtiva que conduza a um claro entendimento dos problemas, de suas possíveis causas e possíveis soluções. Esta tarefa inclui mecanismos de comunicação, criação de espaços de análise e debate e emprego de métodos sistemáticos para conseguir que seja produtivo.

No passado, acreditava-se que a melhoria consistia, principalmente, em agregar coisas novas, como uma nova máquina, procedimento, capacitação ou fornecimentos. Considerava-se que a disponibilidade de um maior número destes recursos ou insumos melhoraria a qualidade. Posteriormente, foi compreendido que o aumento dos recursos nem sempre assegura a melhoria da qualidade da atenção. Por exemplo, pensava-se que somente a compra de uma nova máquina de diagnóstico em um hospital seria melhor. Porém, para que a máquina produza melhorias, os empregados precisam ser capacitados

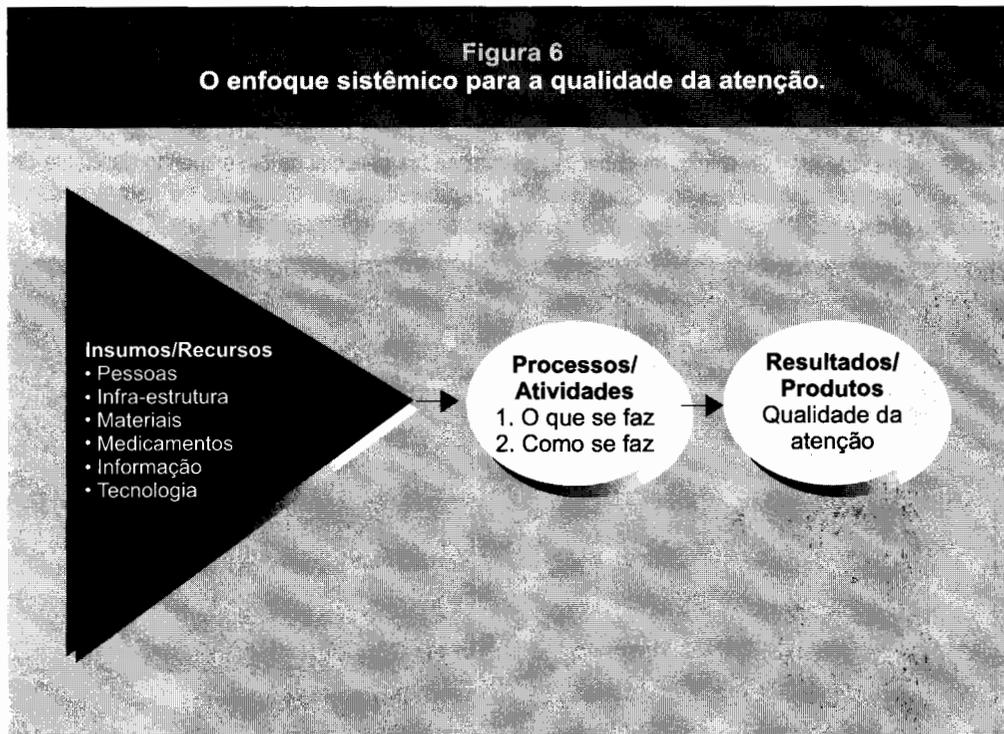
para utilizá-la e os pacientes devem ter acesso aos serviços proporcionados por ela. Portanto, a melhoria da qualidade implica não somente adicionar novos recursos a um sistema, senão, sobretudo, efetuar mudanças em uma organização para fazer o melhor uso dos recursos.

A inspeção dos principais processos ou atividades é outra forma como a gerência tem identificado e resolvido problemas, aumentando o controle do pessoal e localizando erros. Esta filosofia de melhoria da qualidade teve um sucesso limitado, porque não identificava, necessariamente, as barreiras que se interpunham à melhoria nem gerava o apoio dos trabalhadores que se mostravam resistentes à avaliação.

A atual filosofia de melhoria da qualidade examina *a forma* como as atividades podem mudar para que os empregados façam melhor seu trabalho. Por exemplo, um desempenho deficiente dos empregados pode dever-se à falta de fornecimentos, processos ineficientes, capacitação ou guia insuficiente e não necessariamente a erros dos empregados individuais que trabalham nestas circunstâncias.

#### ***O enfoque sistêmico: um conceito fundamental para a melhoria***

A filosofia em que se baseiam os enfoques de melhoria da qualidade apresentados neste documento reconhece que há que se abordar, no modelo sistêmico, tanto os insumos ou recursos, como os processos ou atividades realizados, com objetivo de garantir resultados ou produtos de qualidade e melhorar a atenção. A Figura 6 mostra como os insumos e os produtos determinam o resultado desejado: a qualidade da atenção.

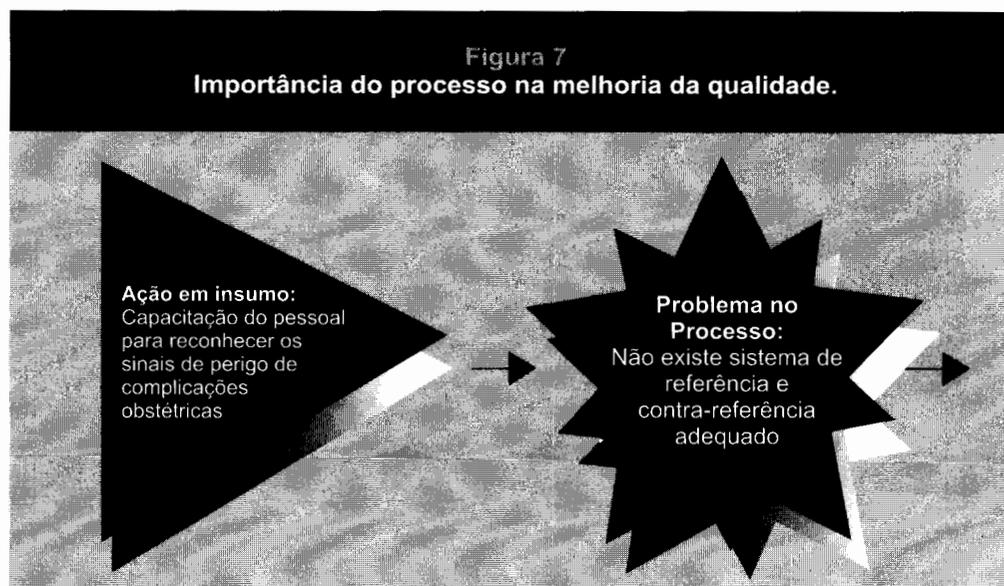


Assegurar os recursos (pessoas, infra-estrutura, materiais, medicamentos, informação e tecnologia) é uma forma de melhorar o que *entra* na provisão dos serviços. No entanto, a melhoria da qualidade centra-se, principalmente, em como otimizar a operação destes recursos combinados, ou seja, os processos, para conseguir qualidade na provisão da atenção.

Os processos incluem dois componentes principais: que processo se faz ou se executa e como isso se dá; portanto, a melhoria poderá ser obtida abordando um ou ambos destes componentes. O impacto mais poderoso se dá ao abordar, ao mesmo tempo, a decisão sobre que processo ou passos serão executados diante de uma situação (algoritmos, guias clínicas, protocolos de atenção, etc.) e a forma como se presta a atenção na realidade (execução dos protocolos ou passos de procedimentos, aplicação de normas clínicas, etc.). Esta filosofia de melhoria leva as organizações a serem mais eficientes e capazes de proporcionar atenção de qualidade com maior acesso, dilapidar menos recursos e, com frequência, reduzir o gasto.

Citando a DM Berwick, cada sistema está perfeitamente desenhado para conseguir exatamente os resultados que consegue. Esta frase incorpora a idéia central moderna da melhoria da qualidade. O desempenho é uma característica de um sistema; por conseguinte, para alcançar um nível diferente de desempenho, é essencial efetuar mudanças no sistema. Os sistemas mal desenhados estão expostos a ineficiências e a má qualidade. Se um sistema não muda, seguirá obtendo os mesmos resultados.

Os enfoques de melhoria da qualidade identificam partes desnecessárias, redundantes ou omitidas nos processos e tratam de melhorar a qualidade, esclarecendo ou simplificando os procedimentos. A mudança efetiva deve ter em conta como são coordenadas as partes de um sistema e como são vinculadas entre si. Como nem toda mudança é, necessariamente, uma melhoria, as mudanças deverão ser submetidas a provas, e serão estudadas ou medidas para averiguar se melhora a qualidade da atenção. Por exemplo, as mudanças nas atitudes e o conhecimento do pessoal mediante a capacitação somente produzirão melhoria na medida em que a falta de capacitação for a causa principal do desempenho deficiente do processo. Caso contrário, serão abordados também os problemas nos processos ou nem o pessoal capacitado poderá realizar seu trabalho otimamente. Este caso se exemplifica na Figura 7.



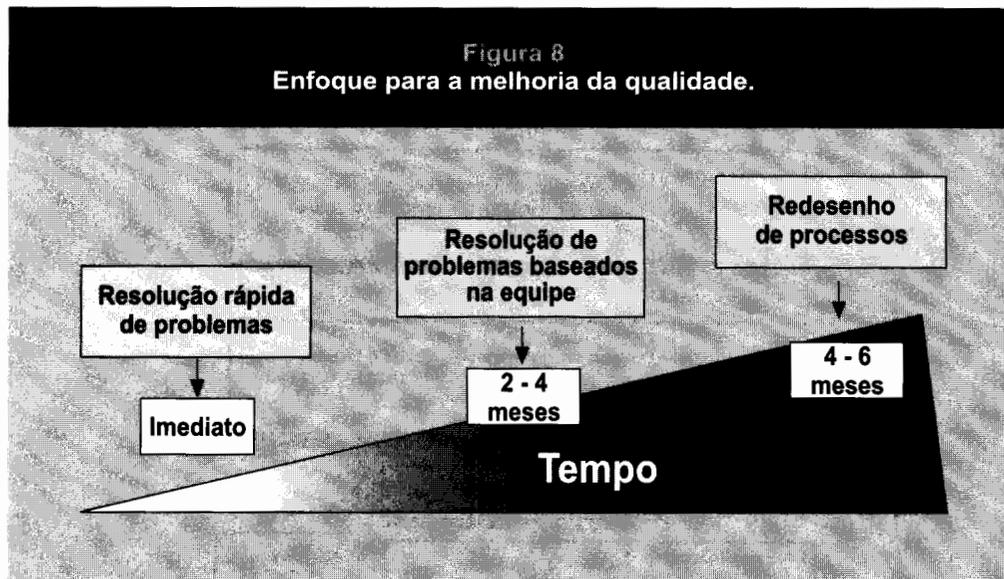
Em síntese, é importante lembrar que no conceito de melhoria da qualidade:

1. O desempenho é uma característica do desenho do sistema.
2. Os insumos de um sistema produzem melhoria somente na medida em que podem afetar o modo em que são realizadas as coisas.
3. As mudanças devem abordar partes individuais de um sistema: insumos, processos, resultados e também os vínculos entre eles.

### ***Enfoques metodológicos para a melhoria da qualidade***

Os enfoques que podem ser utilizados para a melhoria da qualidade são: a) a resolução rápida de problemas; b) a resolução de problemas baseada em equipes; e c) redesenho dos processos. A decisão de utilizar um ou outro enfoque dependerá da complexidade dos problemas que afetam a qualidade. Alguns deles referem-se a processos centrais e será necessário efetuar uma pesquisa extensa, enquanto que outros são mais simples e podem ser revolidas mais rapidamente, às vezes, somente com ações administrativas.

A complexidade dos problemas que afetam a qualidade e, em conseqüência, o enfoque de melhoria de escolha, demandarão um investimento de tempo e recursos diferentes para cada um deles. Enquanto o enfoque de resolução rápida de problemas não requer investimento de tempo, pois não demanda análise nem organização do esforço de melhoria, o enfoque baseado em equipes pode requerer um investimento de dois a quatro meses, e o de redesenho dos processos até seis meses nas condições habituais em que é realizado o trabalho dos hospitais, como ilustra a Figura 8.



Todos os enfoques para a melhoria da qualidade compartilham quatro etapas:

1. Identificar a oportunidade de melhoria ou o problema.
2. Analisar o problema identificando suas causas principais.
3. Desenvolver possíveis intervenções para introduzir melhorias.
4. Implantar as intervenções.

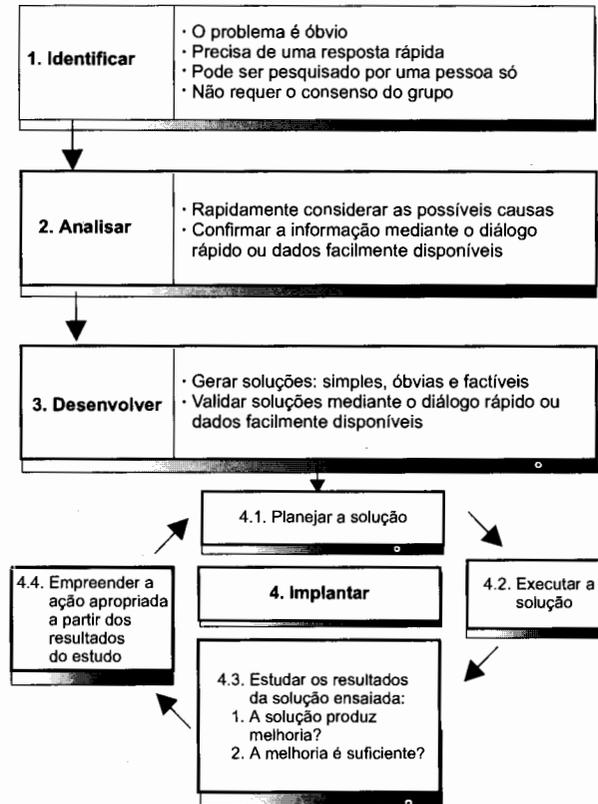
Mesmo que todos os enfoques compartilhem estes quatro passos, cada um deles é diferente em relação ao rigor e à intensidade dos recursos precisados.

***O enfoque de resolução rápida de problemas***

Este enfoque é adotado quando o problema que tem que ser solvido é óbvio ou evidente; precisa de uma resposta muito rápida; suas causas não exigem obter dados para sua compreensão; a solução ou as intervenções necessárias para resolvê-lo são conhecidas e claras; e não se requer o consenso de uma equipe para intervir. Com freqüência, o reconhecimento deste tipo de problema e a aplicação deste enfoque são realizados por uma pessoa só, como parte de suas atividades de trabalho habituais, porém, também pode ser o produto de um esforço consciente de identificação de problemas por parte de uma equipe, que identifica alguns deles como suscetíveis de serem resolvidos por meio deste enfoque.

É possível que, nas primeiras etapas da introdução de atividades de melhoria da qualidade na América Latina, tenha havido a tendência em resolver a maioria, senão a totalidade dos problemas identificados mediante a aplicação de enfoques mais complexos. No entanto, muitos participantes nestes esforços prematuros têm-se surpreendido ao encontrar que boa parte dos problemas detectados é solucionada de uma forma mais eficiente, aplicando o enfoque de resolução rápida. A seguir, é apresentado um modelo deste enfoque.

**Esquema 1**  
**Enfoque da resolução rápida de problemas.<sup>18</sup>**



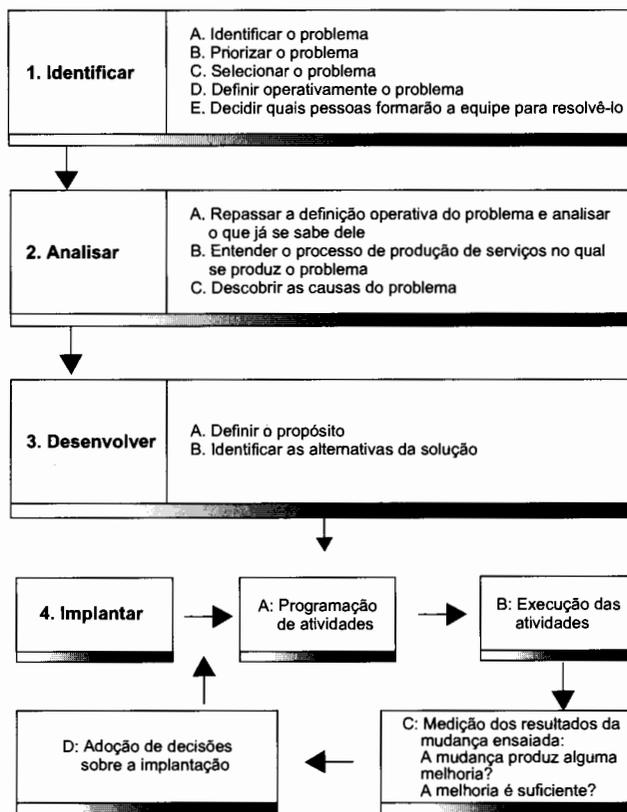
### O enfoque de resolução de problemas baseada em equipes

Este enfoque é adequado quando se trata de um problema de maior complexidade, no qual não está claro quais são suas causas nem as melhores intervenções que se tem que realizar. Por isso, para aplicá-lo, cria-se uma equipe de melhoria da qualidade, que deverá agrupar as pessoas que trabalham mais próximas do problema e conhecem-no mais profundamente. Como a maioria dos problemas operativos identificados tem suas raízes além dos limites de um só departamento ou seção do hospital, é melhor que uma equipe de melhoria esteja integrada por indivíduos que lidam com o problema sob diferentes departamentos do hospital. Assim, estas equipes deverão ser multidisciplinares, ou seja, estarão integradas não somente por médicos ou enfermeiras, senão também por diversas áreas do pessoal que têm a ver com a operação do processo afetado pelo problema. É freqüente e desejável que também os usuários externos possam formar parte destas equipes, mesmo que, às vezes, esta não seja a única nem a melhor maneira de garantir que a perspectiva do usuário externo esteja presente na análise. Por exemplo, se o problema consiste em tempos de espera demasiado longos em uma sala de urgências do hospital, a equipe de melhoria da qualidade correspondente poderia estar integrada por médicos, enfermeiras, auxiliares, maqueiros, motorista da ambulância, empregado responsável do acesso à porta de urgências e também por pessoal do laboratório, de radiologia e do banco de sangue.

O enfoque de resolução de problemas baseado em equipes compreende os mesmos passos lógicos que o enfoque de resolução rápida. No entanto, sua complexidade é maior e as ferramentas que utiliza são diversas. A natureza e os limites da extensão deste livro não permitem analisar, profundamente, estas ferramentas; por isso, limitar-nos-emos a mencioná-las.

Assim, na etapa de *identificação*, o problema pode ser identificado: 1) mediante indicadores de cumprimento de padrões, a partir do processo de monitorização regular da qualidade, que está baseado, principalmente, na revisão de fichários clínicos e de outros documentos, registros escritos ou medições *ad hoc*; 2) por meio de métodos de observação direta dos processos, nos quais é freqüente usar listas de comprovação (*check lists*); 3) realizando pesquisas de satisfação de usuários externos ou internos; ou 4) por meio de métodos de consenso baseados na opinião dos usuários ou dos empregados do hospital. Na etapa de *priorização e seleção do problema*, pode ser utilizada uma matriz de seleção baseada em critérios múltiplos de prioridade. Para a *análise do problema e suas causas*, costuma ser útil empregar, por exemplo, o diagrama de fluxo e o diagrama de Ishikawa, também conhecido como espinha de peixe. Para o *desenvolvimento de intervenções e sua implantação* costumam utilizar técnicas de apoio ao pensamento criativo, como a técnica do sonho, matrizes de programação de atividades, diagramas de Gantt, etc.<sup>19</sup> A seguir, é apresentado um modelo que inclui os passos metodológicos para aplicar este enfoque.

## Esquema 2 Enfoque da resolução de problemas baseada em equipes.<sup>18</sup>



### *O redesenho dos processos<sup>15</sup>*

Os esforços de melhoria da qualidade reconhecem que existem diferenças entre os serviços proporcionados e as expectativas do usuário do serviço. Estes enfoques de melhoria tratam de reduzir estas diferenças e de melhorar a qualidade da atenção para satisfazer às necessidades dos usuários.

O redesenho de processos é um enfoque metodológico da gerência de processos no qual são modificados processos em saúde com objeto de satisfazer aos desejos e aos requisitos dos usuários internos e externos sem ignorar as exigências que impõem a qualidade técnica.

Quando deve ser utilizado o redesenho de processos?

1. Quando o problema identificado revela um processo que é realizado como resultado de modificações parciais *ad hoc* que se tem acumulado por conveniências circunstanciais, não em resposta a necessidades claras dos usuários externos ou internos. O resultado é um processo ilógico, ineficiente, com redundâncias, às vezes invisíveis, que não satisfazem às necessidades nem os requisitos.

2. Quando o nível de desempenho encontra-se muito longe do nível desejado.
3. Quando se produz uma mudança importante devido a fatores organizativos, tais como: redução de pessoal, introdução de novas habilidades profissionais ou introdução de novas tecnologias.

### ***Etapas metodológicas do redesenho de processos***

Para o redesenho de processos propõe-se seguir nove etapas, algumas das quais incluem subetapas que deverão ser cumpridas sistematicamente para consolidar um bom redesenho:

1. Seleção e delimitação do processo que tem que ser redesenhado.
2. Identificação dos usuários externos e internos no processo selecionado.
3. Identificação dos requerimentos dos usuários:
  - 3.1. Coleta de informação sobre os requerimentos dos usuários.
  - 3.2. Lista dos requerimentos dos usuários.
4. Definição da finalidade do novo desenho e da forma de medir seu cumprimento.
5. Identificação dos elementos-chave do novo desenho, vinculando-os com os requerimentos dos usuários.
6. Criação de um diagrama de fluxo do novo processo.
7. Descrição escrita do novo desenho seguindo a seqüência dos blocos do processo e incluindo o desenvolvimento de todos os elementos-chave selecionados.
8. Prova contra possíveis erros: avaliação em cada um dos passos do processo, do que pode falhar e das soluções alternativas.
9. Planificação da implantação e identificação dos recursos que se precisam para pôr em funcionamento o novo desenho.

### **A estrutura organizativa da gestão da qualidade<sup>16</sup>**

Ainda que pareça não existir uma única receita para conformar a estrutura organizativa da gestão da qualidade, é indispensável delimitar, claramente, os papéis e as responsabilidades na aplicação destas atividades, bem como prover orientação global técnica e saber quem são os encarregados de dar contas sobre diferentes áreas de trabalho. Portanto, especialmente nas etapas iniciais dos esforços de gestão da qualidade, deve existir algum nível de estrutura organizativa, a mesma que, seguramente, evoluirá com o passar do tempo, conforme avança a institucionalização e amadureçam os esforços de gestão da qualidade. Pelos mesmos motivos, reconhece-se que diferentes tipos de estrutura organizativa podem ser apropriados para o momento particular de desenvolvimento das atividades. Por exemplo, nas primeiras etapas, pode ser apropriado decidir que alguns indivíduos se dediquem, exclusiva ou principalmente, às atividades de gestão da qualidade e se organizem no que se pode denominar *unidade de qualidade*. Esta unidade tem que centrar seus esforços em desenvolver liderança, por exemplo, em capacitação em métodos de qualidade, estabelecimento e difusão de padrões, apoio técnico a grupos de melhoria em diferentes departamentos e elaboração de protocolos.

Algumas funções gerais que são identificadas para estes níveis organizativos da gestão da qualidade são, por exemplo, a provisão de liderança, a integração de enfoque de qualidade no planejamento estratégico do hospital, o desenvolvimento e a condução de um plano operativo de melhoria da qualidade, o apoio ao funcionamento de equipes de melhoria, o apoio técnico e bibliográfico, a documentação dos processos, a organização da capacitação em métodos e técnicas, o desenvolvimento de padrões e protocolos, a difusão das experiências e a advocacia em presença de atores externos.

O trabalho destes grupos organizativos *ad hoc* tem que ser realizado em estreita coordenação com o trabalho da gerência, dos departamentos ou do hospital. Conforme avance o processo de institucionalização da gestão da qualidade, as responsabilidades deverão integrar as funções regulares da cada posto de trabalho aos diferentes níveis e à gestão da qualidade ao processo gerencial, clínico e administrativo, regular e normal da organização. No entanto, isto somente é conseguido por intermédio de um processo de maturação da organização, que exige tempo e esforço consciente e dirigido.

Em nível mais operativo, na gestão da qualidade dos processos clínicos e administrativos, poderão operar equipes humanas *ad hoc* multidisciplinares, cuja função será melhorar a operação destes processos, guiados pelos padrões estabelecidos e pelo objetivo da satisfação das necessidades do usuário.

### **O papel dos gerentes no desenvolvimento de um modelo de qualidade<sup>16</sup>**

Ishikawa tem enumerado algumas das causas que podem gerar obstáculos, nas organizações em geral e nos hospitais em particular, o desenvolvimento de um modelo da qualidade. Entre elas, cabe destacar a passividade dos gerentes que evitam suas responsabilidades.<sup>16</sup> É o recurso humano o principal fator que pode atentar contra qualquer proposta de mudança. Quanto maior responsabilidade há na estrutura hospitalar, tanto maior é a possibilidade de gerar mudanças. Não é possível realizar uma gestão de qualidade em uma instituição se sua condução não lidera o processo. É possível que o começo do processo não seja gerado na condução, porém, sua viabilidade depende, em boa medida, de que seja assumida por esta condução.

A implantação do desenvolvimento da qualidade é uma decisão estratégica que depende da gerência; supõe, necessariamente, uma mudança na cultura do hospital e precisa de tempo e investimentos num curto prazo. Conseqüência destas exigências é a vontade firme, o compromisso sem fissuras e a exemplaridade por parte daquela, pois não se pode pedir aos trabalhadores que modifiquem seus hábitos de trabalho, enquanto a gerência mantém suas antigas modalidades de gestão e não participa na gestão da qualidade. A participação dos gerentes no desenvolvimento da qualidade pode ser definida, estruturalmente, em duas modalidades de ação: participações passiva e ativa.

**Participação passiva.** Significa ausência de participação no desenvolvimento da qualidade. Habitualmente, não se associa com uma organização formal. Os gerentes, eventualmente, participam se surgem problemas e não assumem a liderança no processo.

**Participação ativa.** Nesta modalidade, pode-se delegar ou efetuar uma condução efetiva do desenvolvimento da qualidade. Se for delegada, pode-se fazer por intermédio de comissões de trabalho, estabelecendo programas específicos de qualidade ou com a criação de uma área específica de qualidade (por ex., o departamento de qualidade). Para que a delegação seja efetiva, tem-se que:

- Dispor de objetivos claros e precisos.
- Contar com recursos e meios adequados para alcançar os objetivos prefixados.
- Desenvolver um sistema de capacitação idôneo.
- Realizar um seguimento por parte da direção das atividades delegadas.
- Desenhar um sistema de estímulos para os que trabalham na qualidade.

Se não se delega, é a própria gerência do hospital que se deve encarregar da condução do processo de melhoria da qualidade. Ambas as opções não são mutuamente excludentes. Inclusive, na condução efetiva mais direta, sempre há elementos que são delegados e a delegação sempre supõe uma condução

por parte da gerência. A diferença entre direção efetiva e delegação implica que a tomada de decisões corresponde, no primeiro caso, e de forma direta, à direção. Por outro lado, a escolha da modalidade adotada também dependerá da dimensão do hospital, já que quanto maior o tamanho ou a complexidade, maior será a necessidade de articular mecanismos de delegação.

As duas missões essenciais da direção, quando opta por uma participação efetiva, são garantir a qualidade, ou seja, impulsionar aquelas atividades que possam dar apoio ao processo e motivar o pessoal. Pois bem, em relação à motivação, existe um axioma fundamental, segundo o qual ninguém pode transmitir o que não possui. Não se pode motivar ninguém se você mesmo não estiver motivado.

Para desenvolver um plano de qualidade, a gerência do hospital tem que ter a vontade de implicar-se nele, tornando-se um requisito indispensável para que lidere a mudança na cultura da organização de implantar uma estratégia de qualidade. A qualidade deve impregnar todas as atividades de uma organização, incluindo a tomada de decisões. Algumas atuações da gerência podem influenciar diretamente o desenvolvimento da qualidade institucional.

O desenho e a execução dos planos de controle é uma das obrigações do gerente. Mesmo que a maior parte do controle seja executado pelos trabalhadores, há certos níveis de controle indelegáveis. Uma das tarefas primordiais das funções de controle do diretor é influenciar na motivação para trabalhar em tarefas de qualidade assistencial. Por outro lado, o diretor tem que aceitar que suas decisões erradas podem constituir a base dos problemas detectados e não tem que pensar que a maioria deles são devidos a erros dos trabalhadores. Um dos supostos erros da qualidade mais freqüentes é acreditar que os problemas da qualidade advêm, fundamentalmente, nas áreas de produção e ignorar que os erros cometidos pelos diretores podem ser muito mais graves. O obstáculo que se interpõe ao controle de qualidade exercido pelos diretores não é a falta de motivação. O controle é uma atividade consubstancial à direção, seja qual for o nível onde é exercida. Outras questões, como a existência de muitos objetivos, as mudanças do ambiente e as deficiências do próprio sistema de controle dificultam o exercício desta atividade pela direção.

Quando as manifestações da gerência são boas e suas decisões e atos ajustam-se a elas, serão dignas de crédito e eficazes. Outro elemento fundamental da gerência é desenhar um modelo de planejamento estratégico que permita delimitar as dimensões dos cenários, o contexto, os atores e as oportunidades para desenvolver um programa de qualidade institucional.

A direção, em matéria de qualidade, não pode atuar simplesmente solucionando problemas cotidianos; seu papel fundamental é planejar o futuro, impulsionar e participar em programas de melhoria da qualidade, cuja avaliação e controle lhes competem e ser um exemplo ao resto da empresa. A direção tem que aceitar a mudança substancial no padrão cultural que seja produzido: o controle de qualidade não significa sobrecarregar o trabalho habitual, mas formar parte do trabalho ordinário. Esta incorporação deve ser reproduzida em todas as instâncias, incluídos os denominados mandatos intermediários, já que os chefes de serviço, assistenciais e não-assistenciais, e os supervisores de enfermagem devem participar ativamente no processo.

Com relação a estes mandatos intermediários, destacam-se as seguintes responsabilidades:

- A motivação de seus colaboradores para trabalharem com a máxima efetividade.
- A qualidade dos resultados de sua área de responsabilidade.
- A fixação dos padrões de qualidade.
- O estabelecimento dos procedimentos operativos.
- A definição das prioridades.
- A eliminação dos obstáculos que impedem o desempenho correto do pessoal.

O melhor sistema de gestão da qualidade dos mandatos intermediários é o desenvolvimento de uma gestão participativa e a criação da equipe de melhoria da qualidade, cujas funções deveriam ser:

- Determinar a maneira de medir a qualidade dos resultados.
- Definir as necessidades de formação.
- Resolver os problemas que não foram solucionados nos níveis inferiores.
- Desenvolver estratégias e táticas em curto e médio prazos.
- Passar de um estilo de direção reativo a um estilo preventivo.
- Funcionar como veículo de comunicação ascendente e descendente.
- Identificar os indivíduos merecedores de um reconhecimento.
- Avaliar os processos interdepartamentais com o objetivo de melhorar sua efetividade.

Um problema que encaram os chefes de serviço e supervisores é o elevado número de normas e especificações existentes sobre os produtos de suas unidades. Esta multiplicidade normativa obriga-lhes a estabelecer prioridades variáveis no tempo e a empreender ações premeditadas que relegam os problemas de qualidade na escala hierárquica de assuntos pendentes de solução. Por exemplo, em presença de uma sobrecarga de trabalho como o que supõe uma ocupação de leitos muito elevada, com frequência não se cumprem as normas de qualidade dos serviços e recorre-se à instalação de outros leitos auxiliares ou a sua localização nos corredores, fatos que deterioram a qualidade da assistência e produzem insatisfação no cliente. Uma situação similar em consultas externas pode diminuir, notavelmente, o tempo de atenção e aumentar o tempo de espera.

Em síntese, a decisão da gerência de implantar o desenvolvimento da qualidade total é condição necessária, porém, não-suficiente. Faz falta que todo o pessoal tenha aderência ao projeto, de forma tal que todos participem no projeto de qualidade total e associem-se voluntariamente a ele. A qualidade precisa de direção e empregados motivados. Esta motivação pode ajudar a eliminar a ignorância, a visão muito reduzida do âmbito de ação e os mitos da cultura da organização, porque nada é possível sem uma mudança da cultura.

### **Para uma cultura de qualidade<sup>17</sup>**

A cultura de uma organização é um conjunto de valores, crenças, regras não-escritas e atitudes, aceitos ou não, por seus membros. Entre os elementos que integram a cultura de uma organização, encontram-se os valores, os mitos, os ritos, os heróis e a linguagem. Os hospitais giram ao redor de uma cultura hospitalar impregnada de certos valores, como o papel de hospital, o comportamento dos diferentes trabalhadores hierarquizados em função de sua profissão, a forma de relacionar-se com os usuários ou a imagem que se tem da comunidade.

Essa cultura também se alimenta de mitos e de rituais que conformam a cultura dos hospitais. Os mitos são explicações não-rationais de fatos reais da vida organizativa. Um exemplo de mito da antiga cultura hospitalar é que nos hospitais não pode ser desenvolvida a estratégia de atenção primária de saúde, porque esta estratégia somente diz respeito ao primeiro nível de atenção e é externa ao hospital.

Os rituais hospitalares também integram sua cultura. As modalidades de ação, a forma dos diferentes instâncias de vincular-se entre si, os trâmites administrativos e, inclusive, a mesma atenção aos usuários, podem converter-se em ritos, com tudo o que isso significa. Um rito é uma atividade relativamente padronizada e sistematizada, cujas contribuições aos objetivos organizativos não são essenciais e, em muitos casos, melhoram os resultados da organização. Os ritos são aqueles procedimentos que são feitos de determinada forma, porque sempre foram feitos assim, sem saber, com certeza, se é bom ou mau para os objetivos do hospital. Também formam parte da cultura de uma instituição os personagens admirados, cujas qualidades podem ser exemplificadas a seguir. Por último, a linguagem de um hospital é o reflexo da cultura que é vivida, pois é a forma de manifestar, transmitir e criar os valores da organização. Então, para fomentar uma cultura da qualidade nos hospitais é preciso trabalhar, fixar pautas e desenvolvê-las ao redor destas variáveis. O mais importante é promover os valores vinculados com a qualidade, entre os que cabem destacar os seguintes:

- A qualidade supõe dar respostas com eqüidade, efetividade e eficiência.
- O eixo e sujeito primordial dos hospitais são os usuários dos serviços.
- A satisfação dos usuários deve ser ao mesmo tempo individual e comunitária.
- Não menos importantes são para a qualidade os que trabalham no hospital, ou seja, os clientes internos.
- As adequadas estruturas hospitalares são condição necessária, porém, não-suficiente para prover uma atenção de qualidade. Nelas, são de especial importância os processos desenvolvidos e os resultados obtidos.
- A qualidade não é sinônimo de complexidade ou luxo e pode ser desenvolvida em qualquer nível de atenção. Para isso, somente é necessário dispor da estrutura adequada para as missões e definir as funções que devem ser realizadas.

Não há desenvolvimento da qualidade se todo o pessoal do hospital não estiver motivado, já que a qualidade não depende de alguns dos trabalhadores, senão de todos. O pessoal deve sentir-se orgulhoso de pertencer à instituição. A qualidade é um processo que pode ser mensurado, o que permite comparar uns hospitais com outros e consigo mesmo. Estas comparações propiciam a melhoria contínua da qualidade. A melhor qualidade de hoje não vai ser a melhor de amanhã. Nunca devemos nos dar por satisfeitos com os resultados alcançados. Promover estes valores ou princípios e interiorizá-los é um trabalho que demanda esforço, constância e tenacidade, já que a modificação dos padrões culturais é uma das atividades que implicam maior dificuldade. A cultura da qualidade supõe a destruição de antigos mitos, a geração de novas rotinas ou rituais, a conformação de novos heróis na organização, ou seja, das pessoas ou as atitudes que são admiradas e seguidas. Também exige que todo o pessoal aprenda as políticas e os planos institucionais relacionados com este tema, bem como a linguagem da qualidade, já que é impossível realizar alguma atividade sem uma comunicação adequada. Para isto, é fundamental que todos usem a mesma linguagem.

## Conclusões

Em síntese, a mudança cultural dos hospitais é um desafio de grande importância para conseguir uma gestão hospitalar adequada que satisfaça aos mais altos propósitos institucionais apresentados. Este desafio não é algo que acontecerá somente por vontade própria da organização; está sujeito a condicionantes externos, que foram definidos no começo deste capítulo, entre os que se destacam os seguintes:

- No lado da demanda, encontra-se a atitude dos usuários, cada vez mais informados e exigentes e mais conscientes de seus direitos e das obrigações dos que prestam serviços de saúde.
- No lado da oferta, destacam-se os custos crescentes dos serviços de saúde e, em alguns casos, o excesso de oferta de serviços. Este excedente gera uma competência que deve dirigir seus esforços a aumentar a qualidade dos serviços prestados e conseguir que a alocação dos recursos, sempre insuficientes do setor para atender a todas as necessidades da população, seja eficiente.

## Bibliografia

- 1 Hillman A, Pauly MV, Kerstein J. *How do financial incentives affect clinical decisions and the performance of health maintenance organizations (HMO)*. N Engl J Med 1989; 321: 86-92.
- 2 Feldstein PJ. *Health Care Economics*. Boston: Delmar Publishers, Inc.; 1993.
- 3 Ross AG, Zeballos JL, Infante A. *La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública 2000; 8 (1 y 2): 93-97.
- 4 Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.
- 5 Palmer RH. *Evaluación de la asistencia ambulatoria*. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- 6 Falconi V. *TQC control de la calidad total (al estilo japonés)*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (QFCO); 1992.
- 7 Hermida J, Nicholas D, Blumenfeld S. *Comparative validity of three methods for assessment of the quality of many health care*. Intl J Qual Health Care 1999; 2: 429-433.
- 8 Juran JM. *Juran y el liderazgo para la calidad, un manual para directivos*. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- 9 University Research Corporation, Ministerio de Salud, Proyecto de Salud y Nutrición Básica. *Construcción de estándares de calidad*. Lima: URC, PSNB; 1999.
- 10 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. *Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP)*. Monitoreo de la calidad a través de estándares e indicadores. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1999.
- 11 Ashton J. *Monitoring the quality of hospital care*. The quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.
- 12 Rooney A, Van Ostenberg P. *Licenciatura, acreditación e certificación: enfoques para la evaluación e administración de la calidad de los servicios de salud*. Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP). Bethesda, MD: Center for Human Services; 1999.
- 13 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (QAP). *Guía metodológica de planeación estratégica para hospitales en proceso de modernización*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 14 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). *El mejoramiento de la calidad: paradigmas y enfoques*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 15 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). *El rediseño de procesos de atención en salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 16 Center for Human Services. Quality Assurance Project (Q.A.P.). *Institutionalization of quality assurance*. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.

- 17 Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- 18 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). *E mejoramiento de la calidad: paradigmas y enfoques*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 19 Brassard M, Ritter D. *El impulsor de la memoria*. Una guía de herramientas par el mejoramiento continuo y la planificación eficaz. Meethuen, MA: GOAL/PC; 1994.
- 20 Hermida J. *The roas to institutionalizing quality assurance in Equador in an environment of health sector reform*. Intl J Qual Health Care 1999; 11: 447-450.

# Capítulo 9

## A gestão do recurso humano

***Se queres construir um barco, não comeces por procurar madeira, cortar tábuas ou distribuir o trabalho, senão que primeiro tens que evocar nos homens o desejo de um mar livre e amplo.***

**Antoine de Saint-Exupéry**

## **O recurso humano em saúde**

O recurso humano não é um recurso similar a outros: somente pessoas realizam ações que constroem uma sociedade e a orientam para um rumo definido. Sob este aspecto, o caráter deliberante do recurso humano permite-lhe projetar sua ação em uma direção determinada. A capacidade do recurso humano de escolher determinada opção é uma característica que o diferencia de qualquer outro, que constitui sua identidade (criatividade, liberdade e responsabilidade).<sup>1</sup>

Esta capacidade de escolher opções é baseada na percepção do sujeito, a mesma que é construída, historicamente, por meio de complexas conexões que são estabelecidas nas dimensões simbólicas da ação social; ou seja, suas decisões são construídas de forma intersubjetiva e têm as particularidades do entorno em que se desenvolve o ser humano.<sup>1</sup>

O trabalho em saúde implica uma relação direta entre o recurso humano e a população. Nesta relação, o conhecimento científico e técnico que possui o profissional deveria permitir-lhe atuar como intérprete das necessidades de saúde da comunidade. Este caráter de intérprete exige ao recurso humano uma adequada preparação para desempenhar uma complexa intermediação que, se é cumprida adequadamente, projeta seu desejo na formulação de qualquer proposta de ação e mudança que se apresente. Já não é possível pensar em processos de mudança em saúde ou em formas modernas de gerência hospitalar que não considerem a necessária participação e ação de seus recursos humanos.

Os processos de reforma setorial, nos quais são incluídas a modernização organizativa e a incorporação de novas formas de gestão, deverão promover o respeito da identidade do recurso humano, a fim de desenvolver ações que, no marco global de mudança, reconheçam a autenticidade insubstituível das aspirações de realização dos diferentes atores e sujeitos que participam nesses processos.

Geralmente, quando se aborda o recurso humano, faz-se referência a sujeitos estratégicos capazes de atuar de forma complexa, que ajustam suas próprias metas às do contexto em que atuam e que, portanto, longe de ser objetos de intervenção, são protagonistas de qualquer processo em que se encontrem imersos.

As pessoas não são recursos, têm recursos (conhecimentos, capacidade, experiência), o que fundamenta a idéia de que quem utiliza os recursos humanos hoje em dia na realidade administra talentos, competências e valores. Em outras palavras, não são as instituições as que têm pessoas, senão as pessoas as que fazem as instituições.

Tem-se reconhecido em nível internacional que, nos processos de reforma do setor saúde, o recurso humano tem uma importância estrutural e se constitui em fator crítico para qualquer mudança que se proponha. A complexidade deste fato aumenta ainda mais na medida em que é o pessoal atual do setor quem protagonizará as transformações necessárias.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> O entorno não se restringe ao mundo sistêmico regido pela racionalidade, senão que deve considerar ao mundo da vida que se forja na ação comunicativa entre sujeitos sociais. (Referência 1.)

Segundo Artaza, um hospital deve ser entendido como um conjunto de pessoas que serve a outras pessoas, o que implica que os complexos processos tecnológicos e produtivos que nele são desenvolvidos devem ser contemplados como o resultado da vontade, da inteligência, do conhecimento e das emoções das pessoas que participam desses processos.<sup>3</sup>

Para efeito da gestão, são considerados recursos humanos do hospital o conjunto de pessoas que trabalham ou prestam serviços para ele, incluídas, além dos funcionários fixos ou de nomeação regular, todos aqueles contratados como: terceirizados ou os sujeitos à contratação temporária de serviços pessoais.<sup>4</sup>

Os recursos humanos de um hospital têm, simultaneamente, uma dupla dimensão: como fator estrutural e como fator produtivo. O *fator estrutural* dos recursos humanos é dado por seu caráter de sujeitos pensantes e ativos que conformam as práticas, estabelecem as formas de relação, definem valores e organizam e desenvolvem o processo de trabalho. Administrando a mudança institucional, a movimentação de vontades é um requisito básico para introduzir modificações nas relações humanas e nas condutas e práticas do trabalho. Tudo isso é possível porque o recurso humano funciona como um sistema aberto capaz de apreender e reorganizar conteúdos mentais que lhe permitem perceber a realidade e atuar em seu entorno com autonomia.<sup>5</sup>

A dimensão do recurso humano como *fator produtivo* advém da articulação com os fatores restantes para prover serviços de saúde e que talvez constitui o principal recurso deste processo produtivo. Isso explica que o custo dos recursos humanos, geralmente, alcance 70% do orçamento global dos hospitais.

Por outro lado, o papel que desempenha o médico na dinâmica do mercado de serviços de saúde e, portanto, no processo de produção, é fundamental, pois é quem define o produto final e quem atua com o poder nas decisões do usuário; é um assalariado do hospital, um cliente, por sua vez, de outros serviços gerados pelo hospital, um provedor de parte dos serviços demandados e um gerador simultâneo de demanda e de oferta. Este é um dos elementos dos processos de produção que mais dificuldades acrescenta às análises dos hospitais das suas gerências.<sup>6</sup>

### **O recurso humano em saúde em relação com o contexto das tendências atuais do regime trabalhista**

Ainda que se diga que a gestão de recursos humanos do hospital refere-se à capacidade de tomar decisões e desenvolver ações concretas e cotidianas que permitem seu funcionamento adequado, ao mesmo tempo, essas decisões têm relação com a dimensão política da organização, pois têm a ver, diretamente, com as diferentes instituições do Estado e a sociedade que regulam a formação, o mercado do trabalho, a legislação trabalhista ou o conflito frente às exigências sociais. A gestão do recurso humano do hospital tem um duplo caráter: por um lado, o da operacionalização diária, cujos resultados são medidos em curto prazo e, por outro, o do planejamento e da negociação estratégica interna e externa, aspectos que se manifestam em médio e longo prazos.

O duplo caráter da gestão de recursos exige de quem o administra um conhecimento dos seus problemas, que transcendem o hospital e incluem a dinâmica geral do recurso humano. Isso envolve a necessidade de analisar as grandes tendências que neste momento caracterizam a situação do recurso humano na Região.

No marco da corrente modernização estatal e das reformas setoriais, as tendências que maior impacto têm tido na gestão do recurso humano são a flexibilização, a descentralização e a autonomia de gestão. Estes processos sociais reorganizam a dinâmica do mercado de trabalho, modificam as condições de trabalho para produzir serviços de saúde e transferem as decisões sobre recursos humanos para instâncias cada vez mais descentralizadas.

### **A dinâmica do mercado de trabalho em saúde**

Os processos de ajuste econômico e a crise fiscal nos países da Região, bem como as tentativas de configurar economias abertas, têm propiciado transformações na dinâmica dos mercados de trabalho em geral e, particularmente, nas profissões do campo da saúde. No setor saúde, observa-se uma mudança qualitativa no perfil do emprego devido, por um lado, ao aumento da participação de pessoal com maior formação nas áreas de gerência e a procura de mecanismos de contenção de custos e de melhoria da produtividade e da eficiência. Por outro lado, têm aumentado as exigências para o ingresso de pessoal (principalmente o de apoio) associado aos processos de *terceirização*,<sup>11</sup> o que reduz as oportunidades de emprego dos trabalhadores com um menor nível educacional (pessoal de limpeza, alimentação e, inclusive, auxiliares de enfermagem, sala de cirurgia, odontologia, etc.).

Outro fenômeno é a generalização dos mecanismos de terceirização da força de trabalho em saúde, incluídos os serviços profissionais. Ainda que a terceirização em saúde se centrasse, inicialmente, nos serviços gerais (limpeza, vigilância, alimentação ou manutenção), atualmente, inclui a contratação de serviços profissionais tais como os que oferecem cooperativas médicas, organizações de enfermagem para a atenção domiciliar ou a reabilitação.

Por último, cabe mencionar o crescimento dos mercados de trabalho em zonas de menor desenvolvimento. Outra tendência associada aos processos de desconcentração e descentralização é a mudança produzida na distribuição das oportunidades de emprego para níveis descentralizados, o que, para alguns países, representa uma modificação da oferta de emprego geralmente restrita às grandes cidades. Esta tendência, que também satura os mercados de trabalho, modifica, de certa forma, a tradicional concentração de profissionais de grandes centros urbanos e estabelecimentos hospitalares em detrimento dos de áreas rurais e serviços de atenção ambulatorial.

### **Flexibilização**

No contexto da reforma estatal e setorial, no qual se considera a rigidez dos sistemas como o maior obstáculo à transformação, a flexibilização aparece como uma das possibilidades para as gerências garantirem a viabilidade das mudanças requeridas. A introdução de numerosas medidas legais e administrativas a este respeito nos países explica o comportamento do mercado de trabalho exposto previamente.

A flexibilidade refere-se a uma modificação das relações existentes do funcionamento dos processos de produção, neste caso de serviços de saúde, orientados, principalmente, ao aumento da produtividade e da competência.<sup>12</sup> No Quadro 1, são resumidos os diferentes tipos de flexibilidade e feitas advertências sobre sua aplicação. A aplicação de princípios de flexibilização trabalhista exige a mudança de paradigmas

<sup>11</sup> Terceirização é um neologismo que significa contratação de terceiros; na linguagem de gestão também se conhece como externalização e, em inglês, *outsourcing*.

<sup>12</sup> A função de regular é inerente ao Estado moderno, exercendo um papel promotor de desenvolvimento, de garantia do bem público ou complementar aos mecanismos do mercado. Neste sentido, a responsabilidade política da aplicação de medidas, tais como a flexibilização, recai diretamente sobre as equipes de governo. No caso do setor saúde, as correntes que propõem a desregulação devem aceitar que o Estado não deve regular menos, mas da melhor forma. (Referência 8)

aparentemente inquestionáveis, como o trabalho valorizado por tempo e não por produção, o emprego vitalício, a proteção do funcionário sem avaliar seu desempenho, a impossibilidade de ascensão (estímulos, trabalhos por produto) quando se tem um cargo estatal, o controle dos níveis salariais a partir da legalidade pública, etc. Estas mudanças correspondem a modificações gerais das regulações estatais e sua aplicação institucional. Por isso, o grau de flexibilização alcançado em diferentes países tem variado em função da evolução do sistema sanitário e do nível de participação política do setor saúde nas decisões estatais, de importância no setor saúde.

No caso da saúde, é necessário lembrar que o objetivo de produtividade e competitividade que se procura não responde a uma lógica automatizada de produção em série de serviços de baixo custo e dirigida a mercados massivos cujo nível de consumo permita retirar o rendimento do capital investido no processo, senão que a relação personalizada constitui a essência do produto e a garantia da sua qualidade. Isto imprime um caráter diferente ao processo de produção de serviços de saúde, que deve ser considerado quando se modificam os processos de trabalho.

Um dos riscos mais importantes da flexibilização trabalhista é a precariedade das condições do trabalho. Segundo Luis Oviedo, os precarizados cobram salários inferiores (às vezes, até 60%) pela mesma tarefa, não têm aposentadoria, indenização por acidente ou seguro-desemprego e, como não podem sindicalizar-se, estão submetidos a jornadas mais longas e a ritmos de trabalho mais intensos [...] constituem a "nova classe de miseráveis".<sup>7</sup> Esta afirmação reflete os efeitos que podem ter as medidas de flexibilização em países com um marco desregulado ou de livre mercado, onde predomina a idéia de produtividade. Isto favorece as formas precárias de contratação e condiciona o bem-estar do trabalhador a critérios de rendimento e produtividade. A teoria que dá base a estas afirmações é que nenhuma medida adotada para cumprir os objetivos institucionais deveria atentar contra a estabilidade ou a seguridade trabalhista do pessoal. Por isso, deve-se evitar aquelas medidas que propiciem a precariedade das condições trabalhistas.

Quadro 1  
Formas de flexibilidade

Formas	Decisões	Advertências
Externa ou estratégica: decisões que modificam a relação da organização com o entorno	Diversificação de produtos Terceirização de atividades Trânsito de trabalho de contrato temporal de duração determinada (flexibilidade numérica)	A importância de não gerar precariedade e manter a qualidade da produção
Interna ou tática de aplicação de mudanças no funcionamento organizado		
Tecnologia de mecanização à informação	Seleção participativa de tecnologias e adequação institucional	Importância de uma proposta antropocêntrica na mudança tecnológica
Das competências da especialização da polivalência (funcional)	Reconversão profissional Ampliação do espectro de desempenho Treinamento em serviço Educação permanente	A importância do aprendizado contínuo e da remuneração por competências
Estrutural: da estrutura piramidal à estrutura policelular (redes funcionais)	Plano de cargos e mobilidade Sistemas de carreira Formas de remuneração	A importância da consolidação das células (equipes) de trabalho
Das condições de trabalho: do trabalho por jornadas às horas de trabalho	Horário variável Horário comprimido Trabalho a distância (teletrabalho)	A importância de uma aproximação personalizada do manejo dos tempos e da linha de prestação do trabalho
Das relações de trabalho: de uma aproximação legal a uma aproximação renovada das relações humanas no trabalho	Mediação preventiva Pré-arbitral Negociação contínua de contrato coletivo Gestão participativa Comitês mistos de análise de problemas	A importância de se encontrar soluções internas aos problemas das relações de trabalho

Fonte: Jacob R, Bach S. Flexibilité organisationelle et gestion des resources humaines. Grã Bretanha: Universidade de Warwick; 1993.

A terceirização de serviços, como meio ou instrumento de produtividade, está sendo imposta no setor saúde. Sob o ponto de vista do enfoque estratégico da gestão, as empresas hospitalares tendem a separar em **unidades estratégicas de negócios** suas diferentes unidades internas (departamentos e serviços) para verificar e controlar, inclusive no nível contábil, seu valor agregado, tal como se observa no caso dos serviços de saúde espanhóis. Se isto tem alguma incidência em uma possível demissão ou em salários mais reais é porque o valor agregado de numerosas unidades pode ser negativo, um aspecto que se tem herdado de uma organização de serviços de saúde orientada a partir da oferta. De fato, hoje em dia, os hospitais, os serviços de laboratório, a farmácia institucional, os serviços gerais (limpeza, dietética) e as próprias unidades operativas (internação, cirurgia e outras) se estabelecem como centros de custos com claras implicações sobre a quantidade de recursos humanos requeridos e suas respectivas remunerações.

A última década tem permitido apreender lições sobre a flexibilidade na gestão de serviços de saúde. No âmbito regional, a introdução destas medidas não tem superado as limitações estruturais próprias dos países da Região e, em alguns casos, a flexibilidade externa tem tido como seqüela a instabilidade trabalhista, a precariedade nas condições de trabalho e a deteriorização das condições básicas para o desempenho, o que agrava os problemas existentes.

Alguns pesquisadores têm chamado a atenção nas vantagens da flexibilização – especificamente, na reorganização do trabalho, na mudança das organizações, no aumento da qualidade, na liberdade na gestão da jornada do trabalho, nas categorias de produtividade e na composição da remuneração – como medida adotada no marco de normas previamente assinadas em acordo que permitam potencializar o desenvolvimento pessoal e profissional do recurso humano do próprio hospital e de outras camadas do mercado de trabalho.<sup>9</sup> A aplicação da flexibilidade é uma decisão que corresponde aos níveis político e técnico do hospital.

## O conflito trabalhista no hospital

No marco dos processos atuais do setor saúde, observa-se uma profunda modificação das relações e das condições trabalhistas. Nesta transformação, os conflitos trabalhistas adquirem relevância e aumentam sua complexidade ao mesmo tempo em que surgem novas relações de poder no centro de um contexto delimitado pela flexibilização, descentralização e autonomia de gestão ou da organização de serviços orientados ao usuário. As exigências enfrentadas por diretores de hospitais e sindicatos mudam radicalmente e demandam alterar o estilo vertical de gestão, a tradicional representação corporativa e a luta por benefícios isolados.

Em geral, a relação entre empregados e empregadores se caracteriza por tensões dispostas em três dimensões específicas:

- Econômica, ou de troca de trabalho por salário.
- Político-ideológica, que inclui relações de poder que se expressam na concepção da saúde e do conflito de interesse entre o trabalhador, a instituição e os usuários.
- Na organização da produção de serviços, derivada da divisão técnica do trabalho.

As reformas setoriais sugerem que estas modificações devam ser produzidas nestas três dimensões, como se infere ao analisar os tipos de flexibilização que se aplicam atualmente nas organizações sanitárias. Por outro lado, a desconcentração e a descentralização crescente dos serviços de saúde e, ainda, a constituição dos hospitais públicos em empresas sociais, enfraquecem as representações centrais de sindicatos e cobra mais fortaleza de seus representantes locais, o que modifica a natureza da negociação trabalhista.

Outro fator importante na mudança das relações de negociação trabalhista é o estabelecimento de sistemas de medição de indicadores de produtividade em função dos custos do pessoal. Estes sistemas proporcionam informação que põe em dúvida as exigências trabalhistas, muitas vezes incompatíveis com a baixa produção e a qualidade dos serviços. Uma análise pormenorizada permite descobrir em alguns casos que, para quem paga, os custos de serviços de qualidade deficiente superam os preços do mercado, incluídos sob os aspectos de utilidade dos serviços privados. Estes argumentos modificam as condições de negociação sobre as remunerações e introduzem princípios de medição da produtividade e da qualidade relacionada com a retribuição. Sobre este ponto, cabe perguntar até que ponto um serviço público de saúde, em que não existe a exploração do capital, mas a penúria de um Estado empobrecido, pode justificar um conflito trabalhista centrado em benefícios do sindicato e não no serviço de qualidade que requerem os cidadãos.

A grande mudança no cenário atual é a modificação da condição estável do emprego como direito adquirido e a introdução de formas incertas de vinculação ao mercado de trabalho. As experiências da Região a este respeito são desiguais, porém, em geral, seguem esta tendência. No caso colombiano, por

exemplo, em um marco de municipalização de serviços de saúde e autonomia de gestão dos hospitais como empresas sociais, o recurso humano muda sua dependência e, por conseguinte, a regulação da sua contratação e a associação de outras formas de pagamento à produção. A contratação flexível tem afetado a dinâmica ocupacional, principalmente na profissão médica, tem reduzido o nível de ingressos dessa profissão e aumentado o número de cargos com contratação flexível. Em geral, a estabilidade se mantém como direito adquirido de quem já a desfruta e, nas novas contratações, nota-se uma tendência a utilizar as formas flexíveis de contratação.

No caso chileno, o pessoal municipal (18.000 trabalhadores) conseguiu a aprovação de uma lei que reconhece a carreira dos funcionários locais, modificações na remuneração, incentivos ao desempenho e à experiência. Isto destaca que as negociações em temas de regulação e acordo avançam para a regulamentação e a delimitação dos efeitos da flexibilização, protegendo o pessoal sanitário da saúde e procurando seu desenvolvimento.<sup>9</sup> Estes casos permitem documentar a complexidade dos processos de regulação e negociação e advertir sobre as novas exigências da negociação trabalhista, que além das questões relativas às condições de trabalho, incorporam as considerações sobre o modelo de atenção, o financiamento do sistema e a defesa da saúde como bem público.

Na atualidade, a greve, máxima expressão de um conflito trabalhista, apresenta-se como mecanismo de pressão cada vez mais desgastado e insuficiente para enfrentar a corrente de reforma. Assim que a regulamentação ou a proibição da paralisação dos serviços de saúde, por meio da lei, ainda que dificulte esta medida, não modifica os problemas de base que têm gerado os conflitos.

No novo cenário, a negociação das condições de trabalho dever-se-á converter em um mecanismo de diálogo permanente orientado a conseguir benefícios para o trabalhador, para a instituição e, principalmente, para a população, não em sentido de assistência pública, mas como o direito de uma cidadania que deve exercer o controle sobre as prestações que recebe.

A aceitação social da saúde como bem público exige cada vez mais que os cidadãos dos Estados, individualmente ou em grupo, subordinem seus interesses aos da coletividade, o que marca um limite que não pode ser superado ou quebrado por pactos coletivos do trabalho nem por corpos normativos das organizações de sindicatos.

A tendência atual é que o hospital autônomo exerça sua própria capacidade de negociação dos pactos coletivos, respeitando os direitos legítimos dos trabalhadores e circunscrevendo a vigência desses direitos à supremacia da saúde, entendida como bem público.

### **Formação de recursos humanos em saúde**

Segundo Bosch, o sistema de formação de recursos humanos deve ajustar sua produção quantitativa e qualitativa conforme as exigências da reforma setorial.<sup>10</sup> Na esfera do quantitativo, deve tentar produzir o que é previsto para a utilização do sistema. Uma produção inadequada é um esbanjamento econômico e humano que produz dramas pessoais e gera perigos sociais, técnicos e econômicos. Os erros de sobreprodução que neste século têm sido cometidos em quase todas as partes são tão evidentes e estão tão bem documentados que não merecem outros comentários, o que sugere que parece haver falta de informação sobre este assunto, pois os problemas continuam se perpetuando. É importante refletir sobre dois aspectos negativos da autonomia educativa: a indução da proliferação de profissionais e a sua repercussão no emprego.

Na esfera qualitativa, é fundamental que os formadores se acerquem da realidade social e sanitária, com o objetivo de superar os modelos tradicionais que privilegiam uma formação teórica que não consegue enfrentar a complexidade da realidade. O maior desafio para a formação de recursos humanos em saúde é superar a cultura hierárquica e fechada, a racionalidade científica que desconhece a diversidade, que não incorpora a necessidade de subordinar o interesse profissional ao benefício coletivo e que não identifica a diferença entre um paciente submisso e um cidadão.

Além disso, os sistemas de saúde devem aumentar sua presença nos processos educativos dos profissionais da saúde. Os serviços de saúde estão em seu direito e têm a obrigação de determinar o perfil dos profissionais que precisam, e pedir ao sistema educativo que organize seu trabalho acadêmico para obter recursos humanos formados cujas capacidades coincidam com estes perfis. A definição clara de perfis profissionais por competências permitirá reformular os âmbitos de responsabilidade das diferentes profissões da saúde, sob a perspectiva do serviço ao cidadão e da conformação de equipes interprofissionais.

Por outro lado, os serviços devem contribuir com o aparato produtivo em todos os ciclos do processo educativo, tanto nos hospitais como no âmbito da atenção primária à saúde. Neste contexto, é preciso lembrar as características específicas do hospital universitário como espaço de pesquisa de docência assistencial. É neste espaço onde se modelam os profissionais e vão se definindo as características técnicas, humanas e éticas dos futuros profissionais da saúde.

É preciso considerar que a gerência e a formação médica articulam o eixo do funcionamento dos hospitais e que a mera experiência na gestão dos serviços médicos é claramente insuficiente para dirigir um hospital. O perfil profissional dos gerentes de hospital deve incluir, além de uma formação em saúde, outra posterior ou anterior em gerência, junto com a experiência administrativa suficiente no setor que corresponda, tratando-se de serviços privado ou público. Este tema foi desenvolvido amplamente no Capítulo 7.

### **A gestão hospitalar: um cenário particular para a gestão do recurso humano**

O hospital tem evoluído ao longo da história desde concepções assistenciais, religiosas e de beneficência social – expressões de obrigação do Estado bem-feitor – até a adoção progressiva de formas organizativas empresariais, uma evolução que se está impondo em nível mundial desde o início do século XXI.

Em geral, pode-se afirmar que o hospital tem-se mantido como uma instância isolada de provisão de serviços, dependente do ministério da saúde, da seguridade social, das organizações sociais, dos governos locais (municípios) e das instituições privadas, com diferentes graus de desenvolvimento e cobertura e, em muitos poucos países, organizado como parte de um sistema nacional de saúde. Na atualidade, não obstante a heterogeneidade conceitual e organizativa do hospital na Região, a tendência que predomina é a dos hospitais públicos administrados diretamente por entidades do Estado que coexistem com hospitais privados com e sem fins lucrativos.

Desde o início, o hospital é concebido como uma entidade de oferta assistencial de serviços em que se nota uma divisão do trabalho por tarefas (aplicação em saúde do modelo taylorista) orientada em função da cura de enfermidades, com uma alta tendência à especialização de procedimentos e com uma hierarquização de funções baseadas na prática da medicina, o que submete a critérios médicos a relação com outras profissões e define o caráter das práticas institucionais.

Os hospitais da Região estão afetados pela crise geral do setor público caracterizada por uma restrição orçamentária crescente e severas fraquezas de organização e gestão associadas com a diminuição do poder aquisitivo da população. Hoje o hospital se vê levado a modificar seu tradicional funcionamento frente a uma poderosa tendência de reforma setorial que procura articular mecanismos para universalizar a atenção, aproveitando a capacidade instalada tanto pública quanto privada sobre a base de esquemas de segurança, sistemas nacionais de saúde e separação de funções entre financiamento e provisão, fundos nacionais ou locais para compra de serviços a redes plurais de atenção.

Todas estas mudanças convertem a autonomia hospitalar em um paradigma que ajuda a responder às necessidades de saúde dos usuários e a facilitar a tomada de decisões no hospital e suas relações com o entorno. No entanto, poucas equipes humanas, e muito menos do setor público, podem alcançar sua autonomia sem passar, previamente, por um doloroso processo de mudança.

Na situação atual, praticamente todos os princípios de organização hospitalar conhecidos devem-se modificar em resposta às seguintes necessidades:

- Prestar serviços de qualidade e orientados ao usuário.
- Lograr autonomia, responsabilidade e compromisso do profissional.
- Converter os chefes em líderes facilitadores.
- Dispor de estruturas horizontais e ágeis.
- Alcançar um equilíbrio entre as perspectivas gerencial e clínica, para considerar produtos ofertados no hospital não somente sob o âmbito da oferta médica, senão como uma necessidade ou não da demanda.
- Incorporar critérios de custo, eficiência, eficácia, efetividade e impacto na análise das condições de saúde.

Em muitos países, estão sendo elaboradas propostas para melhorar a capacidade de resposta dos hospitais como parte de políticas nacionais, experiências particulares e alternativas inovadoras. Ainda que as propostas de mudanças sejam similares em nível mundial, a evolução sob uma gestão hospitalar tradicional para o que se poderia chamar hospital do futuro é muito heterogênea e depende de numerosos condicionantes de cada país. O Quadro 2 resume as características da gestão hospitalar tradicional e as necessidades que terá que satisfazer o hospital do futuro.

**Quadro 2**  
**A gestão hospitalar tradicional e a do futuro.**

<b>Parâmetros</b>	<b>Administração tradicional</b>	<b>Administração necessária</b>
Ambiente em que melhor funciona	Rotina	Necessidade de inovação
Tipo de usuário	Pacientes submissos	Cidadão informado com direito explícito a participar, a manifestar preferências e a exercer controle social
Gestão geral	Burocrática sem orientação a clientes	Centrada em pessoas e processos e orientada a excelência e a competência
Tipo de liderança participativa, tomada de decisões	Autoritário, hierarquizado com centralização do poder, comunicação unidirecional	Democrática e condutora de transformações, descentralização do poder, gestão participativa das decisões, comunicação multidirecional
Estrutura	Piramidal, vertical, compartimentalizada	Aplanada e baseada em redes funcionais
Organização	Funcional, sem consideração de processos	A importância de uma aproximação personalizada do manejo dos tempos e da linha de prestação do trabalho
Administração	Rígida, orientada à legalidade	Flexível, orientada a resultados
Gerências de serviço	Seleção segundo critério técnico-científico médico-gerencial	Seleção segundo critério de gestão por produtos e capacidade gerencial
Política de qualidade	Fraco, em função do cumprimento de procedimentos	Melhoria contínua de qualidade
Regulamentação técnica	Ampla variabilidade, segundo critérios médicos	Gestão clínica, protocolização para garantir qualidade e eficiência (prescrição controlada sobre a base de práticas bem-sucedidas e evidências)
Administração de recursos humanos	Centralizada, normativa, rígida, de ordem e controle, fragmentada, de regime do trabalho fechado, função administrativa isolada	Descentralizada, estratégica, participativa, de qualidade e eficiência (prescrição controlada sobre a base de práticas bem-sucedidas e evidências)
Política salarial	Segundo categorias e níveis	Incentivos segundo produção e resultados
Orçamentos	Repartição fixa de recursos: histórica	Repartição variável de recursos, orçamento prospectivo baseado em custos, produção e demanda
Contabilidade	De registro, sem critério de custos	De custos, ligada a orçamentos
Política de aquisições	Centralizada, sobre a base de concursos	Descentralizada, por unidades de gestão
Rendição de contas	Inexistente	Auditorias de procedimentos clínico-cirúrgicos, informação aberta à comunidade ligada à avaliação
Informação	Como exercício formal	Como recurso para tomada de decisões e garantia de transparência
Participação social em gestão	Fraco	Órgãos participativos do governo hospitalar
Aspectos que se percebem como valores	Disciplina, conformismo, lealdade, cumprimento da norma, respeito à autoridade	Mudança, desenvolvimento, aprendizagem, criatividade, confiança, comunicação.

**Fontes:** Consultoría i Gestió, S.A. El hospital reinventado. Barcelona: Consultoría i Gestió, S.A.; 1998; Artaza O. Documento de posición. Santiago do Chile: FUNDARED; 2000. Elaboração: Fundação Equatoriana de Saúde, 2000.

## Gestão do recurso humano no hospital

A gestão do recurso humano está determinada tanto pelas expressões ou formas organizativas, estruturais e funcionais do hospital em seu conjunto e sua relação com o resto do sistema de saúde, como pelas tendências vigentes sobre as formas de organização social, o papel do Estado e as possibilidades de expressão cidadã. Neste sentido, a gestão dos recursos humanos tem-se desenvolvido em um marco geral que mostra as seguintes particularidades:

- Ausência do recurso humano na condução dos processos de mudança.
- Inadequada distribuição no hospital sobre a base de uma organização e divisão do trabalho fragmentada em função da oferta e organizada, segundo as possibilidades de trabalho do médico-assistencial, que convive com o trabalho liberal.
- Influência exagerada do critério profissional, particularmente médico, no funcionamento do hospital, o que condiciona que cada profissional trabalhe sobre a base dos conhecimentos próprios de sua especialidade e desenvolva um trabalho de alta complexidade, difícil de ser supervisionado e protocolizado, com alto grau de autonomia dos profissionais com relação ao processo produtivo.
- Condições jurídicas para as gestões administrativa, financeira e de recursos humanos rígidas, geradas fora do hospital e, portanto, sem controle por parte do gerente.
- Excessiva centralização das decisões em matéria de recursos humanos.
- Nula carreira profissional; somente permite articular carreiras hierárquicas de tipo burocrático.
- Sistema incapaz de competir e com separação total entre rendimento no posto de trabalho e retribuição.
- Fraco controle social sobre o serviço de saúde e a relação direta paciente-profissional da saúde.

No marco dos processos de reforma, a gestão do recurso humano como fator crítico para a mudança requer uma orientação técnica e política equilibrada, que não só permita responder aos problemas cotidianos, mas que se projete para o futuro como parte da resposta que uma sociedade equitativa, oferece à cidadania no cuidado e no serviço a sua saúde. No Quadro 3, resumem-se as características da gestão de recursos humanos vigentes (gestão normativa) e as exigências do novo cenário de reforma setorial e hospitalar (gestão estratégica de valores).

**Quadro 3**  
**Características da**  
**gestão do recurso humano.**

	<b>Gestão normativa</b>	<b>Gestão estratégica de valores</b>
Concepção	Força de trabalho não-protagonista	Fator estratégico
Políticas	Predeterminadas externamente	Desenhadas para o hospital
Gestão financeira do recurso humano	Administração da folha de pagamento	Planejada e financiada (incluindo orçamento para incentivos, treinamento em serviço e desenvolvimento)
Seleção	Critérios gerais e acesso da clientela	Segundo perfis profissionais de acordo com a demanda institucional
Condições de trabalho	Salários pouco competitivos e muito heterogêneos Heterogeneidade de regimes trabalhistas Agitação trabalhista enrustida ou manifesta	Retribuições mistas com frações fixas e variáveis associadas com resultados, regime trabalhista aberto com pessoal de planta e modalidades flexíveis segundo a dinâmica institucional, garantia de direitos trabalhistas básicos negociados
Motivação e incentivos	Baixa, incentivos negativos (menor esforço, evasão do trabalho, falta ao trabalho, etc.)	Parte da política de retribuição, que impulsiona a auto-regulação e a responsabilização profissional
Avaliação do desempenho	Baixo nível de desempenho do pessoal e insuficientes critérios de avaliação sem relação com políticas de retribuição	De acordo com resultados e competências requeridas para a contratação Âmbitos individual e coletivo
Educação	Não-sistemática, sem relação direta com necessidades estratégicas do hospital	Processo sistemático de treinamento em serviço de acordo com as necessidades educativas individuais ajustadas aos processos de trabalho
Sistema de informação	Muito pouco desenvolvimento	Desenhada para a instituição como critério fundamental para a tomada de decisões
Quem administra o recurso humano	Unidades de pessoal aplicando a legislação vigente com baixa participação nas decisões institucionais	Alta gerência institucional

**Fontes:** Brito P. Gestión descentralizada de recursos humanos en salud en la reforma sectorial. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde; 1996: 1-23; Artaza O. Documento de posición. Santiago do Chile: FUNDARED; 2000. Elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, 2000.

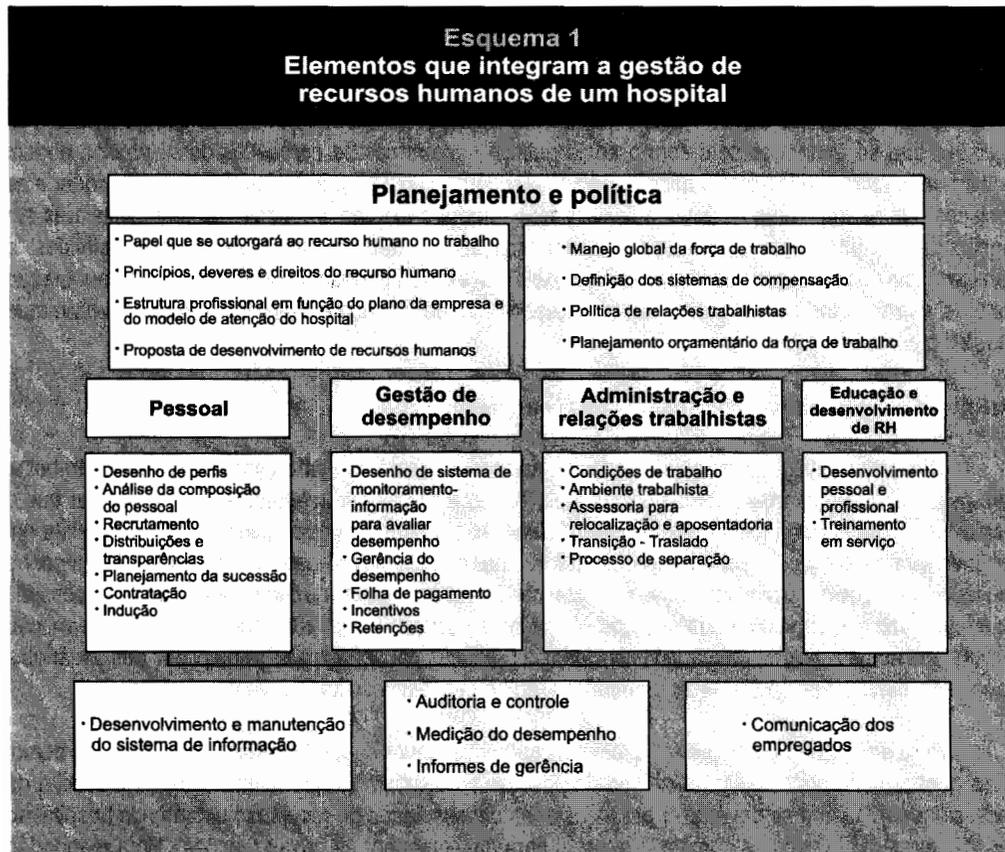
Neste marco que caracteriza a gestão de recursos humanos, necessária para responder às circunstâncias atuais, propõe-se exercer uma gestão que integre a dimensão estratégica da análise política e técnica,<sup>11</sup> a gestão dos valores para a mudança;<sup>3</sup> impulsionar o auto-regulamento individual e coletivo,<sup>1</sup> a filosofia da qualidade, o equilíbrio financeiro e a implantação de técnicas e tecnologias avançadas. Todos estes elementos deverão gerar estilos de ação capazes de responder ao entorno. A ênfase da gerência de recursos humanos recai na necessidade de conseguir organizações e ambientes trabalhistas nos quais as pessoas não só tenham que trabalhar, mas que possam e queiram trabalhar, isto é, em organizações efetivas. A conservação de um ambiente no qual as pessoas queiram trabalhar se inicia com um sistema salarial e de benefícios puramente ligados ao rendimento do pessoal, de acordo com a lei, mas com claras diferenciações do pagamento por rendimento e as responsabilidades assumidas. Uma organização efetiva requer avaliar o rendimento e a qualidade. Na origem da organização hospitalar,

encontram-se a definição da estrutura organizativa e, sobretudo, a dotação de recursos de qualidade. Daí a importância de selecionar pessoal adequado e avaliá-lo, continuamente, e de dispor de políticas em termos da relação trabalhista.

### ***A função dos recursos humanos no hospital: algumas propostas***

O desafio atual enfrentado pelos gerentes é administrar os valores e as capacidades das pessoas e adaptá-los às exigências da demanda em um clima organizativo favorável. No caso do hospital, a gestão deve responder a uma visão de serviços orientados a interagir com o usuário, na medida do possível.

A gestão dos recursos humanos está integrada pelos elementos que aparecem no Esquema 1, no qual se oferece, além disso, uma visão geral da multiplicidade de aspectos que devem ser abordados em um hospital. Esta função exige a aplicação de conhecimentos, técnicas e instrumentos e sua aplicação envolve os campos do planejamento e da política, a definição e a manutenção contingente de recursos humanos *staffing*, a gestão do desempenho, a administração do pessoal e a gestão das relações de trabalho, bem como a educação do pessoal e o desenvolvimento da capacidade de trabalho. Estes elementos são descritos, sucintamente, a seguir.



**Fontes:** Price Waterhouse and Coopers. Documento de consultoria. Quito: Ministério da Saúde Pública; 1999; World Health Organization. Training manual on management of human resources for health. Geneva: WHO; 1993. (Document WHO/EDUC/93.201.) Elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, 2000.

### **Planejamento e política**

A política institucional de recursos humanos relaciona-se diretamente com a política de desenvolvimento do hospital e, neste sentido, está subordinada à orientação que este se proponha e que somente poderá seguir se contar com recursos humanos capazes e convencidos de alcançar os objetivos propostos. A definição de uma política refere-se a todas as decisões e ações que influem na forma de selecionar, contratar, distribuir e administrar os recursos humanos da instituição. Ao ser desenhada, deve-se realizar uma análise estratégica do lugar que seus atores ocupam no hospital, bem como dos determinantes externos da gestão de recursos humanos. Algumas áreas que têm uma clara incidência na gerência de pessoal são a influência dos próprios empregados e trabalhadores nas decisões de pessoal, delimitada pelas leis, estatutos e contratos coletivos, formas de trabalho, que incluem normas disciplinares e o exercício adequado de direitos, as remunerações no contexto legal e dentro de organização e o fluxo interno (de ingressos, promoções e demissões).

É suficiente efetuar uma análise destas quatro áreas no setor público para mostrar a escassa flexibilidade e factibilidade de administrar, efetivamente, os recursos humanos, incluso em instituições com certa delegação. Isso implica a importância dos recursos humanos quando se considera o aspecto estratégico que afeta a negociação e a mudança tanto intra quanto supra-institucional.

E necessário que cada hospital explicita uma estratégia de recursos humanos que garanta que as decisões que se tomem contem com o apoio político necessário. Os conteúdos desta política podem incluir temas relacionados com a consecução de resultados concretos, a descentralização do poder e as decisões que se tomem no hospital, a flexibilização interna e externa, as modificações hospitalares em função da sua integração a uma rede, a comunicação e a negociação de relações trabalhistas, a transparência dos processos de contratação, o uso e o acesso à informação, os sistemas de remuneração justos e relacionados com o desempenho, a capacidade em serviço e, por último, o desenvolvimento pessoal e profissional.

### **Definição e manutenção contingente de recursos humanos**

Uma vez identificados os objetivos das organizações, é fundamental conformar equipes de trabalho com pessoas que reúnam as competências, habilidades e os valores adequados para assegurar que a instituição possa alcançá-los. O objetivo da manutenção contingente de recursos humanos consiste em desenvolver uma estratégia global para conformar equipes de trabalho no hospital, coordenar o desempenho dos funcionários de carreira e nomeação e realizar contratações coletivas ou contratos ocasionais a pessoas ou a empresas que têm comprado serviços. No caso do hospital, é primordial analisar toda a informação relacionada aos estudos de mercado institucional, à produção por serviço e às percepções dos usuários e trabalhadores, a fim de conhecer as demandas a que o pessoal hospitalar deverá responder.

Para organizar o contingente de recursos humanos, dever-se-á responder a perguntas tais como: quais pessoas são necessárias? Que tipo de pessoas se dispõem (o que permitirá definir a brecha de necessidades)? O que se deve fazer para ajustar as necessidades de recursos humanos do hospital ao pessoal existente? Como se consegue pessoal para desempenhar as novas funções? Para responder, operativamente, a estas perguntas é preciso, por um lado, definir perfis profissionais e ocupacionais e, por outro, elaborar a norma do hospital relacionada à dotação do pessoal.

### Configuração de perfis profissionais

Como se mencionou anteriormente, os perfis profissionais e ocupacionais requeridos (à margem de que se refiram a indivíduos ou a empresas) se baseiam nos planos de empresa, na visão institucional e na missão de cada serviço e departamento, bem como nos produtos que se pretende obter. Também é necessário especificar as competências dos recursos humanos, pois isso permite clarificar os requisitos que deve reunir o responsável de desempenhar determinadas funções. Por acréscimo, este nível de definição facilita a avaliação do desempenho desse grupo de recursos humanos. (O exemplo 1 do anexo descreve um instrumento de contratação por produto de empresas e os termos de referência para indivíduos ou empresas no âmbito dos serviços de saúde). Um perfil profissional consta dos seguintes elementos, que devem ser definidos com clareza:

- Denominação: qual é a ocupação fundamental que terá o trabalhador ou a empresa contratada?
- Dependência: qual é a linha hierárquica do trabalhador, da imprensa e das pessoas a serem coordenadas para o trabalho?
- Descrição de competências necessárias para o desempenho das funções (formação profissional individual ou de equipe, experiência em temas específicos, descrição concisa de funções).
- Descrição de produtos que esperam em seu trabalho.

### Dotação de pessoal hospitalar

Para dotar-se de pessoal, o hospital dispõe de várias técnicas. No geral, estima a dedicação profissional e não-profissional em horas de acordo com a demanda e a produtividade das diferentes unidades operacionais da instituição. Apesar das dúvidas que existem quanto à aplicação de normas de dotação, é importante ressaltar a necessidade de definir no hospital, e conforme a suas peculiaridades, um referente que permita avaliar a estrutura e o volume do pessoal (no exemplo 2 do anexo, são descritos modelos de dotação do pessoal de saúde). A seguir, são resumidos os tipos de normas que podem ser utilizadas para tal efeito:

- Serviço ideal: costuma se basear em indicadores ótimos que servem como referentes em longo prazo e permitem realizar análise de avanços.
- Política institucional: define-se, segundo pesquisas de produtividade, boas práticas gerenciais e opiniões de expertos nos níveis desejáveis de composição e distribuição do pessoal relacionado ao padrão de serviços ofertados.
- Padrão mínimo: aquelas necessidades mínimas para o funcionamento da instituição.
- Norma de boa prática: são úteis para fazer comparações e estabelecer referências (*benchmarking*) que mudam constantemente.
- Cenários: estão sujeitos a variações da oferta e da demanda de serviços, e são utilizados para fazerem projeções da modificação do número e a complexidade dos serviços que se vai ofertar.
- No geral, a norma é um referente de planejamento e controle cujos limites devem ser entendidos em função de estruturas flexíveis e dinâmicas.

O estabelecimento e o controle da composição da equipe humana do hospital é uma tarefa permanente que deve permitir fazer os ajustes pertinentes. Para isso, é útil se formular as seguintes perguntas:

- São corretos o número e a composição do pessoal atual?
- Que modificações deve-se fazer para responder a demandas da população agregada ao hospital?
- Que estratégia gerencial pode melhorar a organização e desempenho do recurso humano?
- Que impacto na composição de pessoal poderia ter a inovação tecnológica?

Definidos a composição da equipe humana do hospital e os perfis que procurados, pode-se proceder à seleção, à contratação e à incorporação do pessoal na sua nova função.

### **Seleção de pessoal**

A seleção de pessoal permite concretizar a escolha adequada de empregados para o hospital com o fim de complementar a oferta institucional de serviços de saúde. Para aplicá-la, deve-se decidir que opção é a mais adequada: seleção interna, seleção externa ou compra de serviços de terceiros (no exemplo 3 do anexo, é apresentado um formulário para registro de informação de solicitantes de emprego). Por outro lado, a seleção pode ser efetuada utilizando diferentes mecanismos: qualificação pela norma vigente no país (colegiados profissionais, instituições públicas e leis de Serviço Civil), valorização de experiência de vida, oposições, valorização quantitativa das solicitações de trabalho, entrevistas individuais, entrevistas corporativas, solução de problemas específicos de acordo com as competências solicitadas, etc.

A seleção é, em muitos países, uma tarefa que corre a cargo dos sindicatos profissionais e que se realiza com muito pouco ou nenhum controle por parte dos gerentes dos hospitais. Isto dá lugar a dificuldades adicionais e constitui, sem dúvida, um aspecto que deverá ser modificado em médio prazo, mediante um sério processo de negociação.

A seleção e a contratação do pessoal tende a superar as formas legais vigentes, respeitando os princípios constitucionais de igualdade, mérito e capacidade. Em alguns casos, observa-se a criação de sistemas de seleção que agrupam vários hospitais com planos de emprego coordenados.

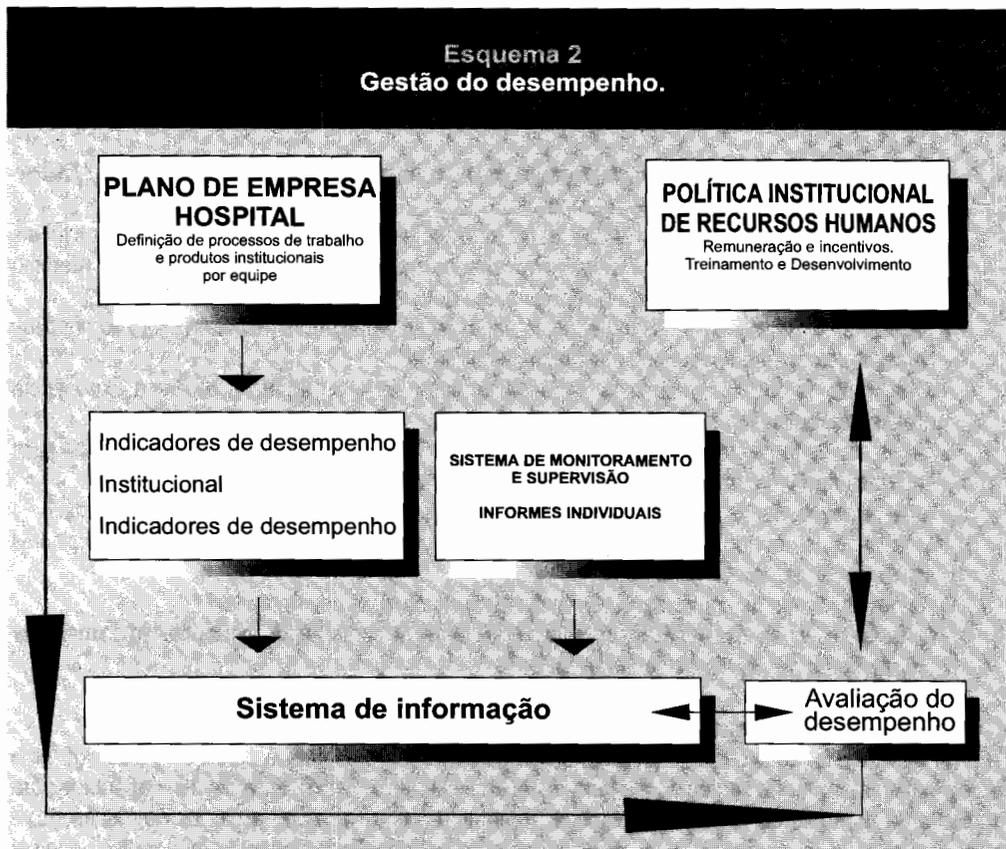
A contratação do pessoal selecionado é o momento de aplicar os formatos legais em que se estabelecem as condições de trabalho, as obrigações e os direitos dos trabalhadores; isso implica a importância de aplicá-la com a maior transparência e objetividade possível, para o que é interessante revisar instrumentos contratuais que incorporam definições pormenorizadas dos processos em que o contratado intervém e os resultados que se esperam do seu trabalho (termos de referência e compromissos de gestão, principalmente). A existência de documentos legais que especificam as condições trabalhistas permite, em um contexto de gestão descentralizada, melhorar o desempenho dos empregados, reduzir os índices de absentismo e rotatividade e, ao mesmo tempo, estabelecer as obrigações do empregador quanto à seguridade no trabalho.

Uma vez contratado o candidato, e para efeitos de agilizar sua inserção, deve-se proceder a sua incorporação ou indução, que deve começar com a sua orientação na instituição, (no exemplo 4 do anexo, resume um plano de indução).

### **Gestão do desempenho**

A gestão do desempenho é a capacidade de movimentar desejos, competências e valores em função de resultados institucionais, pessoais e de serviço à comunidade. A gestão do desempenho de uma burocracia profissional, como a que caracteriza o hospital, exige realizar um importante esforço de normalização de habilidades e conhecimentos na assistência direta. Esta linha de ação corresponde à denominada gestão clínica, uma técnica gerencial especialmente aplicada em organizações de saúde que parte de processos participativos de implantação de protocolos, busca de consenso e novas formas de comunicação interna, que permitem diminuir a variabilidade da prática clínica e estabelecer, por consenso e com quase total autonomia, as prestações.

A utilização de qualquer técnica para avaliar o desempenho deve considerar a possibilidade real de relacionar os resultados obtidos com os sistemas de retribuição e incentivo, capacitação e reciclagem e promoção. No Esquema 2, estão representadas algumas destas relações:



*Fonte* (e elaboração): Fundação Equatoriana de Saúde, 2000.

### ***Avaliação do desempenho***

Em relação à avaliação do desempenho, cabe dizer que a elaboração e a aplicação de uma proposta de avaliação é uma tarefa técnica que deve partir das competências (conjunto de habilidades, capacidades, conhecimentos, padrões de comportamento e classes de atitudes que definem um desempenho superior e resolutivo frente a determinado problema) para desenvolver ações concretas no trabalho individual e coletivo que a instituição tenha considerado necessárias para alcançar seus objetivos de produção. A tradução destas competências e produtos a indicadores qualitativos e quantitativos concretos, a definição de técnicas para obter, sistematicamente, informação, a implantação de um sistema de informação que registre as medições e processe os resultados, a disponibilidades dos mecanismos para fazer valorações finais (individuais e coletivas) e a sua relação com os sistemas de pagamento e incentivo são algumas das tarefas da equipe responsável da gestão de recursos humanos do hospital. É importante ressaltar que todo este processo deve-se desenvolver de forma participativa e consensual (no exemplo 5 do anexo, está exposta o caso do Hospital Luis Calvo Mackena, de Santiago do Chile, que emprega um sistema de gestão do desempenho no marco de um processo global de transformação hospitalar).

Tanto para desenhar um novo sistema de avaliação do desempenho como para valorizar sistemas em aplicação, pode ser útil responder às seguintes perguntas: <sup>12</sup>

- Existe algum mecanismo de gestão do desempenho que esteja sendo utilizado na instituição?
- Estes mecanismos se baseiam em supervisão, avaliação, recompensa, habilidades e competências ou disciplina?
- Todos estes mecanismos fazem parte de uma proposta de gestão do desempenho ou privilegia algum deles?
- Como os diferentes níveis do hospital percebem os aspectos de gestão do desempenho? Utiliza-se esta gestão como ferramenta gerencial?
- Os gerentes dos diferentes níveis da organização aceitam a responsabilidade segundo os níveis de desempenho acumulados? Estão capacitados para decidir a melhor forma de medir o desempenho na prática e decidir os critérios que devem ser utilizados para esse efeito?
- Realiza-se a avaliação do desempenho com a prestação de contas (*accountability*) do hospital, carreira, alocação de postos de mais responsabilidade?
- Quais são os critérios, requisitos e procedimentos necessários para acreditar a experiência profissional aplicadas no hospital?
- Quais são os requisitos externos que devem cumprir os membros das equipes de trabalho para seu desempenho (sobretudo os grupos de profissionais)?
- Quão efetivos são os requisitos externos para identificar profissionais de baixo rendimento?
- Quais são as oportunidades e ameaças que se derivam das políticas nacionais e institucionais sobre gestão do recurso humano?
- As novas formas de contratação permitirão elevar o nível de desempenho?
- Que sistema é necessário para aproveitar a nova forma de contratação com o objetivo de melhorar o desempenho individual e da organização?

#### **Formas de compensação e incentivos**

A política e o manejo de retribuições é um instrumento de gestão, o ponto de partida de uma estratégia de mudança, não somente uma ferramenta administrativa. Esta política deve ser orientada para o aumento da consistência interna, relacionada à estrutura e à avaliação de cargos da instituição, e externa, em relação com o mercado de trabalho (pesquisa salarial). Todo sistema remunerativo deve ser claro e concreto para que toda pessoa saiba o que recebe e por que o recebe.

Tradicionalmente, a composição salarial se estabelece conforme as seguintes variáveis:<sup>13</sup> política salarial da empresa, capacidade financeira e de desempenho da mesma, situação do mercado de trabalho, conjuntura econômica (inflação, custo de vida, etc.), condicionantes na negociação coletiva e regulamentação de organizações profissionais e legislação trabalhista. Geralmente, os salários das áreas de saúde dos diferentes países da Região têm deixado clara uma deterioração e que as decisões dos pisos salariais dependem, geralmente, de disposições estatais nas quais o gerente de recursos humanos não está incluído. Porém, no marco dos processos de desconcentração e, sobretudo, de descentralização e autonomia hospitalar, tem-se incorporado alguns mecanismos que permitem modificar as retribuições do pessoal de saúde.

Existem três formas básicas de remuneração. Primeiro, por tempo, na qual não se costuma controlar a qualidade da produção e o pagamento é fixo. Segundo, por resultado, geralmente associada com a qualidade da produção e na qual o pagamento é variável. E, terceiro, mista, que consiste em uma combinação das duas anteriores, isto é, um pagamento fixo e outra fração variável relacionada com o desempenho.

Atualmente, além das formas de remuneração e contratação vigentes pela lei, e no marco de uma tendência de flexibilização das condições de trabalho, tem-se incorporado novas formas de pagamento e contratação. Dois pesquisadores descrevem as seguintes formas de contrato e pagamento em saúde:<sup>14</sup>

- Salário fixo por tempo fixo, geralmente baixo; regimes jurídicos únicos que incluem os serviços civis com cargos de confiança ou livre remoção, nomeações, contratos por tempo fixo e a contratação coletiva.
- Pagamento direto de honorários livremente negociados entre provedor (profissional) e cliente (paciente) sem intervenção de um terceiro pagador.
- Pagamento por tabela de valores pré-estabelecidos por terceiros (corporações profissionais, seguros).
- Pagamento por caso resolvido, independente do número de exames, visitas ou atos médicos realizados.
- Pagamento por capacitação.
- Salário misto: composto por uma parte fixa por tempo e uma parte variável por rendimento ou por procedimento realizado.
- Pagamento de remuneração variável em função do volume e da qualidade de atos e procedimentos.
- Pagamento a terceiros, modalidade alternativa de contrato de grupos de profissionais, empresas ou outras organizações para desenvolver atividades específicas.
- Bolsas de trabalho, geralmente destinadas a estagiários.

As tendências atuais parecem privilegiar a estruturação de um sistema de pagamentos, misto que incorpora uma fração fixa e outra variável associada com a produtividade individual ou coletiva. As diferentes figuras de contratação e pagamento deverão ser definidas no marco da política institucional de recursos humanos. Neste marco de multiplicidade de mecanismos de pagamento, é essencial identificar os comportamentos que estes mecanismos induzem no recurso humano (por ex., se o pagamento é por prestação, tende-se a aumentar o número, mesmo que este atente contra a qualidade). Segundo os diferentes enfoques das teorias de motivação, o efeito motivador da remuneração no desempenho dos trabalhadores se atribui a que a remuneração não só representa uma variável econômica, mas também simboliza uma parte das recompensas psicológicas que o indivíduo procura no seu ambiente de trabalho. Os aspectos não-monetários (responsabilidade, realização pessoal, reconhecimento, relações humanas) são outros fatores de motivação importantes no momento em que se desenhar uma proposta de retribuição no hospital (no exemplo 6 do anexo, descreve-se um modelo gerencial de GRID).

### **Incentivos**

Neste capítulo, o termo incentivo é utilizado em sentido lato para denominar aquelas intervenções que modulam a conduta do trabalhador da saúde no desempenho do seu trabalho cotidiano. A utilização de incentivos se inscreve no marco de diferentes formas de pagamento ou compensação salarial, concebidas como parte dessa compensação que, junto com a remuneração-base (salário, tarifa básica) e os benefícios que inclui o acordo ou contrato trabalhista, conformam a compensação ou a retribuição que recebe o empregado por seu trabalho.

Numa divisão muito geral, os incentivos podem ser financeiros e não-financeiros, e os efeitos que a utilização de uns ou outros gera correspondem tanto ao nível da produtividade e o rendimento individual e de grupos de trabalho, como ao do desempenho global das instituições de saúde.

Um primeiro tipo de incentivos que deve ser mencionado é aquele que está associado com a forma de pagamento por serviços de saúde (Quadro 4).

**Quadro 4**  
**Efeitos das diferentes formas de pagamento.**

Efeito	Forma de pagamento				
	Pagamento por produto			Pagamento por tempo	
	Pagamento por procedimento	Pagamento por caso resolvido. Soma global <sup>1</sup>	Capacitação	Pagamento adicional por produtividade individual ou por grupo de trabalho	Salário fixo
Individual	Aumenta a produção	Diminui as provas complementares	Dá-se a mínima atenção possível diminuem os ingressos	Melhora a produtividade	Incentiva o menor esforço
Institucional	Aumenta o custo. Inclui as prestações mais caras	Menor resolução de procedimentos mais baratos. Aumenta os tratamentos mais complexos e invasivos.	Excluem-se os pacientes complicados ou crônicos	Aumenta a produtividade e a competitividade	Produção básica

<sup>1</sup> O custo é calculado sobre a base de um diagnóstico e um processo de resolução de um grupo relacionado com o diagnóstico.

<sup>2</sup> Valor fixo por paciente atendido que, geralmente, inclui um pacote de serviços definido.

O emprego de toques salariais (*ceilings*) para o pagamento de atos médicos – muito utilizados pelas empresas seguradoras e pelos próprios serviços de saúde – constitui um incentivo financeiro que funciona como reguladores de custos.

Outros tipos de incentivos na gestão, conduzidos a regular as práticas de trabalho na prestação de serviços de saúde, raciocinar a atenção e conter custos são os seguintes:<sup>15</sup>

1. Colocar como porta de entrada (atenção primária à saúde) da prestação de serviços de saúde a médicos generalistas ou de família a fim de minimizar as intervenções de maior complexidade e custo.
2. Exigir certificados de pré-admissão no nível ambulatorio como requisito para o ingresso hospitalar.
3. Segunda opinião obrigatória para realizar uma intervenção cirúrgica.
4. Avaliação concorrente da permanência no hospital.
5. Administração de casos.
6. Revisão por pares.
7. Contratação de médicos com alta capacidade de resolução.
8. Guias de prática clínica custo-efetivas.

Diversos estudos indicam que, se o incentivo financeiro é determinante ao definir a conduta frente ao trabalho, também existem outros incentivos que aumentam a satisfação de quem trabalha e, por conseguinte, o desempenho individual e organizativo. Alguns exemplos deste tipo de incentivos são os seguintes:

1. Participação consultiva (propostas de mudanças institucionais), substantiva (em decisões de horários, capacitação, organização de processos, etc.) ou representativa (parte da junta diretiva ou outras formas de direção).

2. Repartição de lucros dependendo dos rendimentos, geralmente com fundos comuns distribuídos periodicamente.
3. Garantia de vínculos de trabalho em longo prazo.
4. Garantias e direitos individuais especiais (apoio em gastos familiares, educativos, etc.).
5. Pertença a organizações com objetivos claros.

Todos estes elementos constituem uma referência do amplo capítulo dos incentivos, muito relacionados com o tema atual de medição da produtividade e a qualidade dos serviços de saúde e a avaliação do desempenho do pessoal.

## **Motivação**

Um dos elementos-chave para a gestão do desempenho é a motivação. Não obstante, em um ambiente de salários, incerteza para o desenvolvimento da carreira profissional, mínima ou nenhuma recompensa ao bom desempenho e supervisão punitiva ao invés de apoio, o sucesso que pode se esperar das modalidades de motivação é, freqüentemente, escasso. Nos países da Região, os processos de reforma têm começado por aumentar as exigências de produtividade dos recursos humanos sem modificar suas condições de trabalho (salários, recompensas, estímulos, possibilidades de desenvolvimento individual e profissional) nem prepará-los para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços. Estes aspectos têm contribuído para desanimá-los.

Os fatores de motivação individual se relacionam diretamente com a satisfação das necessidades individuais. O trabalho pode satisfazer muitas das necessidades do indivíduo, mesmo que corresponda a cada organização identificar os fatores que estimulam e desanimam as pessoas, um aspecto muito vinculado com a dinâmica gerencial da instituição e, evidentemente, com o marco global de cada país. A motivação é um elemento crítico para o sucesso da organização, apesar de não ser o único para assegurar um alto nível de desempenho. Este se logra em um contexto de ampla participação e auto-regulamento individual e de grupo, orientados para a qualidade para a transcendência de prestar serviços à comunidade. O exemplo 7 do anexo descreve um caso de remuneração mista e, no exemplo 8, são enumerados os fatores que afetam as atitudes no trabalho.

## **Administração do pessoal e gestão das relações trabalhistas**

A administração do pessoal refere-se à gestão das condições de trabalho tanto do ponto de vista da legislação quanto das relações de trabalho individuais e coletivas (representações sindicais). O logro de um adequado equilíbrio entre a influência dos empregados e o poder da direção é um fator estratégico do sucesso da gerência.

A administração de pessoal, especialmente no setor público, tem sido sinônimo de aplicação de normas na gestão do recurso humano. Um dos problemas enfrentados neste campo é a diversidade de regimes trabalhistas, aspecto que merece ser analisado detalhadamente.

Aparentemente, o futuro das relações de trabalho encontra-se na delegação das funções operativas para melhorar a interlocução social (valorização e classificação de postos de trabalho, seleção e modelos de contratação, causas de demissão, regime disciplinar, etc.) com a criação de processos de arbitragem interno, que diminuam o julgamento externo.

### **Gestão de recursos humanos na presença de diferentes regimes trabalhistas**

Em um cenário de gestão hospitalar orientado para a autonomia adquire relevância a gestão de recursos humanos em presença de diferentes regimes de prestação de serviços. Os regimes civis regidos por normas de direito público, mediante as quais os funcionários não podem fazer outra coisa senão o previsto na Constituição e nas leis de seus países, diferentemente do que acontece no direito privado, que permite fazer tudo o que não está proibido pela lei.

Na maioria dos países da Região, coexistem dois regimes fundamentais para a gestão de recursos humanos: o Serviço Civil e os Códigos do Trabalho. No centro de cada regime, existem algumas modalidades de contratação, como nomeações definitivas, nomeações precárias, contratos temporais, períodos probatórios, etc., às quais se somam, atualmente, as formas alternativas de contratação mencionadas anteriormente. Tudo isso aumenta a complexidade da gestão de recursos humanos.

A gestão de recursos humanos deve levar em conta, por outro lado, que as leis de direito público e os contratos coletivos de trabalho não são fins em si próprios, mas instrumentos para alcançar os objetivos institucionais. Negociando as condições trabalhistas, os interlocutores dos pactos coletivos de trabalho (sindicatos, organizações profissionais) são quem exercem pressão e obtêm conquistas sociais, ou direitos. Estas conquistas são de aplicação obrigatória em instituições, principalmente nas públicas, o que, em muitos casos, não guarda relação com seus objetivos e políticas, pois se converte em obstáculos para a gestão de recursos humanos. Um exemplo disso é a administração direta de concursos por parte dos sindicatos médicos ou a aplicação dos sistemas de escalão para estimar o salário, independentemente do rendimento do contratado.

#### **Gestão das relações de trabalho (ambiente de trabalho favorável)**

O objetivo central da gestão das relações trabalhistas deve ser a criação de um ambiente de trabalho que permita o desenvolvimento dos recursos humanos e a procura de pessoas idôneas, capacitadas, comprometidas e estimuladas para satisfazer às necessidades de seus usuários. Isto exige que o hospital conceda importância estratégica à potenciação do seu pessoal, estimule a criatividade, a capacidade inovadora e o compromisso do seu pessoal com novos estilos de interação com os usuários, a comunidade e a rede de serviços. A gestão das relações trabalhistas requer aplicar alguns princípios e técnicas, entre as quais destacam as seguintes:<sup>16</sup>

- Eficiência no uso de diferentes estilos gerenciais, de acordo com as necessidades específicas do hospital.
- Uso de técnicas de delegação para aumentar a responsabilidade e estimular o desenvolvimento das equipes de trabalho. Para isso, é preciso decidir quais tarefas são delegáveis e quem pode realizá-las em um ambiente que fomente o desenvolvimento do pessoal e da sua futura mobilidade.
- A utilização de diferentes mecanismos para assegurar uma conduta corporativa adequada, mediante a definição participativa de princípios e valores organizativos, dando facilidades ao trabalhador, responsabilizando-o dos seus produtos e fomentando seu auto-regulamento. As regras e os procedimentos disciplinares devem ser claros e conhecidos por todos ao mesmo tempo que se prevejam mecanismos de aplicação de sanções em conformidade com a lei vigente e a gravidade dos atos.

### Manejo de conflitos

Uma das competências de maior importância neste tema é a de manejar conflitos. Para alcançá-la, é preciso que os integrantes dos diferentes grupos trabalhistas se aproximem, sistematicamente, com os objetivos de analisar seus processos de trabalho, definir necessidades, detectar problemas e solucioná-los. A tal efeito, é preciso seguir certos passos, que são resumidos a seguir:

- Definir os requisitos e as necessidades.
- Obter informação.
- Identificar a correlação de forças e as probabilidades de solucionar os problemas nas circunstâncias atuais.
- Gerar soluções alternativas.
- Definir mínimos e máximos permissíveis e alcançáveis.
- Estruturar uma estratégia de negociação.

### Educação e capacitação

A preparação das estratégias de formação em ambientes de mudança e reforma leva, necessariamente, a se perguntar pela vigência dos velhos paradigmas. Sem nos expor, previamente, à reavaliação do processo de aprendizado das profissões e do papel do cidadão como usuário ativo ou potencial do sistema na tomada de decisões, dificilmente, poder-se-á elaborar estratégias de formação úteis para que as reformas sanitárias possam ter sucesso.<sup>17</sup>

Se o ser humano deve passar a maior parte da sua vida no trabalho, este deve se constituir na fonte dos seus desafios para avançar no conhecimento e no aperfeiçoamento das suas destrezas, mais ainda no espaço hospitalar, que constitui um cenário privilegiado de aprendizado e ensino, tradicionalmente, restrito aos temas técnicos das profissões da saúde, que na atualidade inclui as complexidades da gerência de serviços de saúde, economia e financiamento de serviços sociais.

Como explicado por um pesquisador, os processos de educação permanente devem responder a certos princípios que garantam o seu impacto no desempenho organizativo para a mudança. Estes princípios da educação permanente são os seguintes:<sup>18</sup>

- Que mobilize o pensamento de quem participa.
- Que motive a realização de ações reflexivas e diferentes.
- Que seja atual, tanto por sua relação com o desenvolvimento do conhecimento quanto pela oportunidade do tema.
- Que permita formular perguntas novas e desafiantes.
- Que inclua todas as pessoas que têm a ver com seu trabalho cotidiano.

Metodologicamente, a educação permanente se inscreve em uma proposta educativa que pretende superar o tradicional paradigma educativo e pode comparar-se com um sistema de preenchimento no qual o instrutor acrescenta conteúdos.<sup>19</sup> Esta educação aplica o ensino para adultos, baseia-se na experiência, é participativa e utiliza meios de comunicação e audiovisuais. Além disso, desenha, organiza, executa e baseia-se na concepção do aprendizado como um processo pessoal de incorporação de novos elementos nas pessoas de forma organizada e a modo de um sistema de filtros que permitem ao ser humano fazer-se consciente do que sabe, algo mais complexo que lembrar, que é a reflexão, um elemento básico do apreender, um fenômeno ativo que configura o paradigma em que devem ser baseadas as novas estratégias educativas.<sup>19</sup>

Para incidir nos processos de trabalho, a educação permanente deve partir do trabalho e identificar as mudanças que nele se requerem; para isso, a gerência deve se perguntar: quem e o que faz falta para cumprir com a visão do hospital, serviço ou departamento? A resposta deve permitir identificar problemas concretos cuja solução deve direcionar o processo de aprendizado. Evidentemente, a resolução de problemas por meio da educação se converte em um exercício permanente que, no hospital, deverá constituir um dos elementos que contribuam a viabilizar o cumprimento do seu plano de empresa previsto.

Para desenhar e executar um projeto de educação permanente, os seguintes passos podem ser seguidos:

1. Analisar e interiorizar a visão do hospital e a missão da unidade de atenção em que se apreenderá, por meio de um programa de educação permanente (a dimensão da análise pode ser institucional, por serviço, departamento, grupo profissional, etc.).
2. Fazer um diagnóstico de necessidades educativas utilizando diferentes abordagens:
  - Pelo perfil epidemiológico das doenças diagnosticadas e tratadas em cada serviço do hospital.
  - Por erros nas prestações por serviço ou processo de trabalho.
  - Pelos vazios detectados na avaliação do desempenho individual e coletivo (supervisão, auditorias de trabalho).
  - Pela comparação do processo de trabalho desejado com o que, atualmente, tem um serviço ou organização.
  - Pelas percepções dos usuários externos e internos (informantes-chave, grupos focais, etc.).
3. Definir os eixos educativos da intervenção (clínico-cirúrgico, epidemiológico, gerencial, de participação e mobilização social, pesquisa, etc.).
4. Definir, de acordo com os métodos educativos apresentados, experiências de aprendizado que se ajustem às peculiaridades da população à qual se dirija o programa educativo.
5. Executar o programa no hospital, entendido como um processo sistemático e permanente que procura manter um pessoal atualizado e capaz de executar com precisão procedimentos e técnicas específicas, mas também com capacidade de refletir sobre os processos de trabalho, o ambiente interno e o externo de hospital.
6. Valorizar o impacto educativo nas mudanças de conduta (acomodação, ajuste, redireção ou transformação).

### **Sistemas de informação**

Os sistemas de informação em recursos humanos devem deixar de ser meramente administrativos e funcionar como instrumentos de gestão e tomada de decisões para otimizar o hospital. Devem incluir mecanismos simples de segmento automatizado da jornada anual, altas, baixas, doenças profissionais e trabalhistas, retribuições, benefícios sociais, etc. Nos sistemas de avaliação, deve-se incorporar indicadores de processos, produtos, informes gerenciais e de auditorias médicas, etc., e a informação que se obtenha terá que se estratificar por centro ou serviço.

Todos os dados que são oferecidos em um sistema de informação devem ser amplamente debatidos e analisados, pois a comunicação é um dos canais de influência para a mudança de maior potência. Por isso, os sistemas de informação seguem sendo um elemento-chave do sucesso da gestão do hospital, pois permitem tomar decisões oportuna e adequadamente. O contrário enfraquece a autoridade, fomenta a aparição de grupos de poder que concentram informação relevante e atrasa ações necessárias que devam ser realizadas.

## Como dinamizar ações para pôr em andamento os processos de mudança e renovar a gestão dos recursos humanos do hospital?

Partindo da atuação do recurso humano nos processos de mudança do hospital, é necessário reiterar que sua gestão corresponde ao mais alto nível diretivo da instituição e que forma parte fundamental de sua estratégia de desenvolvimento. No caso do hospital, a gestão de recursos humanos não se esgota na direção ou nas instâncias responsáveis da administração, mas se desenvolve em cada serviço e departamento da organização, assim que esta gestão é considerada como parte integrante essencial da estratégia gerencial global do hospital. Para dinamizar esta integração da estratégia de recursos humanos na do hospital recomenda-se:

- a) Explicitar uma filosofia de melhoria contínua da qualidade estimulada pela gerência e a constituição de equipes de qualidade em cada serviço que orientem a cultura organizativa para o serviço ao cliente. Pela alta complexidade do hospital como organização, a liderança e a motivação devem fazer parte de toda uma equipe e não unicamente do gerente. Não se pode produzir uma mudança sem uma liderança que a comunique com força e clareza e que lute por ela com tenacidade até alcançá-la.
- b) Impulsionar o estabelecimento de equipes técnicas capacitadas, que apóiem as decisões estratégicas da direção hospitalar e que garantam que a estratégia de recursos humanos é congruente com a da instituição.
- c) Definir uma política de recursos humanos que privilegie sua capacidade criadora e ratifique sua importância para a instituição mediante ações concretas.
- d) Promover o uso compartilhado de indicadores. Para administrar os processos de mudança nos hospitais, a gerência deve promover o uso de indicadores de produtividade dos recursos. O conhecimento compartilhado de indicadores de custo por egresso ou por paciente atendido, do nível de satisfação dos usuários e sua comparação com os de outros centros de saúde, ou com os obtidos anteriormente pelo mesmo hospital, são a fonte de idéias e propostas de melhoria. A realização destas tarefas deve correr por conta de grupos de pares (equipes responsáveis da gestão do recurso humano em diferentes hospitais).

## Bibliografia

- 1 Granda E. Lineamiento para el desarrollo de recursos humanos em salud em el marco de la reforma del sector. *Rev Instit Juan César García* (La Habana) 1998; 51-59.
- 2 Organização Pan-Americana da Saúde. *Reunião regional de recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial*. São José, Costa Rica: OPS; 1998. (Serie Desarrollo de recursos humanos No. 8)
- 3 Artaza O. *Gestión de recursos humanos*. Santiago do Chile, 2000. (Documento mimeografado)
- 4 FIOCRUZ. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. (Módulo 14. Gestão em saúde. Material de trabalho acadêmico.)
- 5 Weiss D. *La función de los recursos humanos*. Les Editions d'Organisation. Madri: Editions Cofias; 1992.
- 6 Cuervo J, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. Madri: Vicens Vives; 1984.
- 7 Oviedo L. *La precarización laboral en Europa y los Estados Unidos*. Quito, 1997. (Documento mimeografado)

- 8 Organização Pan-Americana da Saúde. *Funciones de la salud pública*. Washington, DC: 1997. (Documento de trabalho)
- 9 Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 10 Bosch O. *La organización de los órganos de gobierno de las instituciones sociales con responsabilidad pública: perspectivas y retos para los hospitales*. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 12 Martineau T, Martínez R. *Resources in the health sector*. Geneva: World Health Organization; 1997.
- 13 Chiavenatto I. *Recursos humanos*. São Paulo: Atlas, S.A.; 1986.
- 14 Dal Poz M, Varela Th. *Observatorio de recursos humanos en el marco de las reformas sectoriales*. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde; 1999. (Serie Desarrollo de recursos humanos No. 10)
- 15 Seixas PE. *Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión*. En: Organización Pan-Americana da Saúde. *Gestión de recursos humanos en las formas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: OPS; 1996.
- 16 World Health Organization. *Training manual on management of human resources for health*. Geneva: WHO; 1993. (Document WHO/EDUC/93.201)
- 17 Bosch O. *La organización de los órganos de gobierno de las instituciones sociales con responsabilidad pública: perspectivas y retos para los hospitales*. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 18 Davini MC. *La educación permanente en los servicios de salud*. Washington, DC: Organización Pan-Americana da Saúde; 1996. (Serie Paltext 38)
- 19 Bosch O, Oriol A. *La reforma de los sistemas sanitarios y el papel de la formación de los profesionales*. Barcelona: Vicens Vives; 1998.

## ANEXO 1. Exemplos

### Exemplo 1.

#### Instrumento de contratação por produto a empresas: termos de referência.

Fonte e elaboração. Fundação Equatoriana da Saúde, Quito, 2000 (Mônica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campana).

Antecedentes. Descrição sucinta do contexto em que se inscreve a contratação e como contribui a determinado processo de trabalho.

Denominação. Definição de trabalho central a ser desenvolvido pela empresa a ser contratada. Entidade responsável da capacitação do pessoal encarregado da administração de recursos humanos do Ministério da Saúde no âmbito da auditoria de processos desconcentrados de gestão de recursos humanos.

**Dependência.** Quem é o responsável direto da supervisão e da aprovação do produto, com quem coordena seu desenvolvimento.

**Funções.** Descrição detalhada das funções que desenvolverá no marco da contratação prevista. Organizar uma proposta: educativa, teórica e aplicada. Apresentar uma proposta, definir um sistema exigente de qualificação para os profissionais assistentes e avaliar e entregar certificado individual qualificado.

**Produtos esperados.** Curso de gerência moderna e auditoria de processos desconcentrados de recursos humanos para o Ministério da Saúde Pública executado; 80% de funcionários do Ministério assistentes ao programa de educação, capazes de desenvolver processos de auditoria de gestão desconcentrada de recursos humanos e lista de participantes avaliados de acordo com seu desempenho e rendimento no curso mencionado.

**Perfil da empresa.** Empresa nacional qualificada pela Auditoria Fiscal do Estado para o exercício da auditoria, com experiência na realização de exames no âmbito da gestão de recursos humanos e no desenvolvimento de instrumentos de controle interno para o setor público; com experiência na organização e na execução de eventos de capacitação nos temas de gerência estratégica com ênfase em recursos humanos, auditoria de processos e direito administrativo, principalmente.

**Condições de contratação.** O presente contrato cobre 60 horas de docência presencial, 30 horas de trabalho planejado para sua execução no campo e 16 horas de avaliação presencial de fechamento. O valor estimado inclui a preparação da atividade e sua execução.

<b>Custo e forma de pagamento.</b>			
<b>Conceito</b>	<b>Unidade</b>	<b>Valor unitário \$US</b>	<b>Valor Total \$US</b>
Atividade docente			
Docência	60 horas		
Avaliação presencial	16 horas		
Materiais de apoio			
Pacote bibliográfico	40 pessoas		

O pagamento será efetivado da seguinte forma: 30% ao assinar o contrato; 40% ao finalizar a jornada presencial de docência; e 30% restante na finalização da avaliação e apresentação de trabalhos de campo e avaliação por parte da entidade da capacitação.

**Exemplo 2**  
**Modelos de dotação de pessoal em saúde.**

Conceito	Fórmulas e equivalência	Exemplo	Informação
Necessidades de saúde	$RT = P \times C \times V \times D \times W$  RT = recursos necessários  P = população C = número médio de condições específicas/ano/pessoa V = número médio de serviços/condição/ano/pessoa D = tempo médio requerido para dar cada serviço W = tempo médio trabalhado pelo recurso disponível ao ano	Exemplo: N°. Trabalhadores sanitários do problema de controle da malária  $RT = 5.000.000 \times 0,002 \times 5 \times 1,5 = 50.1500$  P = 5.000.000 C = 2 casos malária x 1000 hab/ano  V = 5 visitas  D = 1,5 h, inclui tempo de deslocamento W = 1.500 horas	
Metas dos serviços	População x serviços requeridos por pessoa  $RT = V \times P = N$ (q x a)  RT = N°. de recursos necessários para o ano t. V = N°. de serviços requeridos/ano/pessoa P = população objetivo anual N = V x P = N° total de serviços por ano para uma população dada a = norma ótima de atuação ou de capacidade produtiva do recurso q = capacidade máxima de produção de um recurso específico	Cálculo no N°. adicional de pediatras para uma visita de seleção ao 75% de meninos < 14 anos da zona de referência do hospital  $RT = 1 \times 697.000 = 319$ (1.092 x 2)  RT = 319 pediatras/ano  V = 1 consulta menino/ano  P = 697.000 meninos < 14 anos N = 697.000  a = 2 visitas/hora  q = 1.092 horas de trabalho/ano	População 2.000.000 40% < 14 anos Crescimento populacional: 2% ano Taxa bruta de natalidade: 40/1000 Taxa de mortalidade por grupo de idade  População objetivo + 75% (nascimentos-óbitos-abandonos) = 697.500 < 14 anos que tem que ser visitados ano

**Exemplo 3**  
**Formulários para registro de informação**  
**sobre solicitantes de emprego.**

Áreas	Informação
Informação geral	Nomes, documentos oficiais de nacionalidade e cidadania, lugar de moradia, telefone, correio eletrônico, pessoas que dependem economicamente.
Disponibilidade para o emprego	Emprego que solicita, disponibilidade de início, tempo de dedicação, aspiração salarial.
Motivação de ingresso	Razão pela qual postula a este emprego.
Formação profissional	Perguntas de acordo com o perfil definido para o emprego, diploma de grau, pós-graduação, treinamento nacional e internacional em x tema (sim) (não) juntar documentação certificada, detalhes de lugares, endereços, datas e supervisores diretos.
Experiência profissional	Perguntas de acordo com o perfil de experiência solicitado para o emprego, tem experiência em x área, onde (detalhar instituição) endereços, telefones, tempo, supervisores diretos, salários recebidos, razão de mudança de emprego.
Competências específicas requeridas	De acordo com o perfil solicitado: idiomas, informática (programas básicos, específicos), programação visual, etc.
Antecedentes	Principais êxitos ou dificuldades no seu histórico, problemas de demissão, problemas de saúde que devam ser notificados.
Autorização para uso de informação e pesquisa de antecedentes	Cláusula do formulário.

**Fonte** e elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campana).

**Exemplo 4**  
**Plano de orientação ao ingressar ao hospital.**

Áreas	Conteúdos
Instrução geral sobre o hospital	Boas-vindas Descrição do hospital (história, serviços, filosofia, missão, visão, política de qualidade) Organização, principais autoridades.
Política e procedimentos	Princípios disciplinares Normas de comportamento institucional e sanções Procedimentos administrativos relacionados Política de retribuições e incentivos Projeções profissionais de acordo com o desempenho
Sobre o novo trabalho	Revisão detalhada do seu papel, funções e produtos da sua responsabilidade Explicar linhas de coordenação e dependência Designação de espaço físico de trabalho e apoio para a sua localização Revisar tempos de dedicação (horários, manejo de dias de feriados, férias e outros) Definir quem avalia seu trabalho e as implicações de dita avaliação Percorrer todas as instalações do hospital Apresentação a todo o pessoal

**Fonte** e elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campana).

### **Exemplo 5.**

#### **Caso de gestão do desempenho em um marco global de mudança hospitalar no hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago do Chile.**

Fonte e elaboração. Osvaldo Artaza. Gestión de Recursos Humanos, FUNDARED, Santiago do Chile. 2000.

A realidade do Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago do Chile se caracterizava, entre outros fatos, pela incapacidade de gerar políticas efetivas de recursos humanos à conseqüência da dificuldade legal de introduzir estímulos econômicos e uma planta rígida de cargos fixada por lei, pela dificuldade de fazer contratos transitórios e flexíveis, de reforçar unidades críticas, e de fazer um uso intensivo da capacidade instalada às 24 horas do dia.

Em 1994, iniciou-se processo de mudança orientado a melhorar a qualidade. Conformou-se uma equipe diretiva, realizou-se uma análise coletiva do clima organizativo e desenhou-se um plano estratégico. No tema de recursos humanos, definiu-se a necessidade de dispor de uma unidade profissional que apoiasse as decisões estratégicas da direção do hospital. Além disso, iniciou-se um processo sustentado de capacitação nas chefias intermédias e líderes naturais nos âmbitos da gestão, qualidade, liderança, trabalho em equipe e relações humanas, e foram conseguidos fundos próprios em colaboração com organizações sem fins lucrativos. Ofertaram-se serviços e fizeram-se investimentos para ampliar a oferta de serviços do hospital, com o conseqüente aumento de pessoal. A contratação se logrou por meio da conformação de uma entidade privada sem fins lucrativos, a Fundação Professor Anibal Ariztía, cujo diretório era do tipo *empresa de trabajadores*, na qual todos os setores da organização têm representação democrática. Esta entidade tem capacidade de administrar os fundos próprios do hospital e de contratar em regime privado, à parte do novo pessoal.

Por acréscimo, desenhou-se uma proposta de incentivos e de avaliação do desempenho baseada em critérios de qualidade e cumprimento de metas, por meio de um formulário complementar ao do estatuto do funcionário da administração pública. Analisou-se, coletivamente, e foi aceito. A publicação das localizações gerou forte repúdio, percebido como uma ameaça, o que se reduziu imprimindo-lhe um caráter experimental. Os efeitos desta experiência são uma melhor qualificação pelos métodos tradicionais, a elaboração de uma proposta que deve ser aplicada ao setor e a inclusão de um formulário preenchido pelo funcionário e o chefe em conversação pessoal sobre as metas e os compromissos do ano subscritas pelo funcionário.

Em relação aos incentivos e para socializar o perfil ideal do funcionário no âmbito dos valores, foram criados diferentes prêmios, como o do funcionário amável, o do melhor projeto de melhoria contínua da qualidade ou o dos melhores funcionários. O importante dos prêmios era o processo participativo de seleção, no qual se destacava o sentido do reconhecimento. Os prêmios consistiam em diplomas, jantares de gala para a unidade e, inclusive, viagens de turismo com os gastos pagos, que eram financiados com recursos próprios. Alguns deles tiveram que ser suspensos por não estarem contemplados expressamente pela lei.

O processo seguido gerou grande debate nacional e pressão por parte dos grupos mais conservadores do setor sanitário e culminou com o julgamento da equipe de direção e sua saída em 1998. Um ano depois, a equipe foi reabilitada e suas ações foram validadas legalmente.

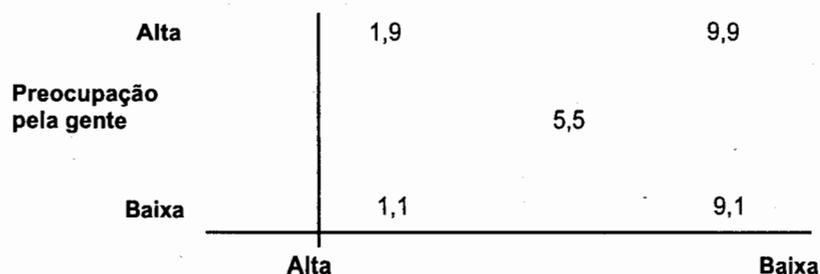
A experiência deste hospital chileno em matéria de gestão de recursos humanos contribuiu para o debate público sobre as limitações existentes para sua adequada gestão e permitiu a formulação de propostas de mudanças regulamentares e legais que estão sendo analisadas para sua generalização.

### Exemplo 6.

#### Análise do estilo gerencial. Modelo gerencial de GRID.

Fonte: Blake R, Mouton J. Training manual on management of human resources of health. Geneva: World Health Organization; 1993. (Document WHO/EDU/93.201.)

Elaboração: Fundação Equatoriana da Saúde, Quito, 2000 (Mônica Padilla, Fernando Socoto, Alfredo Campaña).



### Exemplo 7. Estudo de um caso de remuneração mista. (Resumo executivo)

Fonte e elaboração. Cherchiglia ML, Girardi SN, Vieira R de C, Marques RB de, Rocha P MW da, Pereira LA C. Remuneração e produtividade: o caso da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Saúde Pública 1998; 4: 112-120.

Desde 1993, na rede pública de hospitais de Minas Gerais, Brasil, implantou-se um sistema de recompensas por bom desempenho, complementar à remuneração salarial. Este sistema surgiu depois de uma greve de mais de dois meses de duração, solucionada com a iniciativa de distribuir parte dos ganhos aos empregados, quando aumentava a produção. Nesta estratégia gerencial, chamou-se gratificação de incentivo ao aumento da eficiência dos serviços (GIEFS), que, posteriormente, foi regulamentado como lei. A efetividade da estratégia foi medida em um estudo transversal da evolução de vários aspectos e indicadores, como resume o seguinte quadro.

Aspecto avaliado	Indicador
Produção	Número de autorizações de internação hospitalar (AIH) Valor da produção de AIH (US\$) Número de procedimentos em pacientes ambulatoriais Valor da produção ambulatorial
Produtividade da capacidade instalada	Número de leitos disponíveis Número de AIH por leito disponível Valor de AIH por leito disponível
Produtividade dos recursos humanos	Número de recursos humanos (RH) Número de AIH por RH Valor de AIH por RH Serviços ambulatoriais por RH RH por leito disponível
Geral	Estância média Taxa de ocupação

Os dados foram obtidos do DATASUS, um sistema de informação do Ministério da Saúde, e os valores vieram da produção paga pelo Sistema Único de Saúde no último dia do mês seguinte à contra-entrega de fatura à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Os dados dos serviços ambulatoriais encontravam-se nas guias de pagamento de cada unidade da Divisão de Planejamento e Informática da FHEMIG. A demanda, que se monitorizou por meio de artigos de imprensa sobre amontoamento ou necessidade insatisfeita, foi maior que a produção.

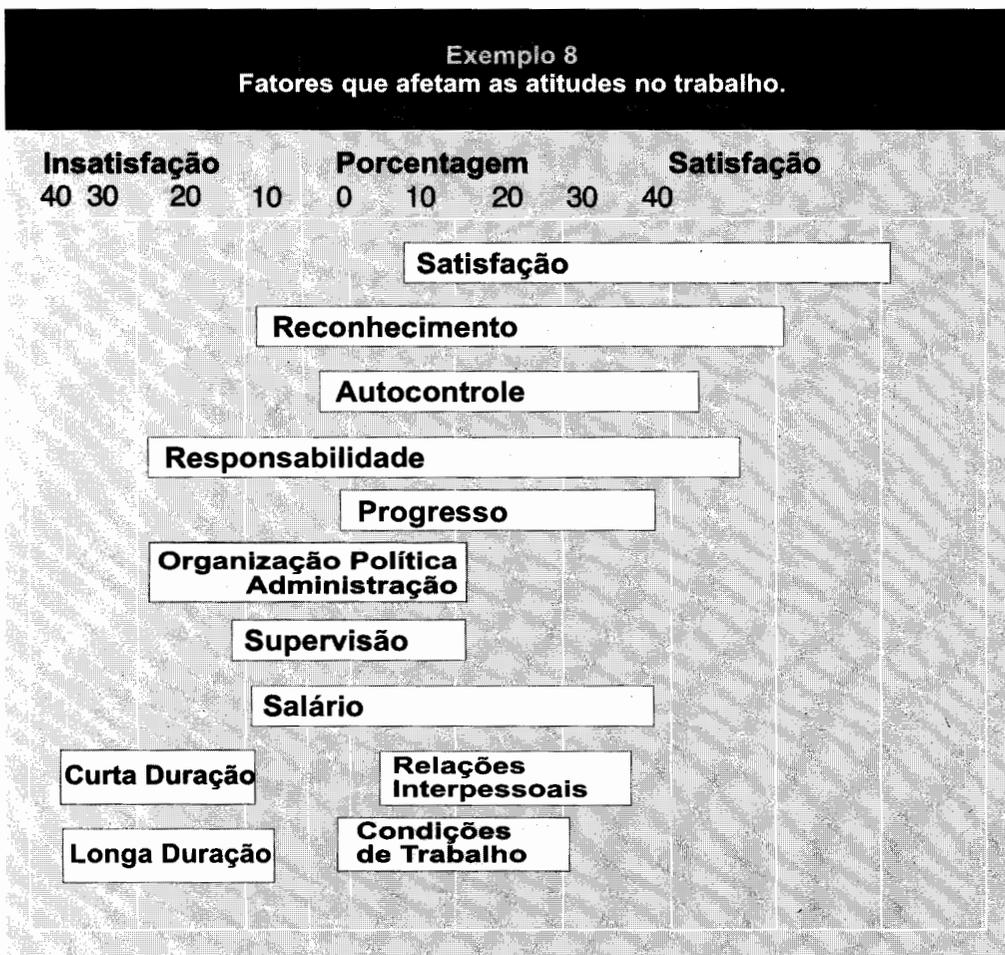
Sistemas de incentivos. Entre os funcionários, foram distribuídos 30% do arrecadado diretamente por meio dos mecanismos: 1) valorização geral por qualificação profissional (anos de escolaridade) e intensidade do trabalho (horas de dedicação); e 2) instituição de um quadro mínimo essencial de trabalhadores (até 50% da força de trabalho da unidade) com condições especiais de remuneração, incentivos, possibilidades de atualização e compromisso. Os funcionários podiam optar por ingressar neste quadro com aprovação da direção.

Sistema de remuneração. É de salário fixo com resultado controlado individualmente ou por grupo. A combinação destes mecanismos permitiu obter uma forma mista de pagamento fixo salarial e variável por produção. A criação do quadro mínimo contribuiu gerando um cenário de instabilidade (virtual) que estimulou o compromisso dos trabalhadores.

Durante os 4 anos pesquisados aumentaram as entradas operacionais por hospitalização (72%) e a consulta ambulatorial (276%), e se reduziu o ritmo de crescimento do valor da produção de serviços hospitalares (36% entre 1992 e 1993 e 9% entre 1994 e 1995) e dos ambulatórios (60% entre 1992 e 1993 e 312% entre 1994 e 1995).

O número de autorizações de internação hospitalar (AIH) por leito diminuiu e o valor das AIH por leito aumentou, o que pode relacionar-se com uma maior valorização de procedimentos para enfermidades crônicas ou com a seleção de procedimentos de maior valor.

O número de empregados variou muito pouco: de 1% a 7%. Entre 1992 e 1993, a produtividade do setor ambulatorial foi de 371% na produção e de 279% no valor desta última. O número de recursos humanos disponíveis por leito foi reduzido em 17% entre 1992 e 1995, sem que o mesmo ocorresse com o número de empregados. Por último, se conseguiu uma redução geral na permanência de 30%.



Fonte: herzberg F. One more time. How do you motivate employees? [<http://www.moph.go.th/ops/hrdj>].

# Capítulo 10

## A gestão econômica e financeira

Neste capítulo, são analisados alguns problemas fundamentais da gestão financeira e do financiamento dos hospitais e as opções que os gerentes do hospital e sua equipe têm para solucioná-los. O contexto global e as novas correntes de modernização constituem um ponto de partida importante para as novas expectativas sobre a organização hospitalar, ocupando lugar proeminente em termos de financiamento e eficiência. Os riscos são óbvios e expressados em uma corrente eficientista que ignora ou relega a um plano secundário as relações de equidade, efetividade e serviço ao usuário e devem caracterizar a qualidade como um todo. Também pode ser arriscado pensar que a eficiência só pode ser conseguida em detrimento de outras dimensões da equidade. Esta postura esconde problemas reais que limitam o uso racional dos recursos e criam dificuldades adicionais ao hospital.

Para orientar o tema em uma dimensão estratégica, o conteúdo será dividido em quatro dimensões interdependentes: a cobertura e sua relação com a situação de saúde, o tipo e o volume da oferta de serviços, a qualidade dos serviços e a eficiência no uso dos recursos, esta última concebida como uma dimensão particular da qualidade, tal como foi abordada no capítulo anterior.

Sem menosprezar certas abordagens importantes da teoria e dos instrumentos da doutrina financeira, o tema situa-se como parte de um processo mais amplo de gestão, cuja responsabilidade principal não é a do especialista, mas de distintos níveis da gerência hospitalar. Assim, o financiamento e a gestão financeira estão associados com o modelo global de organização e atenção, estilos de gerência aplicados, cultura institucional e outros aspectos que conformam um amplo marco de análise. Mas o inverso também ocorre. Ou seja, padrões de financiamento podem gerar distorções globais no modelos de organização e atenção. Alguns deles são o efeito da estrutura de recursos nos produtos do sistema de saúde, distribuição dos beneficiários potenciais e seu impacto global na solução do problema social de saúde.

Este capítulo faz referência especial à necessidade de desenvolver enfoques inovadores que permitam desenvolver práticas e instrumentos modernos de gestão financeira, cuja aplicação tenha um custo econômico aceitável e gere demandas operativas que garantam sua continuidade. Entre eles se destacam os sistemas de análise de custo, seu uso como instrumento de análise de problemas relevantes e sua articulação com o processo programático e orçamentário como expressão concreta e quantitativa das metas de mudança. A análise do custo-benefício recebe um tratamento preferencial, assim como o controle por resultados associado ao programa orçamentário e à descentralização.

## **Financiamento e produtividade**

### **O contexto global, o sistema de saúde e o hospital**

Os contextos global e de modernização, descrito em detalhe nos primeiros capítulos deste livro, têm um lugar preferencial nas responsabilidades financeiras que, no passado, foram ignoradas porque a alocação de recursos por parte das entidades públicas orçamentárias resolveriam seus problemas econômicos. Um ambiente de competências, produto de um mercado crescentemente competitivo, por um lado, e resultado da pressão dos diferentes setores de desenvolvimento por estes mesmos recursos, por outro lado, mudaram a situação.

As novas responsabilidades não são as mesmas para todas as instituições que operam neste novo contexto globalizado. O hospital que persegue uma missão pública, em qualquer que seja seu regime jurídico e administrativo, a incorporação das disciplinas econômicas e financeiras somente têm sentido em uma relação de equilíbrio com os princípios reitores da equidade, efetividade e interesse do usuário. Um viés a favor do financiamento pode gerar sérias restrições na consecução dos fins substantivos da instituição que, à diferença de suas contrapartidas no setor privado, não são de natureza econômica. A premissa de que *alguém proverá* e a relação *a priori* entre problemas e escassez de recursos constituem parte de uma cultura que tem que ser superada no contexto dos processos de mudança que atravessam os países da Região. Quais são as responsabilidades no campo financeiro e econômico que o novo contexto impõe?

O crescimento econômico do hospital não se pode fazer a expensas de outros programas e instituições da saúde ou de outros setores do desenvolvimento. A restauração da saúde é importante, não por si mesma, senão como parte de ações mais amplas que privilegiam a saúde e o bem-estar da população. A dimensão de equilíbrio financeiro da instituição hospitalar, em um contexto de recursos escassos, não é somente um conceito absoluto, mas de competência legítima e saudável entre setores do desenvolvimento.

O gerente do hospital deve procurar na análise econômica e financeira e nas opções de custo-benefício o rumo que gere uma melhor economia de recursos para alcançar as metas de equidade, efetividade e satisfação do cliente.

### Novos padrões de gestão

Dever-se-á estabelecer um marco lógico de relações entre propostas operativas e recursos (programa/orçamento), que inclui o uso de métodos quantitativos como condição para aplicar uma gestão objetiva e comprovável das relações entre seus insumos, processos, produtos, resultados e impacto. As relações de coerência entre estes elementos constituem uma fonte principal de solidez do novo perfil de gestão nas instituições com clara função social e as premissas de eficiência que as sustentam conformam o principal fator de equilíbrio econômico.

Esta função origina-se no valor estratégico da gestão econômica e financeira. Tradicionalmente, o gerente do hospital a tem delegado ao especialista e tem-na abordado em relação com a formulação do orçamento fiscal e como resposta a crises periódicas que produzem a carência de algum produto ou recurso crítico. As relações subjacentes entre os princípios reitores mencionados, que orientam a nova onda de reformas setoriais em saúde (eficiência, equidade, efetividade e satisfação do usuário), colocam a gestão financeira e econômica em um lugar superior da hierarquia e como uma função indelegável do gerente, apoiado pelo recurso especializado que corresponda.<sup>1</sup>

Não é necessário aprofundar sobre a relação entre produtividade e financiamento; basta assinalar que a produtividade guarda uma relação inversa com os custos; menor produtividade maiores custos e vice-versa e maiores custos, maiores requerimentos de financiamento e vice-versa. A questão a ser definida é o critério que permitia estabelecer se uma situação institucional dada é produtiva ou improdutiva. No entanto, a diferença do que ocorre em outros setores produtores de bens, a avaliação da produtividade dos serviços é muito mais complexa. Isto é devido a que as instituições de saúde correspondem ao que alguns autores denominam *sistemas brandos*, cujo âmbito de ação está determinado por atividades

humanas com áreas nas quais há confluência de valores diversos e, muitas vezes, divergentes, o torna muito mais difícil, até mesmo impossível, identificar soluções ótimas eficientes. Na seção dedicada à análise de custos e da eficiência hospitalar, neste capítulo, aprofundar-se-á sobre este tema e tentar-se-á dar alguma resposta se uma situação é ou não é produtiva.<sup>2</sup>

### A racionalidade em quatro processos interdependentes

Para aplicar o princípio de racionalidade à gestão hospitalar é necessário examinar vários processos interdependentes: 1) a natureza e a magnitude da cobertura; 2) o volume de produção de serviços que é necessário gerar para cumprir a metas marcadas; 3) a qualidade dos serviços; e 4) a eficiência institucional como condicionante do financiamento, definido, simplesmente, como a determinação e a consecução dos recursos de operação e investimento.

Na realidade, há poucas diferenças práticas, ao menos na visão da análise que aqui se faz, entre financiamento do investimento e do funcionamento, já que a eficiência do segundo determina a magnitude do primeiro e o investimento sempre gera custos de operação. De acordo com o observado em macro-projetos de investimento desenvolvidos em alguns países, deve-se considerar nos custos operacionais o equivalente a 0,5 ou 1% do custo total do investimento em infra-estrutura e entre 3 e 4% para o investimento em equipamento.<sup>2</sup>

Uma pergunta relevante e evidente por si mesma é: o que se quer financiar? A resposta tem duas dimensões relacionadas. A primeira se refere ao fim último das ações que seriam empreendidas com determinados níveis de financiamento. Isso impõe a necessidade de definir as características do problema de saúde e suas condicionantes fundamentais. A segunda consiste em definir quais são os produtos (serviços de saúde) que necessitamos para conseguir determinadas mudanças na situação de saúde. Mas neste caso intervêm outros atores institucionais (ignoremos no momento os atores sociais), presumivelmente, integrados em uma rede de serviços, com funções especializadas e diferentes níveis de complexidade. O conceito de rede guarda relação direta com a pergunta formulada, porque parte-se da premissa de que o hospital não tem capacidade para solucionar o problema de saúde sozinho e que, por razões de efetividade e economias de escala, precisa atuar em associação com outras instituições e programas. O que é financiado se converte, assim, em uma função negociada e depende da articulação dos componentes da rede. Como exemplo, considere-se a complexidade das intervenções cirúrgicas realizadas no nível terciário da atenção hospitalar (hospital nacional) na Costa Rica.<sup>2</sup> Parte-se da premissa de que o sistema terciário conta com recursos especializados, de alta complexidade e custo, para atender a intervenções igualmente complexas. Não obstante, 26% dessas intervenções cirúrgicas podem ser realizadas em todos os níveis do sistema; 29% nos hospitais regionais; 20% nos hospitais periféricos e, somente 25% nos hospitais nacionais. O conflito, na perspectiva do financiamento, reside no fato de que a dotação de recursos não corresponde à função que cumprem os hospitais do nível terciário de atenção ou, em outras palavras, que se tem alocado recursos para uma função terciária, porém, o hospital os usa para atividades de nível secundário ou primário que podem ser assumidas por outros estabelecimentos da rede a um custo muito menor.<sup>1</sup> O leitor não escapa das implicações que estes fatos têm na qualidade do serviço, já que no nível terciário desse país, como no de muitos outros da Região, as intervenções cirúrgicas, que estão programadas, têm longa espera.

<sup>1</sup> Dados tomados do estudo Organização Pan-Americana da Saúde, Caixa Costarricense de Seguros Sociales, Capacidade Resolutiva do Nivel II e III: Caso de Costa Rica. São José: OPS, Caixa Costarricense de Seguros Sociales; 1995. As operações que podem ser realizadas em todos os níveis referem-se a situações de emergência ou a casos especiais (por ex., cesarianas), nas quais é tecnicamente difícil definir de forma excludente um só nível de complexidade.

A determinação de o que será financiado, como produção hospitalar, depende de, no contexto da rede assistencial, pelo menos, dois aspectos relevantes: por uma parte, a capacidade resolutive do nível primário de atenção e, por outra, a capacidade de liderança que tenha a autoridade sanitária responsável da rede da qual o hospital é parte. A resposta a esta pergunta excede o âmbito de competência da gerência hospitalar e corresponde mais à esfera de responsabilidades das quais deveria prestar contas a autoridade sanitária.

Uma segunda pergunta é: qual é a melhor dotação, combinação e montante dos recursos necessários para gerar os produtos que se esperam do hospital? A resposta, especialmente quanto aos critérios de qualidade subjacentes, determina o volume, tipo e composição de recursos e, portanto, o nível de financiamento requerido. A resposta a esta pergunta compete à gerência hospitalar e é esta que deve prestar contas sobre isso.

Para estabelecer os níveis de financiamento, em concordância com o princípio enunciado no primeiro parágrafo desta seção (produtos de qualidade com o menor financiamento possível), é necessário conhecer os processos por meio dos quais se dá resposta às perguntas formuladas.

Quantificar a cobertura sempre foi um problema para as instituições do setor e parece que sua complexidade aumenta com o advento de novos modelos ou formas de gestão, que foram descritas no Capítulo 4 deste livro. O hospital não é alheio a esta realidade, porém, seu trabalho no estabelecimento do tipo e os níveis de produção de serviços de saúde são mais complexos que o de outras unidades de rede assistencial. Primeiro: porque os hospitais tendem a ser reativos e a conformar seus recursos em torno de padrões históricos da demanda. Segundo: porque os novos modelos não têm solucionado com clareza a responsabilidade do hospital na saúde pública, presumindo-se que sua função é quase, exclusivamente, de atenção médica. Terceiro: porque os sistemas de programação da oferta de serviços hospitalares são extremamente frágeis por uma série de fatores, entre os quais destacam-se as carências metodológicas para analisar a demanda. Quarto: as débeis e pouco estruturadas relações entre o hospital e outros membros da rede de serviços para identificar funções particulares e compartilhadas. Quinto: as restrições dos marcos jurídico-institucionais apresentadas pelos hospitais públicos para readequar com flexibilidade seus recursos produtivos.

Se a definição da cobertura e do papel que ocupa o hospital é um problema importante, também o é estabelecer o tipo e os níveis de produção de serviços de saúde. Por um lado, o conceito de serviços de saúde, não de atenção médica, entra em conflito com a formação do médico, acostumado a manter uma visão e padrões de comportamento condicionados pela relação médico-paciente. Por outro, existem poucas teoria e prática sobre as ações que vinculam o hospital com outras instituições da rede de serviços e o impacto econômico e social correspondente. Finalmente, também não se tem feito esforços notáveis para esclarecer a função do hospital na saúde pública. Em vários países que têm adotado modelos de organização dos sistemas de saúde, as autoridades reitoras têm deixado de fazer algo que faziam bem: enfocar a saúde pública para a promoção e a prevenção de enfermidades. Existe preocupação com a deteriorização dos níveis de imunização e pela presença de enfermidades – e inclusive, pelas mortes evitáveis – como conseqüência das novas modalidades de funcionamento. Como hipótese, presume-se que este fenômeno implica perda de qualidade e pressões sobre o financiamento, o que pode exercer um impacto negativo nas condições de saúde.

Os hospitais também não sistematizam a informação sobre os perfis de tratamento por enfermidade de forma tal que possam ser objeto de análise e se possam comparar com o padrão. Há desinformação

sobre o efeito de certos padrões. As médias de permanência constituem fatores críticos de custo. No entanto, sem omitir razões sociais de hospitalização, o esforço sistemático por reintegrar o paciente a seu ambiente familiar, tão logo seja, clinicamente, possível, não forma parte da cultura vigente nos hospitais. Uma atitude freqüente é a de reter o paciente no hospital como uma proteção a um suposto erro sobre a qualidade da atenção. A este respeito cabe mencionar que a informação mostra uma correlação muito positiva entre média de permanência e taxas de letalidade. Isto pode sugerir que quanto mais tempo passe o paciente no hospital, maior a possibilidade de um efeito adverso, tal como infecções hospitalares.<sup>4</sup> Aqui cabe relacionar concentração de recursos e tecnologia por uma parte e, por outra, a qualidade da atenção, posto que os hospitais docentes não provêm melhor qualidade de atenção do que os hospitais sem docência.<sup>4</sup>

O quarto elemento mencionado como condicionante do financiamento é a eficiência institucional. Os fatores anteriores entram nesta categoria, mas nos novos modelos de gestão é importante que cada componente estratégico, como o financiamento, atue como elemento de mudança. Para isso, é necessário que não sejam alocados recursos quando há importantes níveis de ineficiência, ou que sejam submetidos a um compromisso de incremento da produtividade. O Quadro 1<sup>11</sup> oferece um exemplo de como se pode focar a medição da capacidade produtiva em condições de eficiência.<sup>3</sup> A informação corresponde a 15 hospitais regionais (de nível secundário e que contam com as quatro especialidades básicas e, em dois ou três casos, com alguma subespecialidade) de um país da Região. O setor esquerdo do quadro reflete uma produção atual de pouco mais de 115.000 mil egressos por ano, produto de três variáveis principais: a dotação de pessoal (médicos no exemplo), a média de permanência e tempo de dedicação médica por dia/leito ocupado. O lado direito do quadro (situação potencial) mostra a produção que seria possível alcançar sob determinadas hipóteses de eficiência, produto de ajustes nas médias de permanência de cinco serviços e em tempo de dedicação médica por dia/paciente. A partir destas hipóteses, a produção poderia ser elevada a mais de 547.000 egressos por ano, ou seja, quase cinco vezes mais que a produção atual. Do ponto de vista do financiamento, esta situação poderia desembocar em vários possíveis cenários com diferentes implicações econômicas: 1) aumentar, substancialmente, a produção de serviços para melhorar a cobertura, se é demonstrado que há demanda não-atendida; 2) manter os níveis atuais de produção, porém, reduzir os recursos alocados; 3) decidir se há deficiências nas coberturas em outras áreas da rede de serviços e fortalecer estes programas; 4) melhorar a qualidade da atenção e procurar, com isso, uma melhor utilização dos recursos; e 5) introduzir outras mudanças de fundo no modelo de atenção, aproveitando a capacidade ociosa existente.

<sup>11</sup> O quadro corresponde a um método de análise associado com o sistema de produção, rendimentos, recursos e custos (WINSIG) que tem desenvolvido a OPAS/OMS e que se tem aplicado em numerosos países. Aparece em varias publicações ou materiais relacionados com tal método.

**Quadro 1**  
**Rendimento de hospitais regionais sobre a base do recurso humano, segundo dados SIG de 1994.**

Serviços	Situação atual						Situação potencial			
	DCO	IO	PDE	Horas médico	Hrs médico por DCO	Egressos 1 ano	PDE	DCO	Hrs médico por DCO	Egressos
1. Medicina	151.567	66,9	3,84	142.222	0,938	39.485	3,84	203.999	0,210	176.366
1.1. Leito privado (no interior de hospital público)	18.882	45,2	3,27	2.928	0,155	5.767	3,27	37.603	0,210	4.264
1.2. Cólera	9.873	43,5	1,05	6.408	0,649	9.404	1,05	20.439	0,210	29.061
2. Cirurgia	142.013	77,2	7,31	117.396	0,827	10.414	7,00	165.564	0,210	79.861
2.1. Urologia	3.727	55,3	5,60	2.890	0,773	665	3,00	6.071	0,210	4.571
2.2. Traum/ortop	11.951	96,3	13,00	7.935	0,664	861	7,00	11.169	0,210	5.398
3. Ginecologia	17.821	90,8	3,34	16.081	0,902	5.341	3,00	17.660	0,210	25.525
4. Obstetrícia	17.005	34,7	2,33	18.544	1,091	17.005	2,00	44.101	0,210	44.152
5. Gin/Obstetrícia	17.059	27,0	2,71	63.585	3,727	17.059	2,71	56.834	0,210	111.728
6. Pediatria	25.821	15,2	4,51	104.160	4,034	25.821	4,51	152.615	0,210	109.978
Total	371.286	52,1	3,22	482.139	1,299	115.125	4,01	716.054	0,210	547.612

DCO = dia cama ocupada; IO = índice de ocupação (%); PDE = permanência média (dias); DCD = dia cama disponível; HIP = hipótese.

**Fonte:** Elaborado a partir de Divisão de Sistemas e Serviços de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de informação gerencial WinSig. Manual de operação. Washington, DC: OPS; 2000.

Também cabe assinalar as experiências em gestão clínica acumuladas em alguns hospitais. Nelas, os chefes de serviços clínicos do hospital, mediante um processo progressivo de desconcentração da gerência, vão assumindo mais responsabilidade de seus respectivos serviços. Interessante também é o fortalecimento de uma função intermediadora de certos organismos centrais de abastecimento, o que significa que estes comprem por pedido ou encargo dos hospitais, situação que incentiva um melhor planejamento de insumos e medicamentos nos estabelecimentos hospitalares. No Quadro 1, está ilustrado um exercício efetuado com dados de uma rede de hospitais de um país da Região, que indicam que os egressos poderiam ser multiplicados várias vezes com o mesmo recurso humano. Isto significa que existem níveis importantes de ineficiência, bem como custos e requisitos desnecessários de financiamento. Lamentavelmente, nisso intervêm aspectos éticos que não serão objeto de análise nesta seção.

Em resumo, na Região, existem claras deficiências na identificação das necessidades de saúde da população, na definição das metas de cobertura, na quantificação da produção de serviços pertinentes, na definição dos padrões de qualidade e eficiência e, em função disso, dos recursos requeridos. Em ausência deste processo lógico, os resultados, quando possuem menos erros, são, freqüentemente, ineficientes e de alto custo e, por conseguinte, exercem pressões irracionais sobre o financiamento.<sup>5</sup> Pareceria razoável, primeiro, supor que o financiamento alocado não cumpre os objetivos de serviço pretendidos e, segundo, que, por meio de pressões irracionais, são afetadas negativamente outras instituições do setor e outros setores de desenvolvimento.

Esta análise apresenta dois riscos importantes. De um lado, às autoridades do setor saúde e aos gerentes de hospital é difícil quantificar os níveis de ineficiência existentes, o que é atribuível a uma cultura de financiamento que privilegia a agregação de recursos e não a produtividade. Isto se agrava com freqüência quando o diretor percebe a si mesmo como coordenador dos serviços clínicos e delega à **administração** de pessoal auxiliar especializado. Pior ainda, alguns profissionais da saúde consideram que a eficiência sempre implica perda de efetividade, de equidade e de satisfação do usuário. A realidade é que estes conceitos são totalmente complementares e devem ser interpretados como tais se quer avançar-se nos processos de mudança. O tema dos perfis e estilos de gerência será abordado em outro capítulo deste livro e reforça os conceitos apresentados.

Porém, igualmente perigosa é a leitura que pode fazer do problema da eficiência o governo central e as autoridades que cuidam do orçamento. Ainda que seja certo que este é um problema real e sério, também o é que os hospitais possuem excessos como carências substantivas que incidem na qualidade do serviço que o hospital presta à comunidade. Por exemplo, é evidente em muitos dos países da Região, a deteriorização de instalações e equipamentos e as carências nos recursos de investimento para sua manutenção e renovação. As autoridades orçamentárias nacionais também formam parte do problema quando restringem, por meio de diferentes artimanhas fiscais, a execução do gasto, geram desequilíbrios na composição dos recursos e reduzem a produtividade. A isto tem que acrescentar que o fluxo de fundos, com freqüência, não é, suficientemente, ágil para gerenciar, oportunamente, os insumos essenciais. Por último, a sensibilidade política aos mecanismos de pressão é, em parte, responsável pelos problemas de distribuição de recursos que serão mencionados posteriormente.<sup>5</sup> Em síntese, o problema tem diferentes dimensões, algumas das quais transcendem o âmbito imediato da gestão do hospital.

Um ponto de interesse, porém de difícil medição, seria conhecer o que aportam as condições de saúde no nível do financiamento obtido; em outras palavras, que modalidades de financiamento têm melhores relações de custo-efetividade e de custo-equidade? De alguma forma, isto exige conhecer qual é a melhor combinação de serviços de promoção, proteção e reabilitação e, em termos mais específicos, qual é a contribuição do hospital. A efetividade guarda relação com o impacto na saúde e a equidade, com a distribuição relativa dos benefícios entre os setores socioeconômicos beneficiados (ou, em sentido negativo, o nível de exclusão). Também é conveniente saber como os novos modelos de organização dos sistemas de serviços afetam estas relações. As experiências sobre este particular são muito recentes e a pesquisa para obter conclusões objetivas é muito limitada. Antes é necessário conhecer como são conformadas as estruturas de financiamento nos países da Região, das quais dependem os produtos e os beneficiários dos serviços. Muitos analistas têm assinalado que os hospitais concentram uma quantidade desproporcionada de recursos relacionados a sua contribuição à saúde. Do ponto de vista do financiamento, interessa conhecer se a concentração é um fenômeno real e como é produzido. Alguns indicadores sugerem a presença de importantes focos de ineficiência nos hospitais da Região. Não obstante, em todos os países, são vividas situações de crise que são atribuídas com excessiva freqüência à falta de recursos e não às deficiências internas. Se, sob estas condições, é obtido financiamento adicional, mantêm-se os focos de ineficiência e os custos, desnecessariamente, altos. Pior ainda, as crises não-corrigidas afloram em algum momento e, com certeza, terão a mesma abordagem.

A realidade é que, em ausência de critérios objetivos de distribuição de recursos, ausentes na maioria dos países da Região, o financiamento é produzido pelo jogo das estruturas de poder. Este favorece ao hospital e de forma especial aos chamados hospitais nacionais (como se fossem, verdadeiramente, de referência nacional) por sua maior proximidade aos centros de financiamento, sua maior exposição aos meios de comunicação, a percepção social que associa efetividade com instalações físicas e o mesmo peso do sindicato médico como grupo de interesse especial.

Ao analisar a estrutura dos egressos por residência dos hospitais chilenos localizados na Região Metropolitana e, formalmente, definidos como centros de referência nacional, observa-se que a oferta a outras zonas do país não alcança 25%, em circunstâncias em que somente 40% da população nacional reside na Região Metropolitana.<sup>4</sup> A porcentagem de pacientes de alta com residência no Serviço de Saúde em que está localizado o estabelecimento (Metropolitano Norte) é de 33%; em outro serviço de saúde da mesma região, 48% e de outras regiões, 20%.

O resultado destes tipos de situações é que o maior prejuízo direto recai nos programas ou estabelecimentos não-hospitalares, cujo acesso ao financiamento é limitado precisamente por razões desfavoráveis de custo-efetividade e custo-efetividade.

### **Financiamento e incerteza dos modelos financeiros**

Uma característica freqüente dos novos paradigmas é a relação entre um ente financeiro com algum nível de autonomia operativa e as entidades prestadoras de serviços de saúde.<sup>6</sup> Em alguns casos, esta relação é regulada pela presença de compromissos ou acordos de gestão. Geralmente, supõe-se que esta relação vai aumentar a eficiência e reduzir os custos, mesmo que não haja provas claras de que assim ocorra, em parte porque a ineficiência não é caracterizada e quantificada previamente. Além disso, geram-se novos custos de transação, que também não são quantificados adequadamente. A maior contribuição dos compromissos de gestão é que aumentam a cultura da responsabilidade (*accountability*) e a consciência sobre os custos, o que constitui um passo prévio ao esforço de otimização do uso dos recursos.

Como acontece, com freqüência, o novo modelo é levantado sobre as cinzas dos antigos. O efeito é que algumas experiências valiosas são perdidas, sem que se tenha certeza do impacto do novo modelo. Isto implica um alto risco econômico e social: econômico pelas condições de incerteza que giram em torno do investimento no desenho e a aplicação do modelo e social porque, se os resultados esperados não se produzem, ter-se-á perdido a oportunidade de melhorar as condições de saúde da população, especialmente dos setores mais desfavorecidos, ou seja, dos que definem seu perfil global.

Tudo parece indicar que a visão da saúde pública vigente nos modelos anteriores tem desaparecido ou que está debilitada nos novos. Esta visão é, predominantemente, substituída por uma forte orientação financeira, no melhor dos casos, fortalecida por contribuições da clínica. Além disso, como a contenção do gasto é um objetivo explícito ou implícito, o hospital concentra a atenção do ente financeiro. Finalmente, nesta perspectiva econômica, os atores profissionais claros, específicos, que produzem um produto imediato e quantificável em seu custo, parecem ser mais manejáveis. Tal é o caso do egresso, da consulta, da intervenção cirúrgica, do exame de laboratório, etc., não da ação sobre os estilos de vida, imunizações, luta contra os vetores, controle das enfermidades transmissíveis, etc. Contudo, a atenção médica adquire um papel relevante sobre ações associadas com as causas subjacentes da enfermidade. Quem examina os acordos de gestão, com freqüência, poderá apreciar uma clara tranquilidade biomédica, com todas as conseqüências econômicas e sociais que isso traz consigo.

O efeito é mudar a combinação dos serviços (porque a estrutura do financiamento não tem sido mudada, fundamentalmente, ou sido fortalecida) em favor dos programas restauradores. Correm-se grandes riscos se isso se converte em uma tendência consolidada (não o saberemos a menos que se faça mais pesquisa operativa). Alguns países estão encontrando provas claras de situações individuais que criam dúvidas sobre a efetividade dos novos modelos, ao menos em suas modalidades iniciais. Entre os exemplos desta situação encontram-se as dificuldades de dar seguimento e tratamento a epidemias, porque os médicos não adotam a atitude adequada para registrar, notificar ou participar na realização das provas necessárias; o falecimento de pessoas porque não se fez um seguimento oportuno de contatos; o enfraquecimento dos programas de vacinações; as ações limitadas a atenção à enfermidade mais visível em grupos de risco especial que possam requerer uma ação mais integral; e um crescimento da demanda de consulta médica nos estabelecimentos de menor complexidade, um possível presságio da deteriorização

das medidas de saúde pública que, em todo caso, limita a possibilidade de aplicar ações mais integrais de projeção social.

Nestas circunstâncias, apresenta-se a hipótese de que os novos modelos estão contribuindo para encarecer a resposta social ao problema da saúde. Primeiro: porque a ação que poderia cumprir-se de forma integrada com a atenção hospitalar deve ser realizada em separado e mobilizando novamente o usuário (maior custo social). Segundo: porque a rede de serviços não atua como tal (por isolamento do hospital) e seu comportamento disperso diminui não somente sua eficiência, mas também a efetividade da resposta ao problema global de saúde. Estas situações, que constituem riscos evidentes, exigem um efetivo exercício do papel reitor da autoridade sanitária, para dar coerência ao conjunto da rede, o que significa que os compromissos de gestão com hospitais devem complementar-se com os compromissos subscritos com outros atores da rede.

#### **A rede de serviços tem sentido econômico e social**

O fundamento segundo o qual a rede oferece numerosas economias de escala é lógico e difícil de ser rebatido. Em qualquer momento e em qualquer contexto social e geográfico, é difícil aceitar que um estabelecimento possa sozinho concentrar todos os recursos para satisfazer a todas as necessidades de atenção médica da população. A estrutura das necessidades da população permite estruturar os recursos por níveis de complexidade, de tal forma que se encontrem respostas em maior número em uma configuração de recursos e tecnologia de alta eficácia e baixo custo, e que o acesso a recursos de alto custo esteja disponível quando as necessidades mais complexas e menos frequentes assim o requeiram. Isto tem sentido social, presumivelmente, porque os processos de referência garantiriam o acesso ordenado da população a todos os níveis do sistema na medida em que as necessidades da saúde assim o demandem.

É possível, no entanto, que a frágil capacidade gerencial dos sistemas e das instituições produza, como um de seus efeitos mais perversos, que a população de mais baixos recursos tenha como única resposta a suas necessidades de saúde os primeiros níveis de atenção, o que vem confirmar o que já tem sido descrito pelos ingleses no conceito de *inverse care law*, isto é, que os recursos em saúde destinam-se onde menos se requerem, a julgar pelas necessidades da pessoas.

Esta é uma forma de desequilíbrio que tem preocupado o analista sanitário e as autoridades de saúde de alguns países da região. Há uma sensação de perda de certas medidas básicas de saúde pública e a suspeita de que, em médio prazo, a sociedade poderia experimentar problemas anteriormente superados. Ainda, presume-se que o hospital nos novos modelos não tem a sensibilidade necessária para atuar fora do marco da atenção médica. Portanto, se este elo falha, algumas ações serão deficitárias, de maior complexidade e custo e, em longo prazo, prejudiciais para a sociedade.<sup>5</sup>

Uma resposta simples a este problema implica o exercício da condução política e, por essa via, a introdução de medidas corretivas. No entanto, das três funções básicas que destacam os novos modelos (financiamento, prestação de serviços e decisão política), a terceira é a mais frágil, a causa das mesmas deficiências que arrastam os ministérios como entes do setor público. Por outro lado, os entes financeiros, com frequência, constituem-se em organizações independentes, com autonomia administrativa e capacidade econômica para dotar-se de pessoal altamente competente.

Como criar condições favoráveis para o financiamento, de tal forma que os recursos que a sociedade investe em saúde produzam os maiores benefícios possíveis para a população? Como identificar esta

situação? Possivelmente, a maioria dos analistas coincide em que os modelos tradicionais fracassaram em seus objetivos fundamentais.<sup>5</sup> Em efeito, o problema da saúde na Região tem mantido, com poucas exceções, suas características fundamentais, apesar de que o financiamento tem aumentado de forma sustentada, inclusive durante a chamada década perdida.<sup>11</sup> Mas esses modelos tradicionais contêm uma reserva acumulada de experiências, pesquisas, conhecimentos e práticas que, individualmente, foram exitosas. Isso sugere que muito há que rejeitar e recuperar com relação aos antigos modelos, como também muito o que explorar nos novos, mas de uma forma cautelosa e seletiva. Depois de tudo, as experiências de reforma na Região não oferecem provas claras de sucesso na aplicação de medidas de privatização, desregulação, descentralização e outros princípios fundamentais.<sup>1</sup> Inclusive, nos Estados Unidos da América, a crise energética na Califórnia<sup>12</sup>, por si uma das economias mais fortes do mundo, é um exemplo da incerteza da mudança e a desregulação.

As soluções devem incorporar-se na organização do modelo do sistema de saúde e em seus instrumentos de funcionamento. Os acordos ou os compromissos de gestão ou qualquer outra modalidade de descentralização tem que ser explícitos em seus conteúdos específicos e adequar-se às características de cada ator da rede. Assim, os compromissos de gestão com o nível primário serão mais intensos em aspectos preventivos e de promoção da saúde, enquanto que os compromissos com hospitais insistirão muito mais em atividades de atenção médica propriamente dita. A coerência do conjunto e da responsabilidade da autoridade sanitária deverá incorporar uma visão integral, incluindo a atenção de grupos de risco especial (por ex., imunizações de crianças, estilos de vida saudáveis para adultos, educação em caso de enfermidades crônicas); adotar procedimentos de exceção (à margem dos fatores econômicos) para aceitar pacientes com condições sobre as quais o interesse público demanda medidas especiais de tratamento, seguimento e controle; realizar ou desencadear ações de pesquisa por razões similares; aplicar de forma requerida em situações epidêmicas ou endêmicas, e reativar os sistemas de referência de pacientes como uma forma crítica de articular a rede de serviços.

Por outro lado, a programação deve ser um objetivo específico de uma ação de consulta formal entre membros da rede de serviços e contar com alguma prova que confirme que a consulta se produz. Finalmente, as implicações destas ações, presumivelmente mínimas, devem ser esclarecidas pelo ente de financiamento. Desta forma, produz-se uma ação mais equilibrada na resposta ao problema da saúde, que aporta benefícios em relação a sua efetividade e eficiência. A respeito do financiamento, a possibilidade de que se cumpram os fins que se perseguem com uma determinada alocação de recursos é maior ao mesmo tempo que os custos sociais das intervenções serão necessariamente menores. A racionalidade implícita neste enfoque é uma garantia de que a saúde não está gerando pressões desnecessárias sobre os recursos para o desenvolvimento econômico e social.

Um segundo ponto de interesse é definir, com maior precisão, o tipo e o volume de produção de serviços que serão responsabilidade do hospital. Novamente, a relação com a rede de serviços é essencial e determina as características qualitativas e quantitativas da oferta de serviços. Como ilustra o exemplo mencionado sobre Costa Rica, o nível terciário de um país da Região poderia eliminar a metade de sua demanda de intervenções cirúrgicas, já que podem ser realizadas em outros níveis a um custo econômico

<sup>11</sup> Quase sempre se comprova que a saúde perdeu sua posição competitiva pelos recursos, porém, em termos absolutos, o crescimento dos recursos se manteve.

<sup>12</sup> Enquanto se escrevem estas notas, as notícias indicam uma forte diminuição da oferta de energia elétrica e suas relações, ainda confusas, com o problema de liberalização e manipulação do mercado.

e social muito menor (o custo social determinado pelo transporte físico de pacientes e familiares de lugares distantes da capital ou principais centros urbanos do país).<sup>7</sup> O efeito possível desta medida é um melhor uso de recursos, ajustado a características dos serviços e uma melhor qualidade de atenção, pela redução dos períodos de espera no nível terciário.

Em terceiro lugar, é pertinente perguntar-se se a dotação de recursos é razoável para o nível de produção que deve ser alcançado.<sup>2</sup> Da informação mencionada no parágrafo anterior, pode-se delimitar, ao menos, dois possíveis cenários: 1) prover financiamento somente para 51,6% da produção (a diferença relacionada à produção atual poderá ser atendida em outros níveis do sistema a um custo menor); e 2) manter o financiamento se for demonstrado que é possível aumentar a oferta de intervenções cirúrgicas para 48,4% de enfermidades cujo tratamento corresponde ao terceiro nível de atenção. Ambos os casos aportam rendimentos óbvios. A primeira opção supõe menos recursos e a segunda, maior produção, produtividade e aplicação racional dos recursos. Além disso, em ambos, pode-se ganhar ou, ao menos, manter a qualidade da atenção.

Outra dimensão da demanda é dada pela produtividade da infra-estrutura física, representada pela ocupação de leitos. Os indicadores críticos, neste caso, são a oferta de leitos, o índice ocupacional e a média de permanência. A qualidade localiza-se, em grande parte, no estabelecimento e no uso dos protocolos de atenção e da estrutura de morbidade que oferecem, entre outras coisas, critérios racionais para definir as médias de permanência. Lamentavelmente, e apesar de sua importância, estes dois elementos costumam estar ausentes na gestão hospitalar da Região, porém, existe suficiente experiência para formular algumas hipóteses razoáveis sobre a eficiência. Por exemplo, pode ser feita uma exposição flexível segundo a qual, na medida em que as médias de permanência dos serviços de obstetrícia oscilem em torno de dois dias, este fator tem um comportamento favorável sob o ponto de vista dos custos. O enfoque pode ser ampliado ainda mais: é possível que na medida em que esse indicador diminua, os custos sejam ainda menores, mesmo que a qualidade da atenção diminua. Se o indicador aumenta, é possível que a qualidade da atenção não melhore substancialmente, porém, os custos aumentem; talvez o enfoque seja diferente para um serviço de obstetrícia do terceiro nível, pela estrutura de morbidade.

Uma análise similar pode ser realizada em relação ao índice ocupacional, comum a qualquer serviço. Valores deste indicador próximos a 90% produzem níveis razoáveis de custo e operação. Na medida em que esse valor aumente, a economia será ainda melhor, porém, a qualidade da atenção poderia ser menosprezada.<sup>v</sup> Se o valor mencionado diminui, os custos aumentarão, porém, não será prejudicada a qualidade da atenção.

Quanto ao funcionamento, a remoção da capacidade ociosa de leitos implica menos custo de manutenção física e de outras facilidades. O leito desocupado tem um alto custo porque demanda recursos, porém, não gera produção. Além disso, é possível produzir maior qualidade de atenção em estabelecimentos menores do que em infra-estruturas sobre dimensionadas e subutilizadas (este tipo de análise é aplicável a outro tipo de recursos, como será explicado ao final deste capítulo.).

<sup>v</sup> O efeito, neste caso, é objeto de debate. Em teoria, os níveis podem aproximar-se de 100% sem menos acabar a atenção do paciente, já que com pouco esforço e sem correr o risco de reduzir a qualidade, leitos podem ser retirados. Por exemplo, os preparativos no Uruguai durante a guerra das Malvinas e as situações de acidente que têm vivido muitos países demonstram que os leitos podem ser, rapidamente, liberados sem consequências notáveis.

Em todas as situações analisadas, a concepção considera que será requerido um marco jurídico e administrativo que outorgue atribuições à gerência hospitalar para adequar seus fatores produtivos com flexibilidade, tema que será desenvolvido em maior detalhe mais adiante.

Uma conclusão importante é que o financiamento é um problema que compete ao diretor, por sua dimensão e sua globalidade. O especialista financeiro pode fazer importantes contribuições metodológicas, porém, o enfoque é mais amplo e afeta a totalidade do funcionamento da instituição. Para destacar este ponto, pode-se sugerir que o financiamento carece de essência própria e que, na verdade, é um produto ou uma consequência das características da gestão hospitalar.

As pressões que são exercidas sobre o financiamento advêm, principalmente, nas deficiências da gestão hospitalar, em particular, e dos sistemas de saúde, em geral. Pode-se introduzir paliativos, porém, as soluções de fundo demandam mudanças fundamentais nos estilos de gestão. Por outro lado, alguns antigos problemas poderiam ser acentuados pelos novos modelos. Talvez seja a hora de entender que não existem modelos de valor universal, porém, sistemas, teorias, novos conhecimentos, experiências, produtos da pesquisa operativa, etc., que podem ser mais ou menos aplicáveis em combinações variáveis, dependendo das características próprias de cada país. Em todo o caso, os novos modelos não podem substituir os tradicionais porque os países estariam perdendo muitos dos recursos investidos em processos, experiências e conhecimentos que mantêm sua validade. Dito isto, é necessário reconhecer também que as práticas do passado fracassaram ao mudar a situação de saúde da Região. Por isso, há que procurar novas vias.

Os novos modelos devem ser construídos de forma positiva, em que é possível resgatar dos tradicionais e agregar novos elementos ou fortalecer os atuais para dar uma solidez integral aos sistemas de saúde. Muitos processos, métodos e práticas tradicionais são essenciais para procurar soluções estáveis, mais eficientes e mais eficazes, tanto no plano do hospital como na rede de serviços da qual formam parte.

### **Autonomia financeira e mudança**

A autonomia financeira somente tem sentido na medida em que as decisões locais contribuem com os processos de mudança e o sistema de serviços reflete-se em uma melhoria visível da situação de saúde. Somente assim o conceito de qualidade e tudo o que seja feito em benefício do desenvolvimento institucional terá sentido social. Por outro lado, é possível que a autonomia seja uma realidade em alguns países que tem realizado descentralizações a partir de mudanças profundas em suas leis e, inclusive, em sua constituição, porém, aqui se trata de um conceito relativo, já que esta condição é outorgada a autoridades fora do âmbito do hospital ou do sistema de saúde, por exemplo, a prefeitos ou governadores. Nestas circunstâncias, a descentralização está sujeita a um contexto político-regional ou local concreto e impõe importantes condicionantes. Nestas e outras circunstâncias, os compromissos de gestão incluem o financiamento de uma proposta programática em contrapartida a um compromisso de consecução de determinados resultados.

Neste capítulo, faz-se referência ao potencial dos compromissos de gestão, porém, também aos riscos que acarretam, que podem ser superados se são articulados com os processos de mudança e estão, especificamente, dirigidos a corrigir os desequilíbrios fundamentais dos hospitais e dos sistemas de saúde. Se a isso se une o conceito de competitividade, ou seja, da capacidade do hospital de situar-se em uma posição privilegiada em seu mercado, a autonomia, possivelmente, implicará a intenção de criar um contexto de organização e operação muito similar a de suas instituições homólogas do setor privado, sem perder os objetivos sociais nem sua associação com outras instituições com as

quais deve interagir para consegui-los. Da perspectiva da gerência hospitalar, o desenvolvimento da autonomia de gestão deve produzir-se ao mesmo tempo do desenvolvimento da responsabilidade inerente ao exercício desta autonomia. Este tema não será analisado aqui em profundidade, ainda que se destaque a importância de saber em que medida alguns destes mecanismos, atuando em combinação ou independentemente, podem criar as condições para alcançar a excelência e a complexidade;<sup>1</sup> dito de outra forma, em que medida pode-se conseguir a autonomia do financiamento, associada com a autonomia da gestão. Na região, tem-se acumulado algumas experiências a respeito, das quais se pode extrair importantes lições, como as seguintes:

- O sistema de saúde como cooperativa oferece duas vantagens que convém destacar. Primeiro: os membros da organização são proprietários da instituição ou sistema e, por isso, adquirem o sentido de compromisso pela excelência da instituição, que, em grande medida, é reflexo da excelência individual de seus membros. O gerente rende contas a um conselho de diretores e, em certos aspectos, a seus proprietários constituídos em assembleia. O mais importante, neste caso, é que há um sentido de propriedade que desperta maior interesse na qualidade do serviço e uma preocupação coletiva pela excelência institucional.
- O hospital, como organização pública (por ser do Estado) sujeita a um regime privado, tem a vantagem de liberar a instituição das restrições das organizações sujeitas ao regime do direito público. Não obstante, é possível que não conte, necessariamente, com a motivação para a excelência que produz o sentido de propriedade dos membros de uma cooperativa.
- A conformação de conselhos diretores dos hospitais tem vantagens e limitações, dependendo de numerosos fatores como, por exemplo, os que são citados a seguir:
  - As funções do conselhos diretores estão definidas por uma disposição formal e incluem decisões de condução política e estratégica.
  - O conselho diretor tem autoridade para tomar decisões em matéria de gestão financeira.
  - Os membros têm capacidade para marcar orientações com sentido empresarial, como uma forma de conseguir os objetivos sociais do hospital (os estatutos estabelecem perfis básicos dos membros para assegurar um desequilíbrio entre contribuições empresariais e sociais).
  - Os membros entendem a diferença entre saúde e atenção médica e a função do hospital em ambos os campos.
  - Os membros do conselho diretor estão, razoavelmente, isentos de pressões políticas e suas nomeações não coincidem com os períodos eleitorais.
  - Existem mecanismos de auditoria efetivos para minimizar conflitos de interesse e ações carentes de ética dos membros.

Os compromissos de gestão podem ser úteis se são empregados como instrumentos de mudança e seu conteúdo reúne as características que se tem assinalado neste capítulo. Existem razões para pensar que é necessário clarificar os conteúdos e as condições para consegui-los.

A mudança envolve um custo econômico e de oportunidade. Muitos dos países da Região têm realizado esforços prolongados e investido recursos para reformarem suas instituições sanitárias.<sup>1</sup> Muitos dos projetos foram gestados ou iniciados no final da década de oitenta ou no começo dos anos noventa e, no entanto, é difícil precisar até que ponto os produtos do hospital e do sistema de saúde têm mudado e qual tem sido seu efeito nas condições de saúde. Dispõe-se de provas de que a situação descrita de um

<sup>1</sup> É possível que, sob certas condições, os hospitais tenham que incorporar alguns conceitos seletivos de mercado. O evidente é que, no novo contexto, privilegia-se a eficiência como uma forma de racionalizar a competência pelos recursos escassos entre diferentes setores do desenvolvimento.

conjunto de hospitais nacionais não tem mudado no fundamental. Tratando-se de instituições descentralizadas, poder-se-ia concluir que, com o novo modelo de organização, não se tem podido mudar uma situação que tem claras repercussões na efetividade, eqüidade e eficiência. Porém, mais importante que isso, é entender que este problema nunca foi enfocado pela gerência dos hospitais, nem pelas entidades encarregadas de aplicar a descentralização (o estudo foi realizado por experts independentes). Em resumo, a descentralização na Região deve ser recanalizada como uma estratégia de mudança, com perfis de situação claramente definidos e orientação a corrigir desequilíbrios fundamentais que contribuíram ao fracasso dos antigos modelos de organização sanitária. Em diversos capítulos deste livro, insiste-se na divisão de recursos e na redução da qualidade que ocasionam as insuficiências do trabalho em rede. Estes problemas refletem-se na eqüidade e no acesso aos serviços de saúde por parte dos grupos de população em maior risco. Porém, da mesma forma, na seção precedente sugeriu-se que a visão biologista, produto de uma focalização no hospital e de uma estrutura de financiamento que o favorece, prejudicando outras ações de prevenção e promoção sem incidir nas causas fundamentais dos problemas de saúde.

As soluções estão implícitas nas críticas anteriores. Primeiro, é essencial definir os produtos necessários para incidir nos problemas sanitários. Possivelmente, as entidades encarregadas de designar e velar pela correta utilização do financiamento tenham que se modificar (ou complementar-se com outras) e incorporar uma composição de recursos humanos diferente, que garanta o impacto em uma perspectiva social mais ampla. Os profissionais em matéria clínica e financeira poderiam ser fortalecidos se são incluídas outras disciplinas sociais. O hospital é um elo muito importante, porém, somente um elo deste processo.

Tem-se sugerido, além disso, que os modelos têm condições estruturais que põem em desvantagem a condução política. Lembre-se que um dos argumentos para descentralizar era que os níveis centrais dos sistemas de saúde estavam demasiado ocupados em aspectos operativos para poder aplicar políticas efetivas.<sup>5</sup> Mas, em alguns países, existe a propensão a desenvolver e a administrar programas operativos em campos tradicionais da saúde pública (saneamento básico, controle de enfermidades transmissíveis, imunizações, etc.), apesar de existirem dúvidas sobre a capacidade dos estabelecimentos de assumir estas funções. Isto acarreta dois riscos potenciais: que se está retrocedendo na pretensão de ter ministérios centrados na condução e na decisão política e que, dadas as debilidades naturais destes níveis centrais, também não se tenha sucesso na implantação destes programas que, à diferença dos hospitais, não têm presença social e política para refletir-se em organizações fortes do ponto de vista operativo e financeiro.

Os compromissos de gestão mencionados constituem acordos entre dois entes, um provedor do financiamento e outro prestador de serviços que rende contas. A descentralização e, em alguns casos, a desconcentração, implica a correspondência do ente à capacidade de decidir sobre o uso dos recursos e deve prestar contas sobre os resultados de sua gestão. Seu homólogo não intervém nos processos operativos intermediários, mas somente avalia os resultados obtidos, de tal forma que seja respeitada a delegação que seja produzida, formalmente, por via legal ou administrativa.<sup>vi</sup> O tema central, no contexto deste capítulo, é como garantir a boa utilização do financiamento concedido e o cumprimento das metas correspondentes, qualquer que seja a modalidade de descentralização ou desconcentração que seja empregada.

<sup>vi</sup> O ente descentralizado tem que observar boas práticas financeiras e está sujeito aos mecanismos de auditoria correspondentes.

## Gestão financeira dos investimentos

À diferença dos gastos de operação, nos quais podem ser combinadas diferentes fontes de financiamento, as decisões em matéria de infra-estrutura física movimentam-se no âmbito restrito dos investimentos públicos. A política, em sentido pejorativo, e os mecanismos de pressão sindical e social desempenham um papel importante, o que faz ainda mais necessário contar com meios de quantificação dos níveis de uso das facilidades existentes, antes de decidir sobre a ampliação da infra-estrutura hospitalar.<sup>5</sup> De fato, nos países da Região, são adotados muitos planos de investimento sem considerarem alternativas, tais como: o aumento da produtividade ou o fortalecimento dos programas que possam reduzir a demanda de serviços hospitalares.

O Quadro 2, com publicações em que são empregados métodos desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde, ilustra o tipo de análise que pode ser feito para contrapor decisões mal fundadas, o endividamento desnecessário e o aprofundamento dos desequilíbrios institucionais.<sup>1-3</sup> Os dados procedem da mesma fonte que os do Quadro 1, mesmo que, neste caso, somente se tenha considerado a totalidade da rede hospitalar, não somente as regionais. O objetivo do Quadro é proporcionar uma análise que permita alcançar coerência na relação entre a demanda de serviços e o investimento em infra-estrutura hospitalar representada pela oferta de leitos. A coluna esquerda reflete a situação atual, com uma oferta de 5.047 leitos e uma produção anual de pouco mais de 216.000 egressos, condicionada pelo índice ocupacional e a média de permanência. O primeiro destes indicadores tem aumentado em 90%, para responder a uma premissa de eficiência de fixar, com a produção constante, o número de leitos necessários. A cifra resultante deste exercício é 2.670 leitos. Deve-se reconhecer, com cautela, que a mobilização de recursos altamente especializados, como profissionais e recursos físicos de saúde, não é fácil em curto prazo, o que pode explicar a coexistência em um mesmo hospital de serviços clínicos deficitários e outros com superávit de recursos. Porém, esta situação denota a necessidade de fortalecer a visão de mudança em médio e longo prazos.

Quadro 2 Leitos requeridos com produção constante em hospitais.						
Níveis dos hospitais	Situação atual				Situação potencial	
	Nº leitos	Índice de ocupação (%)	Estância média	Egressos 1 ano	Índice de ocupação (%)	Leitos requeridos (Nº)
Nacionais	2.242	67,22	6,73	110.815	90,00	1.518
Internacionais	1.951	52,15	3,22	115.125	90,00	1.017
1º nível	854	17,05	3,31	16.051	90,00	146

**Fonte:** Elaborado a partir da Divisão de Sistemas e Serviços de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de informação gerencial WinSig. Manual de operação. Washington, DC: OPS; 2000.

Como pode ser observado, o país tem feito um investimento quase superior a 100% de suas necessidades, o qual produz capacidade ociosa em todos os níveis. Também se aprecia que, por exemplo, o índice ocupacional nos hospitais de nível primário é apenas de 17%, o dos hospitais regionais é de 52% (o que poderia ser menor, considerando que algumas médias de permanência estão altas e poderiam ser reduzidas), e o dos hospitais nacionais, que também poderiam experimentar uma redução da média de permanência, de 67%. Este país tem tomado a sensata decisão de não construir novos hospitais em anos recentes, mesmo que a infra-estrutura requeira inovação e redução, e é aí onde são concentrados os recursos.

No caso chileno, também foi constatado que não se precisava de um maior número de leitos e que os hospitais de menor complexidade (tipo 4) tinham baixos índices de ocupação devido a uma genuína

redução da demanda ou ao transporte para outro tipo de estabelecimento. Em um marco mais amplo, há muitos exemplos bastante conhecidos, em que se têm feito investimentos substanciais quando os níveis de utilização eram baixos e a demanda relativamente estável ou decrescente. O efeito tem sido um aumento do gasto associado com níveis de ineficiência mais altos. Da mesma forma que com a medição da eficiência em gastos de funcionamento, o leitor pode estar em desacordo com os parâmetros que foram tomados nesta análise. O ponto que se destaca é, no entanto, que a gestão moderna exige medir a capacidade ociosa antes de tomar decisões importantes sobre os investimentos. No caso chileno, contar com um marco racional de investimento para as regiões tem significado uma poupança em investimentos descartados, por carecer de justificativa, estimadas em US\$ 150 milhões.<sup>4</sup>

Em todo o caso, os efeitos negativos dos investimentos são muito mais profundos e duradouros. Por um lado, uma vez tomada a decisão de ampliar instalações (ou de melhorar a dotação fixa de equipamentos), é muito difícil revertê-la se depois se descobre que não se tem alcançado o nível de demanda que a justifique. Por outro, os gastos de investimento têm um efeito imediato nos gastos de operação. Uma vez construído o hospital, há que mantê-lo e colocá-lo em funcionamento, para o que é necessário o financiamento a qualquer custo, pois as opções políticas não oferecem alternativas. Para agravar mais a situação, os gastos de operação, geralmente, superam aos de investimento em períodos que oscilam entre 4 ou 5 anos. Finalmente, o impacto do investimento e os gastos de funcionamento associados alteram a distribuição relativa de recursos e, portanto, o tipo e a capacidade dos serviços que são oferecidos à comunidade. Se, desta forma, são produzidos desequilíbrios importantes, estes continuarão afetando a capacidade resolutiva do sistema de saúde durante muitos anos. Definitivamente, a decisão de realizar investimento não é neutra sob a perspectiva da equidade, já que se pode transformar em um instrumento efetivo para reduzir as brechas de desigualdade. Não obstante, se a decisão é inadequada, pode contribuir para aumentar tais brechas.

### Seguimento orçamentário e controle da gestão

A visão de mudança será uma abstração ou uma aspiração sem conteúdo operativo se não é traduzida em mudanças fundamentais nos programas e nos recursos que a sustentam, ou seja, no conteúdo do programa orçamentário. No entanto, estas relações críticas somente concretizam-se sob certas condições específicas:

- Uma clara visão de mudança, preferivelmente, respaldada por uma política clara dos mais altos níveis do governo. Essa visão deve incluir as estratégias operativas básicas para corrigir desequilíbrios fundamentais, como os que têm sido assinalados em seções e capítulos prévios.
- A percepção de que o programa orçamentário é um instrumento essencial do processo de mudança e dos mecanismos por meio dos quais se atua.
- Uma clara visão de qualidade e de suas implicações operativas quanto à equidade, à efetividade, à eficiência e à satisfação do usuário.
- A coerência da relação operativa entre fins (visão de mudança), objetivos específicos, produtos ou tarefas, metas no tempo e nos recursos.
- Avaliação objetiva de processos, recursos e resultados que seja manifestado em ajustes no programa orçamentário, nas condições institucionais e nas contribuições do pessoal.
- Verificadores objetivos que sirvam de fundamento para avaliação e elementos críticos anteriormente mencionados: fins, objetivos, produtos, metas e recursos. O novo cenário produzido pela reforma deve incluir a quantificação de produtos e seus custos como um elemento central para prestar contas.<sup>1</sup>

No contexto destas condições, os instrumentos para transferir recursos financeiros aos hospitais poderão ser diversos dependendo dos objetivos perseguidos. Desta forma, o leque de opções é amplo e envolve desde orçamentos globais até pagamento por atividades. Os primeiros podem adquirir desde variedades retrospectivas, em sua versão mais tradicional, a variedades prospectivas com incentivos de acordo com os níveis de produção. O pagamento por atividades também pode apresentar variações, desde tarifas muito detalhadas – que cobrem, praticamente, cada um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desenvolvidos nos hospitais –, até versões com maiores graus de agregação. Em alguns dos países da Região, os Grupos Relacionados com o Diagnóstico (GRD) e sua versão como PAD (Pagamento Associado ao Diagnóstico) correspondem a esta última categoria.

A combinação de instrumentos é, provavelmente, mais eficiente para alcançar os diversos objetivos que costumam ter os programas sanitários e os hospitais. Desta forma, é perfeitamente possível encontrar, no marco de um orçamento global para transferir a maior parte dos recursos, que se definam pagamentos especiais para certas atividades específicas. Como exemplo, o pagamento por caso de tuberculose diagnosticada em hospitais pode influenciar em que seja fortalecido o compromisso do hospital com estratégias de saúde pública ao realizar, de forma complementar, o trabalho que é desenvolvido, preferentemente, em atenção primária, baciloscopias aos pacientes de risco que correm por outras causas às policlínicas de atenção ambulatorial do hospital, bem como aos familiares e aos acompanhantes destes pacientes e dos pacientes hospitalizados. Por outro lado, uma tarifa diferenciada que dá preferência ao pagamento por colecistectomia pode formar parte de uma estratégia mais global que procure reduzir a mortalidade por câncer das vias biliares, cujo fator de risco associado mais importante é ser portador de colelitíase.

A questão que aqui é abordada é se essas condições se dão ou não nos países da Região. Se não, a consequência é que o principal marco de atuação, ou seja, o plano de trabalho que conforma cada unidade ou componente da organização do sistema de serviços, não coincide com os requisitos da mudança. Não há dúvida de que os países encaram o desafio da mudança, porém, muitas das idéias provêm do exterior, impulsionadas por entes externos de financiamento que têm atuado como motor na mudança. Este é um elemento positivo, porém, somente na medida em que a direção da mudança seja o produto de uma decisão consciente, que os líderes de cada setor se articulem e comprometam com ela e que o pessoal de todos os níveis incorpore essa direção como um elemento fundamental da cultura institucional. É possível que os países da Região encontrem-se em um ponto intermédio, um pouco caminhando no ritmo das tendências internacionais e um pouco no marco de decisões nacionais.<sup>8</sup> Cabe assinalar – coincidindo com a análise realizada pelo Escritório Europeu da OMS para avaliar as reformas dos sistemas europeus de saúde sobre a base de um método proposto por Gilt Walt –,<sup>9</sup> que na implantação de políticas podem ser reconhecidas três dimensões: conteúdos, processo e contexto. No meio destas dimensões, encontram-se os atores como indivíduos ou membros de grupos, que interagem e dinamizam a relação entre estas dimensões. A experiência parece demonstrar que as transformações impulsionadas nos sistemas de saúde da Região voltam-se para os conteúdos em detrimento dos processos na implantação. A descentralização, em geral, e a descentralização da gestão financeira, em particular, tem encontrado fortes resistências nos órgãos de condução central dos governos, a quem interessa mais o equilíbrio fiscal do que a reforma do setor. É possível, no entanto, que estas resistências fiquem debilitadas na medida em que a situação econômica tende a melhorar.

Sob estas condições, o programa orçamentário não se tem desenvolvido ou concebido como o plano de trabalho em torno do qual são executadas ações de mudança nas instituições e nos sistemas de saúde. De fato, o programa orçamentário segue sendo um exercício fiscal que reproduz os padrões históricos

e, com isso, as deficiências que envolve o hospital e outras instituições do setor. Mas aqui é acrescentado outro elemento da cultura institucional: a síndrome dos recursos escassos, ou seja, a tendência a procurar soluções por via dos recursos acrescentados e não mediante a solução dos problemas fundamentais que limitam a capacidade produtiva dos recursos existentes. Por outro lado, o conceito de qualidade, um elemento central da mudança, tem sido bastante evasivo e tem-se apresentado somente no plano da abstração e sem uma dimensão operativa concreta. Isso tem impedido que o orçamento, entendido como expressão concreta de uma proposta de ação, careça dos elementos qualitativos e quantitativos necessários para impulsionar transformações fundamentais.

Finalmente, os elementos do orçamento têm carecido das relações de coerência entre objetivos e meios. Em parte, devido a isso e, em parte, à própria cultura institucional prevalecente, não existem sistemas de avaliação objetiva de insumos, processos, recursos, resultados e menos ainda de impacto. Isto é uma parte da carência generalizada da aplicação de métodos quantitativos de controle da gestão.

### **O orçamento é direção**

Que fazer frente a essa direção? Em primeiro lugar, os níveis de decisão política têm que dar um conteúdo estratégico ao programa orçamentário.<sup>8</sup> Isto supõe introduzir uma mudança fundamental nos orçamentos operativos anuais comuns aos países da Região, que são, em grande medida, incompatíveis com propostas de mudança que têm que ser executadas em períodos mais prolongados. Por acréscimo, apresenta um sério problema, pois o marco de operação das instituições não guarda uma relação coerente com uma visão estratégica de mudança; ou seja, no marco de atuação, direciona-se a não englobar as políticas de mudança porque não existe o elemento articulador.

A resposta a estes interrogantes não é difícil e consiste em começar a trabalhar com orçamentos estratégicos durante períodos, pelo menos, bienais ou trienais, apoiados por processos avaliativos de curto e médio prazos. Os cortes bruscos anuais produzem, por um lado, a sensação de que o tempo foi demasiado breve para alcançar metas significativas e, por outro, que sem ter conseguido processos deve-se desenhar um novo plano operativo. A dificuldade maior de adotar orçamentos estratégicos mais amplos é o principal obstáculo do setor saúde para demonstrar excelência em sua gestão.<sup>8</sup> Não obstante, esta é uma linha de pensamento que há que se desenvolver e promover.

Na mesma medida em que se procuram soluções externas aos sistemas de saúde, os gerentes devem procurar espaços de atuação que lhes permitam tomar iniciativas de mudança e demonstrar que é possível alcançar a excelência a partir das contribuições dos novos modelos e as experiências e conhecimentos acumulados historicamente. Nesta publicação, mencionam-se inúmeros exemplos que possam dar lugar a iniciativas – viáveis, inclusive, a despeito das limitações operativas e com os recursos existentes –, que têm o potencial de produzir mudanças importantes na qualidade dos serviços (equidade, efetividade, eficiência e satisfação do cliente). O gerente do hospital deve demonstrar que controla seus planos de trabalho, refleti-lo no programa orçamentário, qualquer que seja sua dimensão, e que a responsabilidade é um fato concreto e objetivo. Uma forma simples e concreta de conseguir este objetivo é fazer que o diálogo na organização centre-se nas metas incorporadas no programa orçamentário. Neste sentido, regressa-se aos *compromissos de gestão*, pois, em torno das metas neles estabelecidas, pode-se conseguir as adesões necessárias no hospital para alcançá-las. É necessário insistir que o orçamento é consubstancial ao compromisso de gestão.

Por outro lado, é necessário procurar instrumentos que tenham as características apropriadas para converter o programa orçamentário em um instrumento que regula a aplicação dos recursos conforme certos padrões de qualidade e excelência. Tais instrumentos devem ser efetivos, ágeis, econômicos e não devem constituir cargas operativas substanciais.

Nos parágrafos anteriores, estabeleceu-se uma relação entre a gerência para o desenvolvimento e a mudança e o programa orçamentário. Isto implica outra mudança de atitude, pois, com certa assiduidade, observa-se que o diretor do hospital ou do sistema de saúde contempla o orçamento como um exercício administrativo que delega a seus assistentes em matéria econômica. Esta visão não pode ser distorcida e negativa, já que o principal instrumento de ordenamento de recursos e condicionante essencial dos produtos ou serviços gerados pelas instituições fica relegado a um plano auxiliar e secundário. Isto explica porque os gerentes, com frequência, marcam uma diferença entre suas atuações, espontâneas e improvisadas e o marco de referência formal delimitado pelo programa orçamentário. Obviamente, este tipo de comportamento contrapõe-se, claramente, à cultura da responsabilidade.

O gerente do hospital no mundo competitivo de hoje tem que desenvolver uma visão se não em longo, ao menos, em médio prazo e desenvolver suas estratégias em cenários que oferecem diferentes relações de custo-efetividade e custo-equidade, que se baseiem nas propostas programáticas e orçamentárias. Esta é, precisamente, a fórmula para trincar tendências históricas inadequadas; aplicá-la não precisa de uma formação especial, senão da vontade para encarar certos processos e decisões. O método descrito permite, com relativa facilidade e, inclusive, com pouco investimento de tempo, modificar os fatores que determinam a situação atual e construir novos cenários de cobertura, produção, eficiência, demanda de recursos e custos. Os instrumentos estão aí; o que falta é a cultura do produto de um novo perfil de gerência que substitua a atitude de indiferença que caracteriza os gerentes.

## **Análise de custos e da eficiência hospitalar**

### **Reformular conceitos para viabilizar a mudança**

Se a análise de custos e da eficiência – dois conceitos associados, porém, não necessariamente equivalentes – devem ser concebidos como componentes importantes dos processos de mudança, é importante definir suas características. Na bibliografia disponível, a eficiência apresenta-se em um contexto um tanto vago, enquanto que os custos associam-se com métodos contábeis que não têm provado sua viabilidade e utilidade na tomada de decisões.<sup>6</sup> As experiências operativas para aplicar sistemas contábeis de custos, não somente no setor público, senão, com frequência, no setor privado, mostram-se com custos elevados, prolongas e pouco sustentáveis. Das muitas que se têm visto nos hospitais públicos, poucas ou nenhuma têm resistido à prova do tempo. Quais têm sido as causas fundamentais deste fracasso? Nas causas, deve-se procurar algumas respostas às características dos sistemas requeridos pelos novos modelos de gestão.

A relação entre custo e eficiência pode ser simplificada pela definição do primeiro como a expressão econômica da segunda. À maior eficiência, menor custo, e vice-versa, e a maior custo, maior pressão sobre os recursos escassos, e vice-versa.<sup>2,6</sup> Isto é, geralmente, certo, porém, também o é que há dimensões da eficiência que excedem aos custos, ao menos à luz dos resultados que os métodos contábeis produzem. Por outro lado, estes métodos têm características que entram em contradição com alguns aspectos dos novos modelos de gestão e organização. Um conceito associado à eficiência, que também pode ser

controvertido, é o de produtividade, que expressa a relação entre o produto de um determinado processo e a unidade de produção que se tem combinado. Desta forma, por exemplo, pode-se estimar a produtividade dos leitos hospitalares, relacionando o número de egressos em um período com os leitos usados no mesmo período. Dito de outra forma, a produtividade constitui uma forma de avaliar a eficiência dos processos, estabelecendo relações entre insumo e produto, o que é realizado para aspectos específicos dos processos ou para insumos particularmente relevantes. É justamente neste último elemento onde há a maior dificuldade da análise de produtividade em saúde, pois a complexidade de seus processos produtivos obriga a aceitar certos insumos críticos de interesse que formam parte de processos muito mais complexos. Se, por exemplo, analisa-se a produtividade de uma atividade como a consulta médica, a análise centra-se nas horas médicas e faz-se uma abstração de outros componentes tais como: apoios de enfermagem, administrativo e explorações, os quais podem influenciar na produtividade do recurso hora/médica que é avaliado. Este tipo de análise pode melhorar, notavelmente, a gestão dos hospitais, porém, o uso de seu potencial dependerá da integração que a equipe gerencial do hospital possa fazer com outros insumos procedentes dos sistemas de informação para a tomada de decisões em função dos objetivos institucionais.

A eficiência refere-se a uma série de processos, qualitativos e quantitativos, que define a racionalidade da gestão global do hospital ou de qualquer outra organização, que não se pode captar pela contabilidade de custos, mesmo quando exerce um efeito direto na demanda de recursos e, por conseguinte, nos custos. Por exemplo, a direção, como visão da imagem que se deseja dar a um hospital, em um mundo cada vez mais competitivo e global, talvez constitua o fator mais importante de mobilização de recursos e, portanto, de racionalidade e redução de custos. Ao contrário, a carência de direções estratégicas tem um impacto no aumento de custos porque gera dispersão e desorientação na totalidade dos recursos institucionais.

O mesmo efeito exerce a cultura institucional que ignora os princípios de controle e responsabilidade ou a carência de sistemas operativos que facilitem e agilizem a execução dos processos administrativos, os estilos de gestão autocráticos, que fecham os espaços de participação e a contribuição produtiva, as metas do hospital, os padrões de dotação e seleção de pessoal, que determinam as características e a composição dos recursos e da oferta de serviços.

Sob este ponto de vista, a eficiência é um conceito amplo e flexível que se opõe em muitos sentidos à rigidez às limitações próprias dos sistemas de contabilidade de custos. A natureza dos planos de contas sobre os quais atua a contabilidade de custos, com os diferentes subtítulos e parágrafos definidos nos classificadores orçamentários e restrições para movimentar recursos entre eles, é contrária à flexibilidade da organização moderna, mais associada com projetos cujos conteúdos e composição mudam em função dos objetivos do momento e da necessidade de aproveitar, com sentido estratégico, os recursos institucionais. Por outro lado, para o gerente do hospital, na maioria nos casos, um profissional de formação clínica, a interpretação da informação não é transparente e, por isso, deve depender do especialista, o que tem um custo de oportunidade não-desdenhável na tomada de decisões.

Do anterior extraem-se algumas conclusões importantes: primeiro, os métodos de análise devem ser de amplo espectro e incorporar a maior quantidade possível de fatores que afetam ou guardam relação com a eficiência. Por exemplo, em saúde, a eficiência somente pode ser considerada em conjunto com a equidade e a eficácia ou a efetividade, todas elas dimensões da qualidade. Segundo, inclusive os sistemas de ampla base, terão limitações que devem ser superadas com outros processos analíticos e incluir fatores qualitativos relevantes. Terceiro, os métodos têm que ser ágeis, a partir da demanda da tomada de decisões e não de suas próprias características internas ou dos vieses do especialista.

Na Região, tem prevalecido um contexto de equidade que privilegia o papel do Estado no cuidado da saúde da população e a gratuidade na prestação de serviços. Inclusive, quando o indivíduo contribui com o custo da saúde, por meio de suas contribuições ou por meio da seguridade social, isso se faz por intermédio de um sistema no qual não intervém a relação entre o médico e o usuário ou, ao menos, a relação entre o usuário e o hospital no momento da prestação do serviço. Uma consequência disso é que o usuário interpreta a prestação sanitária como um direito carente de um custo específico quantificável e palpável. Em termos econômicos, isto implica que, quando os custos tendem a um valor igual ou próximo a zero, a demanda de bens e serviços tende a ser infinita e explica o alto grau de congestão, especialmente na atenção ambulatorial e o uso desmedido de insumos críticos de alto custo, como os medicamentos. Ainda que o acesso ao consumo de serviços hospitalares por parte do usuário está intermediado pelo médico de atenção primária, que atua como agente do usuário, é possível observar o fenômeno do sobreconsumo. O alto nível de demanda não melhora, qualitativamente, a cobertura e, em grande parte, é um fator restritivo do acesso para importantes setores da população.

A explicação pode encontrar-se no que é definido como *efeito de seguro*, que se expressa, por argumentos derivados do marco ético em que é desenvolvida sua profissão, no fato de que, se não se delega ao paciente um custo direto e o procedimento diagnóstico ou terapêutico não causa dano, o médico opta por realizar tal procedimento, ainda que sua efetividade não tenha sido demonstrada e não aporte maior benefício ao paciente. Para o médico, o uso de serviços diagnósticos e terapêuticos e de bens como os próprios medicamentos somente se expressam na prescrição ou na ordem de serviço, não na dimensão de um custo econômico que se transfere ao egresso, à consulta, à farmácia ou a qualquer outro serviço auxiliar da atenção direta ao usuário. Como consequência disso, os custos dos egressos, as consultas e os serviços de apoio terapêutico e diagnóstico são demasiado altos, como as pressões excessivas que são exercidas sobre os recursos escassos, sem que o efeito sobre a equidade e a efetividade seja positivo.

Nos novos paradigmas da gestão hospitalar, a questão consiste em saber como desenvolver sistemas de informação que incorporem a dimensão da eficiência e a dos custos como elementos centrais. A experiência na Região sobre este particular não é muito rica, nem quanto às características dos sistemas nem em relação a sua utilização. O problema central segue sendo a necessidade de passar de um modelo de gestão hospitalar e de redes de serviços, que não têm tido a capacidade para mudar as características fundamentais do programa de saúde em décadas,<sup>vii</sup> a modelos caracterizados por maiores níveis de eficiência em particular e de maior qualidade global em geral.

Em relação a este último tema, deve-se destacar quatro componentes da qualidade: equidade, efetividade, eficiência e satisfação do usuário. As deficiências e as potencialidades de qualquer deles debilita ou fortalece os restantes e, portanto, sua presença na gestão do hospital é um elemento articulador do equilíbrio institucional e a excelência. Também convém lembrar que como premissa fundamental se tem afirmado que a qualidade do hospital está condicionada pelo contexto institucional e social em que este atua. A eficiência, como parte da qualidade, está sujeita aos mesmos condicionantes. Por último, a análise particular da eficiência não pode responder ao que se tem chamado, pejorativamente, o *eficientismo*, ou seja, a eficiência como meta *per se*, senão a necessidade de maximizar o valor agregado da qualidade global.

<sup>vii</sup> A caracterização do problema de saúde é importante e é analisada nos primeiros capítulos desta publicação. A dimensão social, especialmente o fenômeno de exclusão de amplos setores da população, precisamente de quem mais aporta o problema, é um tema central da função do hospital na rede de serviços.

### Para uma nova visão dos custos na gestão para a mudança

Para dar resposta à questão apresentada, o ponto de partida é estabelecer quais são as características dos novos modelos de gestão hospitalar (e dos sistemas de saúde), e como é possível desenvolver sistemas de análise de custos e eficiência com capacidade para cumprir os objetivos fundamentais e impulsionar os processos de mudança.

As disputas ideológicas apresentaram a ineficiência como uma mostra da incapacidade dos setores sociais para conseguir metas razoáveis com os recursos alocados. Evidentemente, apesar da crise, os recursos do setor saúde e, possivelmente, dos setores sociais, estes últimos sofreram alguma perda em relação a outros setores porém, estudiosos do tema poderão comprovar que se manteve um razoável crescimento em suas alocações orçamentárias. Apesar disso, as características fundamentais do problema da saúde têm-se mantido ou aumentado. Além do mais, a crise da saúde pública já tinha sido enfocada antes da crise dos recursos da década de oitenta. Nesse contexto ideológico, também se apontou que a ineficiência dos setores sociais, dadas as grandes quantias de recursos absorvidos, constituía, de fato, um atraso para o desenvolvimento econômico e social dos países.

Sem que isso implique uma aceitação das motivações nestes enfoques, hoje existe algum grau de consenso sobre a necessidade de modernizar o Estado como condição *sine qua non* para alcançar o desenvolvimento. Da mesma forma, entende-se que a ação de um setor não pode ir em detrimento de outros cujos fins perseguem o mesmo objetivo: o desenvolvimento econômico e social da população. No caso da saúde, a imagem tem uma importância transcendente, já que, a menos que as instituições do setor demonstrem sua capacidade de gestão, é possível que as mudanças sejam dadas por substituição de modelos, não pela evolução dos atuais. A implicação é aceitar os riscos, especialmente a respeito da equidade e da efetividade social. Em síntese, os sistemas que garantem uma medida objetiva da eficiência e custos são elementos de capital importância na modernização do setor social. No plano das transformações internas dos modelos de organização e da gestão de hospitais (e das redes de serviços de saúde), esses sistemas desempenham uma função central que pode resumir-se nos seguintes pontos:

- Os novos cenários reclamam não somente eficiência no êxito dos objetivos fundamentais do hospital e do sistema de saúde, mas que sejam mudados os perfis de gestão para liberar recursos e orientá-los para processos produtivos mediante a eliminação de focos de ineficiência.
- A eficiência e os custos, como métodos, essencialmente, quantitativos, formam parte de uma nova cultura institucional, da tomada de decisões em condições de certeza e da prestação de contas.
- Os novos modelos de gestão reclamam a quantificação objetiva de produtos e de recursos neles investidos como uma condição cardinal de um sistema descentralizado e para o controle por resultados sem interferências operativas.
- O hospital é um componente fundamental da rede de serviços. Sua atuação isolada reduz sua contribuição à solução dos problemas de saúde e aumenta os custos. Os sistemas de informação, tais como os de eficiência e custos, devem articular-se em pontos críticos com os do sistema de saúde. A capacidade para acrescentar informação e estabelecer perfis de problemas estratégicos de conjuntos de unidades locais de saúde, incluído o hospital, é uma condição necessária para inserir o hospital na rede de serviços e nos objetivos globais do sistema.
- A informação dos sistemas de custos deve ser evidente por si mesma e relacionar-se com os processos estratégicos de mudança.

- Dadas as relações de interdependência com a equidade, a efetividade e a satisfação do usuário, os sistemas de custo e eficiência devem ter expressões concretas na qualidade global da instituição.
- Os conteúdos dos sistemas de informação têm que privilegiar processos articulados com uma visão de conjunto da gestão hospitalar (que, obviamente, inclui o componente clínico) associada com a gestão dos sistemas de saúde.
- Os sistemas de eficiência e custos devem incorporar elementos concretos de quantificação objetiva de insumos, processos, recursos, resultados e impacto da gestão. Este é um elemento novo da cultura institucional nos novos modelos de gestão hospitalar.
- Os sistemas de eficiência e custos têm que dispor de mecanismos para detectar e corrigir os desequilíbrios na estrutura dos recursos e do financiamento que afetam a qualidade e a quantidade de serviços gerados e os setores deles beneficiários. O fenômeno de exclusão dos setores de maior risco e sua relação com a distribuição relativa de recursos deve ser objeto de especial atenção.

Todos estes são elementos fundamentais dos processos de mudança, porém, no marco do tema que nos ocupa é necessário destacar dois. Primeiro: é difícil conceber a modernização da gestão se não se quantificam os produtos e seus custos, pois, em caso contrário, dificilmente se pode saber se os produtos guardam uma relação de coerência com a situação ou com o problema que se tenta solucionar. Segundo: é necessário percebê-la como uma dimensão precisa do problema institucional, da estrutura dos recursos, seu impacto na qualidade dos serviços produzidos e seu efeito social. Vale lembrar que estas estruturas têm sido definidas, principalmente, pelos jogos de poder e não em função das necessidades de saúde da população. Por isso, os sistemas financeiros, de eficiência e de custos devem incorporar mecanismos que permitam introduzir correções na estrutura de recursos a fim de dar um melhor sentido de equilíbrio em virtude das características sociais do problema de saúde. Isto implica outro requisito fundamental da gestão hospitalar moderna: a capacidade de construir cenários alternativos com diferentes relações de custo-equidade e custo-efetividade.

### **Novos instrumentos metodológicos para uma nova concepção de custos**

Neste contexto, quais seriam as características fundamentais de um sistema de custos que destaque a eficiência e seja inserido na evolução do hospital para novos modelos de gestão e organização? Para efeitos desta publicação, por uma parte, aceitar-se-á que há componentes ou aspectos da eficiência que devem ser objeto de uma análise pormenorizada fora do sistema de custos. Tal é o caso das características da organização e alguns aspectos da gestão. Mas, por outra, que o sistema de custos deve projetar-se para a eficiência em geral e para a relação da eficiência com os demais princípios de qualidade relacionados. Os comentários seguintes sustentam-se, não em conceitos teóricos, senão em experiências práticas que têm demonstrado sua viabilidade, inclusive em condições operativas adversas. No entanto, o leitor de mentalidade crítica deveria centrar sua atenção sobre os requisitos fundamentais de informação para a tomada de decisões e o preço de precisar desta informação, expressada como qualidade global nos novos modelos de gestão hospitalar. Depois, deve ser considerado o tema das ferramentas que satisfaçam a essas demandas, fazendo referência a condições próprias da administração hospitalar da Região e a sua viabilidade e sustentação.

Para tentar responder à pergunta apresentada, partamos de um princípio fundamental: qualquer sistema de custos deve incorporar não somente o registro dos processos, mas também sua comparação com outros sistemas de custos ou com parâmetros de referência (*benchmarks*) que permitam orientar os processos de gestão para o cumprimento de metas de excelência específicas.<sup>6</sup> Não contar com estas

metas implica que o sistema de custos se converta em um mecanismo de registro histórico de processos, em uma ferramenta de diagnóstico sem projeção para as transformações fundamentais do hospital.

No hospital, o tema tem uma solução teoricamente simples: o desenho e o uso dos protocolos de atenção como padrões que indicam, para uma enfermidade específica, quais são as guias de tratamento clínico e os recursos essenciais associados a ela. Os protocolos de atenção estão, ao mesmo tempo, associados com outro elemento, geralmente ausente na gestão hospitalar: a frequência e a estrutura da morbidade atendida.

A segunda fundamentação do sistema de custos, em fase de modernização hospitalar, é sua articulação com a rede. Isto não apresenta limitações no contexto da tecnologia disponível da informação que permite desenvolver módulos de configuração que articulem a informação com níveis de organização da rede de serviços. Ao mesmo tempo, os argumentos a favor dessa articulação são evidentes. O mais transcendente é que a saúde não acaba com a ação do hospital, mas que demanda a participação de outros componentes do sistema de serviços e sua projeção ao meio físico e social e que a ação isolada de qualquer dos componentes da rede é mais cara e menos efetiva para solucionar os problemas. Por outra parte, se os sistemas de informação e saúde não estão articulados, é difícil desenvolver uma visão política e estratégica das metas sociais do setor e, em longo prazo, das metas socioeconômicas do Estado.

O terceiro pilar do sistema de custos é o valor estratégico e nele reside uma das principais restrições dos sistemas de base contábil. Uma visão estratégica da administração hospitalar produz muitas *mensagens* úteis na gestão moderna. Por exemplo, a estrutura dos custos revela concentrações superiores a 90% em quatro ou cinco grupos (pessoal, medicamentos, material médico-cirúrgico, produtos alimentícios e reativos). Essa mesma estrutura por serviços destaca a concentração de recursos em unidades de cuidados intensivos, consultas externas, serviços de emergência, salas de cirurgia e algum outro serviço. A combinação destas duas perspectivas é ainda mais dramática porque permite selecionar um serviço de alta demanda e custo relativo, cuja estrutura de custos simplifica-se ainda mais. Por exemplo, qualquer serviço de consulta ou hospitalização tem três grupos que determinam o custo global: pessoal, medicamentos e material médico e cirúrgico. Ao mesmo tempo, os serviços auxiliares têm uma estrutura mais simples: pessoal e placas de raios X em radiologia, pessoal e reativos no laboratório, pessoal e produtos alimentícios em dietética, etc. Sob estas circunstâncias, os sistemas de custos devem destacar o que é relevante e deixar em um segundo plano o menos importante. Enquanto que os sistemas tradicionais são de tipo exaustivo em sua precisão contábil, os sistemas modernos demandam maior seletividade e exatidão, mas somente naquilo que é essencial para tomar decisões. As diferenças observadas podem determinar sua simplicidade relativa, sua facilidade de aplicação, o uso da informação e também seu custo e viabilidade.

Porém, talvez mais importante, os sistemas de custos devem responder aos requisitos estratégicos da direção de hospitais e dos sistemas de saúde. Em um primeiro plano, a visão que o sistema de custos deve aportar é um perfil de problemas fundamentais do hospital, uma espécie de visão global de níveis de desempenho e eficiência. Desta forma, o gerente do hospital pode estabelecer suas prioridades, desenhar e aplicar suas propostas de modernização. Em um segundo plano, o gerente do sistema pode fazê-lo sem prejuízo de outras dimensões microanalíticas, que orientam a ação operativa, focalizada sobre uma categoria especial de serviço, atividade ou recurso. Novamente, as tecnologias modernas, acessíveis e de baixo custo, permite configurar sistemas de tal forma que a informação possa ser, inteligentemente, agregada ou desagregada para servir propósitos gerais ou específicos, segundo corresponde cada intenção. Esta flexibilidade é muito importante, pois a experiência demonstra que os requerimentos gerenciais de informação variam.

O quinto pilar é que o sistema deve preservar as relações lógicas entre o custo e os fatores causais do mesmo. Desta forma, o custo, como dimensão do processo, e o comportamento específico em algum ponto da organização como ativador do custo vinculam-se entre si. Por exemplo, o custo do medicamento está associado com o ato médico da prescrição. Neste mesmo sentido, há relações um tanto mais sutis entre certos indicadores, os custos e ainda a qualidade da atenção. Tal é o caso da média de permanência e os índices de ocupação, cujo efeito é muito marcado na capacidade e no custo da oferta de serviços.

O sexto pilar é que o sistema de custos deve estar estruturado com componentes específicos de responder a um modelo analítico de características definidas. Em outras palavras, o sistema deve induzir, por suas próprias peculiaridades, ações corretoras dos problemas que identifica. Por exemplo, é possível identificar, claramente, na estrutura do custo de um programa qualquer dois elementos principais: os insumos diretamente imputados e os elementos de apoio (por ex., produtos auxiliares, tais como: a intervenção cirúrgica, o exame de laboratório, o estudo radiológico) necessários para prestar um serviço de qualidade. Ambos, insumos e produtos auxiliares, são, ao mesmo tempo, elementos da qualidade da atenção, já que entre os primeiros encontram-se os medicamentos e entre os segundos, os procedimentos auxiliares terapêuticos e diagnósticos. Porém, estas relações podem ser falsas: há maiores quantidades de insumos aplicados na atenção, maiores custos, porém, a qualidade da atenção poderia ser arriscada. Os pontos quinto e sexto são ampliados na seção seguinte.

É preciso acrescentar um sétimo pilar, integrado pela viabilidade, sustentabilidade e baixo custo de sua aplicação. É evidente que em qualquer sistema há, necessariamente, um custo econômico de operação. E aqui convém acrescentar uma nota importante. O gerente do hospital da Região, freqüentemente, não dispõe ou não utiliza um sistema de custos nas características descritas. Na experiência de promover a aplicação destes sistemas, surge, com freqüência, a pergunta: quanto custa desenvolver e instalar o sistema? Raras vezes pergunta-se quanto perde o hospital com um sistema de tomada de decisões sustentado em condições de incerteza e erros em seus efeitos? Em quanto cresce a poupança de recursos escassos que pertencem à sociedade por necessidade de um sistema adequado de informação para tomar decisões? Qual é o custo de oportunidade, expressado em termos de equidade e efetividade, se tivessem melhores elementos de julgamento para orientar e ampliar a oferta de serviços em função das necessidades de saúde da população em uma ação articulada com o sistema de saúde? As respostas a estas perguntas encontram-se nos numerosos exemplos de ineficiência e, de alguma forma, estão vinculados com a crise que afeta o hospital e o setor saúde.

A informação, igual a outros recursos, tem um custo. Além disso, tem que ter presente a oportunidade para tomar uma decisão e que esta deve ser tomada com a melhor informação disponível. A informação adicional tem um custo aumentado que deve ser avaliado junto com os benefícios adicionais que traz. Se, para organizar um sistema de custos, é necessário fazer um esforço de reorganização<sup>1x</sup> e um investimento caro em recurso humano e equipamentos, está-se impondo uma restrição importante à incorporação de melhores meios para a tomada de decisões no hospital. Por outro lado, a experiência demonstra que não é essencial incorrer em custos significativos para aplicar sistemas efetivos que reúnam características similares às assinaladas. A experiência da Organização Pan-Americana da Saúde é rica neste sentido e

<sup>1x</sup> Os sistemas de contabilidade de custos tinham a limitação de requerer condições específicas de organização para sua aplicação. Isto produz consideráveis esperas e o desenvolvimento de uma organização (centros de custos) que adotou uma visão contábil e custos adicionais, tanto operativos quanto econômicos, de desenho e aplicação dos sistemas.

deixa claro que é possível aplicar estes sistemas em períodos relativamente curtos e com os recursos existentes na maior parte dos casos ou com um investimento muito baixo em recursos.

No entanto, mais importante do que isso é ainda como utilizar ferramentas, tais como os sistemas de custos, para produzir mudanças produtivas nos padrões de conduta responsáveis da eficiência institucional. Por exemplo, se é pretendido modificar a demanda excessiva e desnecessária induzida pela percepção do usuário de que os serviços são um direito gratuito, valerá a pena custear e entregar ao usuário uma nota fiscal, sem que este tivesse que fazer um desembolso efetivo. Desta forma, os custos gerais e intermediários expressar-se-iam nos custos finais dos produtos derradeiros de atividade hospitalar (egressos, consultas, exames), contribuindo assim a criar maior consciência de custos em usuários e pessoal. O custo econômico de realizar esse esforço é mínimo e as conseqüências em longo prazo de racionalizar a demanda de serviços e insumos essenciais poderiam ser notáveis. Melhor ainda, o instrumento do que se vem falando tem o potencial de gerar custos presumidos sustentados nos protocolos de atenção que seria econômico difundir entre diferentes usuários.

Há que realizar uma tarefa educativa similar com os médicos. Para isso, há diferentes alternativas, uma das quais é que a análise de custos seja comunicada por intermédio das chefias de serviço, de boletins informativos periódicos nos quais são consignados os custos dos serviços prestados e os custos que demandam outros serviços de apoio terapêutico e diagnóstico. A transformação dos serviços clínicos do hospital em verdadeiras unidades de gestão (habitualmente chamados centros de custos, centros de gestão ou centros de responsabilidade) com marcos orçamentários e margens de flexibilidade para que tais centros se beneficiem das melhorias de gestão, possam ser poderosos instrumentos para aumentar a eficiência dos serviços clínicos. Além disso, a análise de custos, junto com seus efeitos da qualidade e a equidade da atenção, deveria ser uma matéria obrigatória nos programas de formação de medicina.

Com relação ao tema do comportamento, os custos, junto com o efeito da escassez relativa de recursos e a carência de insumos essenciais, é uma realidade freqüente no trabalho dos hospitais estaduais. O problema reside, em parte, nos inadequados sistemas de gestão e compra e fornecimentos e também em carências reais de recursos financeiros, tais como: materiais de prótese, reativos ou medicamentos para tratamentos específicos. Isso obriga a instituição ou o médico a procurar produtos alternativos ou reter o paciente em espera dos recursos apropriados, o que afeta, negativamente, a qualidade da atenção e eleva, desnecessariamente, os custos. Uma causa da escassez relativa de recursos encontra-se na estrutura dos custos. Em efeito, o crescimento econômico, geralmente, gira em torno do saldo vermelho, o que produz excessos de pessoal e deficiências de insumos.

Estes desequilíbrios tendem a aumentar nos tempos de crise porque o contexto político do hospital dificulta a redução relativa de pessoal para abrir espaço ao crescimento de saldos como os de medicamentos. Os recursos destinados a bens e a serviços de consumo no orçamento transformam-se assim na variável de ajuste do financiamento hospitalar. Desta forma, estabelece-se um círculo vicioso no qual o pessoal não encontra os meios adequados para prestar serviços de qualidade, que somente pode prover-se com uma estrutura financeira mais equilibrada que implica deter ou, ao menos, reduzir o crescimento de saldo de recursos humanos. Por outra parte, é freqüente que as carências de insumos essenciais coexistem com excessos em insumos não-essenciais, refletidos em inventários sem movimentos ou níveis excessivos de obsolescência. Novamente, é necessário que o médico mantenha um contato permanente com a informação de custos e com os resultados de situações de crise que seu próprio comportamento gera.

Finalmente, já se tem mencionado a necessidade de desenvolver métodos de custos que tenham uma projeção prospectiva. A possibilidade de construir cenários e valorar suas relações de custo-equidade e custo-efetividade constitui uma forma de fortalecer a gestão hospitalar e a imagem do hospital público. Se os custos estão, sistematicamente, associados com os produtos, e ambos com indicadores críticos, é possível realizar o processo inverso: modificar os indicadores, determinar o efeito na produção e estabelecer sua demanda de recursos e custos. Isto não exige fazer um esforço considerável de desenho nem instrumentos sofisticados. Também não representa uma carga onerosa para o gerente, ainda que demande vontade de atuação, algo que não é freqüente em seu comportamento. A possibilidade de selecionar, entre vários cenários, a opção que ofereça maiores benefícios sociais e institucionais não somente fortalece a gestão hospitalar, mas libera recursos que agora são gastos em uma supervisão invasiva sem objetivos claros.

A ineficiência é uma causa fundamental da crise institucional que afeta o setor saúde e suas instituições por sua relação com o desequilíbrio na distribuição dos recursos, seu efeito negativo na equidade do sistema de serviços e seu impacto na disponibilidade global de recursos para o desenvolvimento econômico e social. Por estes motivos, a eficiência é um elemento cardinal da modernização, ainda que também se deva modernizar os métodos tradicionais de análise de custos e questionar suas limitações como instrumento principal de medição. Estes métodos devem, por uma parte, ampliar, em muitos aspectos, seus horizontes para se constituir, realmente, em instrumentos estratégicos de mudança e, por outra, em uma perspectiva global de gestão hospitalar, informação de base captada, processamento de dados e, sobretudo, a informação gerada como produto, devendo-se orientar para a análise e a solução dos problemas fundamentais do hospital e do sistema de saúde ao qual pertence. Não se deve esquecer que, em última instância, o propósito é conseguir as metas institucionais com a maior qualidade e o menor custo possível, e que isso pode constituir um elemento central para mudar a imagem do hospital e conseguir sua inserção no mundo global e competitivo atual.

### **O caráter integral da gestão hospitalar: relações entre processos estratégicos**

Nas seções precedentes, foi mostrada uma visão ampla do financiamento e da gestão financeira. As contribuições do especialista, com seus instrumentos técnicos facilitam o trabalho do gerente, que deve considerá-las à luz de muitos outros fatores qualitativos e quantitativos, internos e externos, que afetam o conjunto das relações econômicas da organização hospitalar e do sistema de saúde. Há, além disso, campos nos quais alguns dos subsistemas financeiros articulam-se em torno de decisões. A seguir, insistir-se-á em alguns destes pontos de articulação.

Geralmente, reconhece-se que a função do hospital é clínica e que deve manter seu caráter especializado como condição para conseguir seus objetivos com qualidade, ou seja, de forma equitativa, efetiva, eficiente e satisfatória para o usuário. No entanto, esse objeto do financiamento e de toda a gestão hospitalar não costuma estar claro, o que constitui uma importante deficiência institucional. Caracterizar a oferta de serviços implica dois elementos de mudança fundamentais para a modernização: primeiro, permite estabelecer relações de coerência com as características das necessidades da população, mediante a aplicação de métodos e critérios epidemiológicos. Isto é essencial porque, de outra forma, toda a atividade hospitalar perde boa parte de sua direção e sentido. Segundo, se a oferta é *legítima* e essas relações de coerência têm sido construídas, os processos internos de organização e uso dos recursos têm uma

justificativa ética e administrativa. Uma forma de contribuir para definir as características da oferta de serviços é determinando a estrutura da morbidade. Esta pode ser quantificada mediante métodos efetivos, simples e de baixo custo, e os benefícios na qualidade dos serviços oferecidos por esta análise podem ser substanciais. De fato, dado o comportamento de morbidade, pode-se, inclusive, partir de estruturas presumíveis razoáveis e montar sobre elas processos de gestão mais efetivos e eficientes. Em médio prazo, estas estruturas presumíveis podem atualizar-se, recopilando, sistematicamente, a informação.

A aplicação dos custos com critério estratégico supõem o estabelecimento de parâmetros sobre o uso normalizado de recursos que, comparados com os custos reais, permitem determinar desvios de necessidade de correção em benefício da qualidade (uma de tais dimensões é a eficiência). Se se conta com a estrutura de morbidade, real ou presumível, e com informação de custos, é possível definir o parâmetro de referência e usá-lo como medida desejável de eficiência na prestação de serviços de saúde, precisamente dentro de padrões de qualidade que o mesmo protocolo determina.<sup>x</sup> Além disso, deve-se insistir na estreita relação entre qualidade clínica e qualidade global, pois os protocolos, além da função administrativa mencionada que desempenham, podem contrastar-se com os perfis reais de atenção clínica para descobrir desvios do padrão e procurar esquemas de desenvolvimento da excelência clínica. Este é um claro argumento a favor da ruptura de algumas dicotomias que cria numa dissociação perniciosa entre processos logísticos ou de gestão e processos clínicos.

O Winsig utiliza outro conceito associado com estilos de gestão participativa e com a descentralização da tomada de decisões.<sup>3</sup> Trata-se dos *centros de gestão*, que se poderia equiparar com o conceito mais restritivo de *centros de custos* empregados na contabilidade de custos tradicional. Os centros de gestão são processos ou componentes importantes dos processos, que confluem na atenção ao paciente e incluem elementos clínicos, diagnósticos terapêuticos e logísticos. Entende-se que a descentralização é um processo de caráter institucional que confere ao diretor a autoridade necessária para atuar com certo grau de liberdade e comprometer-se com certos resultados (de fato, uma forma de controle por resultados que práticas orçamentárias, centradas no controle do gasto, não favorecem).

No entanto, levando-se em conta a complexidade do hospital, o diretor precisa delegar responsabilidades gerenciais de condução destes processos ou componentes. Os *centros de gestão* são, em consequência, pontos intermédios de tomada de decisões nos quais a caracterização da produção, a qualidade do serviço (padrões de atenção, registro da prática clínica e quantificação de desvios) e os custos são instrumentos que facilitam a gestão participativa. Os perfis do gerente e os estilos de gerência que são mencionados em outros capítulos deste livro são aplicáveis, em consequência, não somente da direção, mas também dos gerentes em cada *centro de gestão* definido na organização do hospital. Esta é a filosofia que a Organização Pan-Americana da Saúde tem aplicado no desenvolvimento do Winsig, em um esforço metodológico para articular aspectos dispersos ou que não aparecem em outros métodos tradicionais.<sup>3</sup>

Outro aspecto do novo contexto de modernização, mencionado também em outros capítulos deste livro, é a aparição de algumas relações de compra e venda de serviços entre instituições ou com usuários individuais e a necessidade de desenvolver mecanismos de faturamento. Novamente, a criatividade entra em jogo para encontrar métodos simples, viáveis e de baixo custo, que não constituam cargas burocráticas excessivas sobre a já limitada capacidade operativa dos hospitais.

<sup>x</sup> Sob esta perspectiva, o protocolo define os critérios clínicos de diagnósticos e tratamento e os procedimentos e insumos necessários para proporcionar o tratamento efetivo de uma determinada enfermidade.

O faturamento demanda, como ponto de partida, alguma forma de sufragar os serviços que são provistos a indivíduos (quando o pagamento é personalizado) ou a grupos de indivíduos (quando o pagamento é institucional, ou seja, é coberto por uma organização intermediária). O tema, complexo em aparência, tem soluções econômicas e acessíveis para o hospital como organização social. Um ponto de partida é contar com algum sistema de custos unitários. No entanto, nos métodos tradicionais, os custos unitários são custos médios que ocultam diferenças substanciais no tratamento individual e, portanto, no custo real. Assim, uma primeira conclusão é que o faturamento requer uma forma de quantificação do tratamento particular que tem recebido o usuário. Sem pretender esgotar as opções de custo e faturamento, é possível retomar o enfoque que tem desenvolvido o Winsig para demonstrar que há vias econômicas e de custeio ou faturamento:<sup>3</sup>

- O custeio real do tratamento do paciente é um método que permite estimar de forma direta e precisa o custo de procedimentos e insumos essenciais na medida em que a capacidade operativa permita-o ou vá se desenvolvendo. Por exemplo, o custo dos recursos humanos necessários para atender a pacientes hospitalizados calcula-se em proporção ao número de pacientes-dia; o custo de medicamentos pode ser calculado diretamente, sempre que exista a capacidade para processar a informação. Os custos de alguns procedimentos (cirúrgicos, laboratório, radiologia, dietética, etc.) podem ser calculados rapidamente e com exatidão mediante um mecanismo de ponderações que realiza o especialista na matéria. O custo das cargas administrativas computa-se automaticamente a partir do peso relativo do custo do paciente em relação aos custos de qualquer *centro de gestão*. Têm-se desenvolvido diferentes mecanismos para facilitar e minimizar o custo do faturamento. Por exemplo, é possível que muitos hospitais da Região disponham de subsistemas computadorizados de processamento eletrônico de dados em registros médicos, farmácia, laboratório e outros serviços. Desta forma, Winsig proporciona uma interface para que os dados destes subsistemas possam ser utilizados no faturamento.<sup>3</sup> Este sistema flexibiliza os computadores e permite a cada hospital progredir ao ritmo de suas possibilidades. Os procedimentos de faturamento podem ser coletivos, se existem acordos de venda de serviços com outras instituições (caso da medicina de empresa ou por seguradoras), ou individual. Assim, pode-se faturar o custo total ou parte do mesmo dependendo do tipo de cobertura acordada.
- A determinação dos custos presumidos de tratamento produz-se quando existe um protocolo ou um padrão de atenção que define, para uma enfermidade determinada, os diferentes insumos: horas/pessoal; procedimentos terapêuticos e diagnósticos; insumos essenciais. Dado um padrão, o Winsig quantifica, automaticamente, o custo do tratamento segundo a enfermidade principal.<sup>3</sup>
- Grupos Relacionados com o Diagnóstico (GRD's). Se a instituição assim desejar, o Winsig oferece a possibilidade de criar GRD, cujos custos definem-se institucionalmente. Quando existem protocolos, é possível fazer análises comparativas entre os custos reais e os custos por GRD.<sup>3</sup>

Ao abordar estas funções de faturamento, produto de um contexto mais exigente em aspecto financeiros, é importante que as instituições definam suas opções a partir de critérios de custo-benefício. Dada a escassez relativa de recursos, uma primeira decisão é averiguar se o faturamento pode ser realizado com os recursos existentes ou se é necessário ampliar a infra-estrutura administrativa. Se a articulação de processos é adequada, é possível que instrumentos como o Winsig possam requerer somente ajustes menores nos sistemas de informação e, além disso, não demandem muitos recursos adicionais.<sup>3</sup>

Evidentemente, a magnitude e a complexidade da função de faturamento devem ser definidas previamente. Por exemplo, se o faturamento é institucional, o processo torna-se mais simples e econômico. É possível que, neste caso, os custos presumidos possam constituir o eixo das relações comerciais entre

o ente provedor e o receptor de serviços, e que os custos reais sejam ajustados em períodos razoáveis, por exemplo, trimestralmente. Por outro lado, ainda que os custos reais devam ser cobertos, para o que é necessário empregar um sistema de custos por atividade final como o Winsig,<sup>x1</sup> o hospital deve definir com antecedência quais são os elementos que deverão ser incluídos no faturamento.<sup>3</sup> Neste sentido, um aspecto que deve ser levado em conta é a depreciação ou a capitalização para renovar ou melhorar tecnologia legítima, estabelecida com critérios sociais, de eficácia, efetividade e eficiência. Assim, o hospital deve fazer um esforço honesto para determinar se a eficiência, que é possível quantificar segundo se tem ilustrado, tem que ser incluída no custo da prestação de serviços. É possível que a venda de serviços constitua um incentivo para fomentar uma atitude que estimule a produtividade para aumentar a qualidade ao mesmo custo ou para reduzir os custos unitários.

Por acréscimo, o faturamento deve equilibrar-se com os objetivos e os princípios do hospital. Sob certas condições, a acessibilidade poderia ver-se afetada pela cobrança dos serviços, em cujo caso se ganha economicamente, porém, perde-se em qualidade e quantidade de cobertura e pode-se menosprezar as condições de saúde. Em alguns casos é muito evidente que a eficiência econômica está produzindo uma perda da qualidade do serviço e um custo social importante para os usuários com menor ingresso. A isto se acrescenta que, freqüentemente, os benefícios econômicos são mal quantificados porque não são deduzidos ingressos, custo de registro e faturamento nem os incobráveis.

Convém assinalar que, em alguns casos, o faturamento é realizado de forma descentralizada (ou dispersa) em cada ponto de contacto do usuário com os serviços. Ou seja, farmácia, laboratório, radiologia e outros serviços faturam, individualmente, os custos respectivos do usuário. As conseqüências desta forma de proceder são claras: maior custo do sistema de faturamento e perda de satisfação do usuário, que deve cancelar os custos do tratamento em múltiplos pontos do hospital. Por último, não escapará à percepção do leitor que os registros médicos devem ser melhorados, consideravelmente, para dispor de dados confiáveis a partir dos quais os sistemas de custeio e faturamento possam funcionar. A participação do pessoal clínico neste sentido é fundamental.

Outra articulação adicional é a confluência do processo de gestão em seu conjunto em uma proposta programática (características da produção que se deseja alcançar) e orçamentária dos recursos requeridos para cumprir certas premissas de qualidade, ou seja, de equidade, efetividade, eficiência e satisfação do usuário. Anteriormente, mencionou-se a necessidade de ter em conta nos estilos de gerência global, e de cada *centro de gestão* em particular, razões de custo-benefício. Na teoria contábil, o ponto de equilíbrio reflete uma relação a partir da qual os benefícios econômicos são traduzidos em utilidades. Estes, ao mesmo tempo, podem ser alterados a partir de variações nos custos fixos e variáveis da empresa (também pelos volumes de vendas e pelo preço dos produtos). Este conceito é útil na organização privada porque oferece um ponto de partida para quantificar custos e medir as variações dos benefícios (utilidades) quando aqueles mudam; porém, como aplicar um conceito similar na organização social? Talvez isso poderia ser conseguido se fosse conhecido o ponto ótimo de produtividade dos recursos existentes sob certas premissas de qualidade, ou seja, se fosse conhecido o volume de produção que, potencialmente, pode ser gerado com os recursos existentes. Mesmo que a racionalização seja um pouco diferente, a quantificação do potencial de produção aporta um parâmetro com o qual se pode contrastar a produção de cada período para saber se está sendo alcançado o ponto de equilíbrio entre as

<sup>x1</sup> Geralmente, o sistema por atividade final (ABC, por suas siglas em inglês) diferencia-se de outros métodos (processo, por ordem de trabalho, etc.) em que a produção relaciona-se com a totalidade dos recursos da instituição e não somente com aqueles que participam diretamente em gerar cada unidade de produção.

modalidades de utilização de recursos e os benefícios que esses recursos devem oferecer à sociedade. Este tipo de prática administrativa não somente representa um salto qualitativo interno, senão uma possibilidade de melhorar a imagem externa da gestão hospitalar.<sup>xii</sup>

Quem tenha trabalhado com o módulo auxiliar de programação e orçamento do Winsig saberá que este exercício não somente pode ser feito, mas que é possível realizá-lo sem nenhum custo de recursos e a um custo mínimo de esforço pessoal.<sup>3</sup> Se a instituição conta com padrões de atenção, o *benefício* inclui um amplo conceito de qualidade; de outra forma, os benefícios serão orientados, primordialmente, a recuperar a eficiência e somente indiretamente a outras dimensões da qualidade (de fato, a eficiência implica liberar recursos ociosos que podem ser destinados a fortalecer a qualidade e a equidade na atenção).

Para que este sistema funcione, é necessário criar, especialmente nos níveis de liderança e gerência, uma nova forma de cultura institucional. Trata-se de vincular o processo analítico descrito com a formulação do programa e do orçamento porque, em caso contrário, as aspirações de mudança não terão conteúdo operativo real nenhum. Dada a sua importância, é necessário insistir em que o programa orçamentário somente serve aos propósitos de mudança se:

- Há um diagnóstico claro de problemas fundamentais que afetam a produção (e, portanto, a cobertura) do hospital.
- Se no desenho dos programas são incluídos os ajustes que no diagnóstico são considerados necessários.
- Se as quantias e a composição dos recursos (orçamento) são alteradas em função dos ajustes ao programa.

O método que integra a análise institucional, as técnicas modificadas de custo-benefício e o orçamento como instrumento de mudança funcionam como uma *planilha* eletrônica na qual se dão certas relações críticas que determinam o uso ótimo dos recursos sob premissas concretas (uns poucos indicadores) de qualidade e de eficiência como dimensão específica da qualidade. Estas relações são as seguintes:

- Capacidade de prestar serviços. O hospital determina quantos usuários podem ser tratados como ingressados e quantos em consultas externas ou ambulatoriais. No primeiro caso, os indicadores que determinam as premissas de qualidade são o índice ocupacional e a média de permanência por paciente atendido. Estes indicadores deveriam ser estabelecidos a partir da estrutura de morbidade e dos padrões de atenção, porém, ainda em ausência de ambos, é possível desenvolver hipóteses razoáveis para construí-los. Em ambos os casos, estes indicadores são conjugados com o recurso humano para conseguir metas compatíveis com a infra-estrutura física e a capacidade operativa. No segundo caso, os indicadores empregados são o tempo recurso humano (médico, enfermeira, etc.) por unidade de produção: dia, paciente e consulta.
- Quando for conhecida a produção de serviços diretos de atenção médica (obviamente em relação à situação de saúde), determina-se a produção dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento, muitos de caráter logístico. Por exemplo, para uma produção de 1.000 egressos ao

<sup>xii</sup> Dado o seu caráter inovador, o impacto potencial nos estilos de gestão e a facilidade com que pode ser feita uma demonstração destas ferramentas, os gerentes de hospitais e de outras entidades interessadas podem solicitar à Representação da OPS/OMS de cada país, demonstrações do método descrito sem nenhum custo para as partes e em apresentações breves. Não se trata de patrocinar um método específico, senão de reconhecer a viabilidade da mudança dos métodos de gestão, e, inclusive, a possibilidade de desenvolver e aplicar modelos similares quando seja considerado pertinente.

ano, os padrões poderiam determinar uma relação de 14 procedimentos de laboratório por egresso, de onde seria calculada a produção do serviço de laboratório. Essa mesma racionalização é aplicável para conhecer a produção de intervenções cirúrgicas, estudos de radiologia, rações de alimentos, quilos de roupa lavada e outros serviços.

- Uma vez estimada a produção de cada *centro de gestão*, são enumerados os insumos essenciais. O gerente que, o analista não precisa levar este processo a um extremo, senão aplicá-lo a duas ou três categorias de insumos determinados do custo unitário e do custo total de operação e, portanto, da quantia do orçamento. O pessoal sempre é o principal fator de custo, porém, para cada *centro de gestão*, são somados um ou dois insumos críticos: medicamentos e material médico-cirúrgico, reativo em laboratório, placas de raios X em radiologia, alimentos em dietética e assim sucessivamente. Os demais produtos podem ser calculados por algum método simplificado, por exemplo, crescimento vegetativo, sem que afetem, notavelmente, os custos finais. O gerente que o analista somente precisa estabelecer a quantia do recurso por unidade de produção e o Winsig reconstrói a *planilha* para quantificar, por centro de gestão e para o hospital, as quantias de produção e os recursos previstos sobre a base de premissas de qualidade definidas. Novamente, a existência de padrões oferece uma visão de qualidade integral ou as metas de eficiência associadas com certas presunções de qualidade.<sup>3</sup>

As decisões que são revertidas ao programa orçamentário não são, geralmente, dicotômicas. Nenhuma mudança é produzida instantaneamente, e menos ainda sob o contexto restritivo da gerência social. Porém, a visão do programa orçamentário como instrumento de mudança integrado à gerência global constitui o único meio para fazer frente aos problemas fundamentais do hospital. Se os conteúdos de programas e os recursos não são modificados, simplesmente, não será produzida nenhuma mudança porque os produtos seguirão sendo os mesmos, igual à estrutura dos recursos que os condicionam.

As decisões podem ser seletivas no centro de uma estrutura lógica de prioridades e possibilidades. O diretor e os gerentes dos *centros de gestão* podem aplicar o método a serviços-chave dentro do conjunto ou a categorias de recursos que tenham um efeito maior nos custos de operação. De fato, os rendimentos em produtividade supõem disponibilidade de recursos e novas oportunidades de decisão como citadas a seguir, como exemplo:

- Aumentar a qualidade dos serviços produzidos.
- Aumentar a cobertura de serviços (aumento de produção).
- Procurar uma composição mais equilibrada de recursos (funções de produção mais eficientes).
- Reduzir os custos unitários de produção.
- Liberar recursos (produzir o *necessário* a menor custo) para contribuir a reduzir as pressões sobre os recursos escassos (contribuição a outros programas dentro do sistema de saúde ou a outros setores de desenvolvimento).

Além disso, os gerentes vão dispor de um conjunto de indicadores, poucos, porém críticos, de produção, eficiência, recursos e custos previstos para um determinado período operativo. Quase sempre, esta informação ainda não faz parte da gestão hospitalar.

## Conclusões

Em boa parte da bibliografia sobre gerência social são destacadas as numerosas restrições existentes para prestar serviços de qualidade. Estas restrições são reais. Não obstante, a mensagem que aqui se tenta transmitir é mais prospectiva e centra-se nas possibilidades de empregar certas ferramentas

e processos que possam mudar, substancialmente, o caráter da gestão hospitalar, se existe a vontade de fazê-lo e fomenta-se a cultura necessária. O financiamento e a gestão financeira são dimensões da gestão global do hospital. A partir de uma perspectiva estratégica, os enfoques que aqui se apresentam correspondem à esfera da responsabilidade do diretor do hospital, que deve compartilhar com os principais níveis da gerência institucional. A contribuição do especialista e os instrumentos especializados são importantes, porém, a decisão estratégica é uma responsabilidade indelegável, mesmo que compartilhada, do diretor. A eficiência tem adquirido uma dimensão singular nos processos de modernização; a sociedade e os mecanismos de regulação têm-se tornado mais sensíveis à produtividade e às demandas de financiamento, o que acarretam riscos e oferecem oportunidades.

Os riscos são refletidos, freqüentemente, no *eficientismo*, ou seja, uma tendência a perceber os complexos processos de qualidade somente por meio do prisma dos recursos. As oportunidades residem no aproveitamento das pressões dos modelos vigentes para alcançar níveis de eficiência compatíveis com a equidade, a efetividade e o serviço ao usuário. Para melhorar a gestão, hoje em dia dispõe-se de ferramentas importantes, como os sistemas de programação, orçamento e custos, porém, tem que ser utilizados no ambiente particular do hospital, no qual intervêm muitos fatores mais difíceis de quantificar, como os estilos de gerência, a cultura institucional e as características do modelo de saúde. A relação do hospital com a rede de serviços têm um efeito, especialmente, importante em suas economias de escala, em seu impacto e em seus produtos sociais.

A administração, em geral, e a administração financeira, em particular, derivam seus princípios da empresa econômica, ou seja, aquela cujos objetivos finais estão determinados ou, ao menos, muito condicionados pela busca de rentabilidade. Não obstante, com criatividade, é possível encontrar instrumentos e aplicações dessa teoria no campo da saúde como empresa social. Neste capítulo e no livro em conjunto, são oferecidas alternativas dirigidas a alcançar a excelência mediante a aplicação ou o desenvolvimento de instrumentos inovadores que vão permitir aos gerentes dos hospitais encarar com sucesso seus desafios, sem que isso suponha um custo econômico importante ou cargas burocráticas onerosas.

## Bibliografía

- 1 Carrillo E. *La gerencia productiva en la reforma del sector salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998. [Documento inédito elaborado para la División de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.]
- 2 Alvarado E. *Gerencia estratégica de costos*. San José, Costa Rica: Colección Enalba; 1996.
- 3 Organización Panamericana de la Salud, División de Sistemas y Servicios de Salud. Sistema de información gerencial WinSig. *Manual de operación*. Washington, DC: OPS; 2000.
- 4 Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Chile. *Estudios regionales de red asistencial: visión país*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial; 1999.
- 5 Keohane RO. *Después de la hegemonía*. Cooperación y discordia en la política económica mundial. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1988.
- 6 Arnorld J, Hope T, Southworth A. *Financial accounting*. London: Prentice Hall International; 1985.
- 7 Guzmán A. *Los compromisos de gestión en Costa Rica, 1997-2000*. 1999. [Tesis de maestría.] Alcalá de Henares, España: Universidad de Alcalá de Henares; 1999.
- 8 Rukstad MG. *Macroeconomic decision making in the world economy*. Fort Worth, TX: The Dryden Press; 1986.
- 9 World Health Organization. *European health care reforms: current strategies*. Copenhagen: WHO; 1997.

# Capítulo 11

## Sistemas de informação

Em um hospital, como em outras empresas, a gestão está associada com a informação. Sob a perspectiva da gestão, a informação é um insumo cognitivo básico que contribui para conhecer, planejar, manejar e avaliar a função hospitalar. No entanto, cabe lembrar que os hospitais também têm características específicas em sua organização, funções, produtos e forma de produção que os transforma em empresas originais. Tanto seus aspectos gerais quanto suas particularidades são essenciais para desenhar sistemas e produzir informação ao serviço da gestão hospitalar.<sup>1,2</sup>

Sob a perspectiva apresentada neste texto, enfatiza-se que a gestão moderna de hospitais encara o desafio de continuar introduzindo mudanças institucionais que permitam modernizar e adaptar a organização, estrutura e função dos hospitais para responder de forma efetiva às diversas demandas de atenção de saúde da população, às múltiplas complexidades e restrições do funcionamento hospitalar e contribuir ao efetivo cumprimento de seus objetivos.

Sob este prisma, neste capítulo, os sistemas de informação são considerados instrumentos de apoio aos diversos processos de gestão e ferramenta daqueles que devem tomar decisões relacionadas com a gestão e a função hospitalar. Apesar de seu potencial, os erros dos sistemas de informação podem ser mais frequentes que os sucessos, especialmente com o contexto das burocracias governamentais em países em vias de desenvolvimento. A análise será realizada tanto da perspectiva técnica quanto da estratégia que adotam os administradores e aqueles que desenvolvem políticas.<sup>3</sup>

Mesmo que o tema dos sistemas de informação e a gestão sejam bastantes amplos e complexos, neste capítulo se destacam alguns aspectos de particular relevância na gestão do hospital do futuro: o valor estratégico da informação, seus desafios e requerimentos; os custos e benefícios; a informação como instrumento de gestão hospitalar; a informação relevante para a gestão no processo de mudança; a obtenção e distribuição de informação para tomar decisões; o fluxo de informação; o desenho dos sistemas de informação e a informática e os métodos inovadores de informação para a gestão e a função hospitalar.

### **A necessidade de adequar a informação à modernização da gestão e aos processos de mudança**

A evolução dos sistemas de informação, que destaca o rápido desenvolvimento tecnológico, têm despertado diversas expectativas e implica diferentes possibilidades de desenhar, desenvolver e manejar sistemas de informação. Parece ser altamente possível responder com sucesso às novas demandas de informação. No entanto, as expectativas devem estar em equilíbrio com o que na realidade local é possível conseguir. Para produzir e usar informação, assim como para desenvolver e manejar sistemas de informação, é importante contrastar necessidades e capacidades, tanto locais quanto nacionais.

Existe uma grande diversidade de situações que são produzidas nos hospitais e influenciam os sistemas de informação. O desenvolvimento da informação e dos sistemas de informação – além dos condicionantes internos deste tipo de sistemas – tem sido determinado pela evolução da função e da gestão hospitalar global.

Nos sistemas de informação dos hospitais da América Latina e Caribe, são detectadas múltiplas limitações e deficiências, não somente devido a restrições econômicas, especialmente do setor privado, mas também a formas de gestão inadequadas, a limitações de eficiência e efetividade hospitalar e ao baixo suporte de informação ou do uso que se faz dela.<sup>1</sup> Para ser útil, esta informação deve ser adequada

às necessidades, tem que ser de qualidade, oportuna e estar ao alcance dos diretores. No entanto, a informação não é suficiente para assegurar uma boa gestão. O maior desafio apresentado por um sistema de informação é prestar assistência aos diretores do hospital em seu papel de estrategistas e líderes que buscam realizar ações, organizar os meios para consegui-lo e motivar, apoiar e avaliar o desempenho dos recursos humanos. As ferramentas de ajuda à decisão constituem o resultado derradeiro de qualquer sistema de informação.

Mesmo que a informação esteja presente em todos os processos hospitalares, um sistema de informação é apropriado quando aporta a informação essencial para a gestão, e não necessariamente quando contém muita informação. Devido à íntima relação entre informação e gestão, as mudanças que se esperam introduzir nos modelos de gestão e na forma de efetuar a gestão institucional também levam ao desafio de reformular e modernizar o âmbito da informação e dos sistemas de informação entre os componentes da gestão. À luz das mudanças esperadas para melhorar e modernizar a gestão hospitalar, surgem perguntas na área da informação que devem ser respondidas:

- Como englobar os objetivos e as funções dos sistemas de informação, levando-se em conta as necessidades de informação para os processos de gestão hospitalar?
- Como desenvolver e adequar a informação para que seja um instrumento de apoio à tomada efetiva de decisões e possa ser manejada com as capacidades de uso de informação de quem toma decisões?
- Como reforçar e assegurar o valor estratégico da informação para a tomada de decisões na gestão dos hospitais?
- Como fortalecer o uso da informação como apoio efetivo às ações e transações internas e externas do hospital?
- Como consolidar ativamente o fluxo da informação, não somente no interior de um hospital, mas também na rede assistencial (pública e privada) e no ambiente social?
- Quais são as expectativas dos novos métodos de informação hospitalar para a gestão e mudanças e como é possível acessá-los, paulatinamente, considerando suas potencialidades, limitações e custos?

A reflexão sobre a função que devem cumprir os sistemas de informação deve ter lugar no contexto global do hospital e da função e objetos que este deve cumprir. A busca de soluções para crises e desafios eventuais e a necessidade de revalorizar os sistemas de informação hospitalar deveriam fazer parte do esforço de abordar as crises e as mudanças hospitalares. Qualquer processo de mudança no hospital exige dispor de informação a diversos níveis: para uma maior eficiência e qualidade do processo, para o conhecimento e o controle da alocação, fluxo dos recursos, orçamento e para a interação do hospital com a rede assistencial e com o ambiente social.

Hoje em dia dá-se importância à sobrevivência econômica e à eficiência financeira dos hospitais. Devido à relativa, porém marcada limitação de recursos financeiros, a maior parte dos hospitais tem que conciliar o interesse de garantir a todos o acesso aos serviços das reformas sanitárias à equidade, destacando a importância das aplicações externas dos sistemas de informação pelas autoridades sanitárias regionais ou nacionais.

A gestão econômica e financeira tradicional está sendo submetida a desafios derivados de processos, tais como: a descentralização, a modernização da gestão (no qual o aspecto financeiro desempenha um papel relevante) e a sobrevivência hospitalar (econômica) por meio do uso eficiente de um recurso limitado. Para fazer frente a esses desafios, são requeridos sistemas que provejam informação imediata (*on line*), mesmo que outros sistemas possam ter uma latência mais lenta e periódica.

De fato, todos estes elementos deveriam convergir no orçamento como expressão das metas que cada componente organizativo, clínico ou administrativo pretende conseguir em qualquer período operativo e sob certas premissas de equidade, eficácia, efetividade, eficiência e satisfação do usuário. Uma função crítica da informação é facilitar o desenho de instrumentos de desempenho institucional que permitam avaliar o cumprimento dessas metas e premissas e que, ao mesmo tempo, sirvam de insumo para alimentar a mudança estratégica. A relação entre *competências* e sucessos dos gerentes e equipes de trabalho deveria ser o eixo central desse processo de avaliação.

A informação também é uma ferramenta de apoio à qualidade global da função hospitalar. O sistema de informação, especialmente quando é eficiente e confiável, permite acessar, rapidamente, a todas as informações úteis no campo da atenção médica. Desta forma, a informação permite estabelecer uma comunicação real entre os diversos atores do mundo hospitalar.

A melhoria da atenção médica é obtida por meio de um trabalho sobre o sistema de informação, que pode introduzir mudanças na organização ou nos procedimentos a serviço da qualidade da atenção. Por este motivo, os dados que se referem ao usuário têm que ser registrados a partir de onde nasce a informação, isto é, o mais próximo possível do paciente, nos serviços de atenção médica, nos serviços clínicos e nos serviços administrativos de gestão de pacientes.

#### **Necessidade de informação coerente com modelos definidos de gestão, atenção e informação**

A informação, mesmo que seja completamente adequada, somente pode refletir o que, a partir de modelos definidos de gestão e operação de hospitais, é possível reconhecer, descrever, medir e avaliar. A este respeito devem ser consideradas duas dimensões: o sistema hospitalar que demanda uma análise comparativa e o sistema de saúde global, que não pode ser avaliada ao menos que o sistema de informação global esteja devidamente articulado.

A informação que é produzida pelos sistemas de informação devem ser coerentes com a organização dos hospitais e os serviços de saúde.<sup>4</sup> Na medida em que há confusão com relação à finalidade do hospital, a seus planos e programas, sua organização e funcionamento, haverá dificuldades para que a informação sobre estes aspectos aporte elementos úteis para a gestão.

O hospital e os sistemas de saúde estão inseridos em um novo mundo competitivo e globalizado e, além disso, são valorizadas cada vez mais as relações de custo-benefício social dos recursos que são investidos. A informação pode permitir melhorar o controle e a avaliação da gestão, bem como realizar ações com mais eficiência e efetividade por parte do hospital.

As reformas e os processos de desenvolvimento do setor saúde em diversos países tendem a incluir características que são convertidas em desafios e oportunidades para identificar quais são as necessidades de informação e orientar o desenho de sistemas de informação. Uma reestruturação ou

reforma dos sistemas de informação tem que ser coerente com a reforma dos sistemas em geral e com a dos hospitais em particular. Por isso, a participação de políticos e gerentes é essencial para orientar o desenvolvimento dos sistemas de informação.<sup>2,3</sup> Atualmente, estimula-se que a autoridade sanitária insista nas funções essenciais de saúde pública, que, ao mesmo tempo, estão vinculadas com a reforma dos sistemas de saúde. A informação destas funções essenciais inclui tanto dados individuais quanto da comunidade e ambiente.

As alternativas de organização atual dos sistemas de saúde flutuam entre burocracias hierárquicas com diferentes níveis de decisão e ação e sistemas baseados na interação do mercado, especialmente entre provedores e clientes. Além disso, existem situações mistas, como a representada pelo sistema contratual.<sup>5</sup> O interesse por conhecer e avaliar como se comportam os sistemas globais em um país exige definir, claramente, a forma de organização global, como é a configuração da rede assistencial e qual é o papel que desempenham os hospitais neste sistema.

Em sua função moderna, também pode ocorrer que os hospitais, tradicionalmente dirigidos ao setor público possam funcionar como instituições abertas ao mercado competitivo, inclusive com serviços contratuais, e isso leva a que o sistema de informação seja uma rede que transcende a organização hospitalar formal. A mudança procurada na gestão hospitalar e a necessidade de conseguir a sustentabilidade econômica dos hospitais explicam que deve ser dada grande prioridade à eficiência, muitas vezes centrada na contenção dos custos e na melhor utilização do recurso. A OMS promove uma forma de determinar e avaliar os sistemas de saúde sobre a base do rendimento global, o que tem conseqüências para os modelos de atenção e de informação hospitalar.<sup>5</sup> Também a OCDE participa na promoção de modelos de atenção nos quais se destacam mais os elementos econômicos e os centros assistenciais.<sup>6</sup> Por outro lado, a informação hospitalar rotineira contribui no aperfeiçoamento da visão de modelos de atenção e rendimento na medida em que aporta antecedentes empíricos.

No marco da descentralização, a ênfase das decisões recai no nível local ou do hospital, especialmente naqueles de tipo operacional e administrativo, o que deixa claro a necessidade de fortalecer as gestões autônomas, que ao mesmo tempo demandam o apoio de sistemas de informação auto-suficientes, onde os que produzem são os que usam a informação. A descentralização exige, entre outras coisas, que as responsabilidades de gestão que antes variavam de acordo com níveis de agregação geográfica e administrativa, agora tenham que ser assumidas por todos os níveis (central, regional e local), como o planejamento estratégico, a gestão do pessoal, os contratos, a monitorização e avaliação e a programação e gestão do orçamento autônomo.<sup>4</sup>

No entanto, o conceito de níveis de atenção de diferentes complexidades continuam vigentes e exigem um sistema integral e articulado de informação. Para os diferentes níveis, há suma importância o intercâmbio de informação dirigida a apoiar funções de gestão (deslocamento de pacientes, sistemas de supervisão e de apoio e os sistemas de monitoramento e vigilância, sejam de epidemiologia ou de funções essenciais).<sup>4</sup>

Na atualidade, o desenvolvimento de sistemas de informação deve satisfazer à necessidade de responder a maior complexidade que, paulatinamente, vão adquirindo os hospitais e os serviços de saúde.<sup>1</sup> Nesta complexidade, destacam-se os seguintes elementos:

- Intensa dinâmica das mudanças tecnológicas (incluindo os próprios sistemas de informação).
- Complexidade e mudanças na organização dos serviços de saúde e a provisão de serviços de saúde. A maior complexidade tecnológica das redes assistenciais encontra-se nos hospitais, especialmente, naqueles centros e unidades técnicas de especialidade.
- Complexidade do próprio processo de provisão de serviços de saúde, incluindo procedimentos clínicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, administrativos e da própria informação.
- Complexidade da informação em hospitais e serviços de saúde, incluindo a notificação financeira das prestações individuais a entidades de seguros ou pagadores ou às autoridades sanitárias.
- Diferentes objetivos das fontes orientadas a provedores ou procedimentos.
- As necessidades de políticas e estratégias nacionais, tanto dos serviços e sistemas de saúde quanto dos próprios sistemas de informação.

Além das demandas tradicionais de informação, surgem as demandas para apoiar diversas áreas, entre as quais cabe mencionar as que são enumeradas a seguir:<sup>1</sup>

- Autonomia financeira (condições requeridas, limites e vantagens de uma autonomia financeira).
- Gestão financeira dos investimentos (infra-estruturas e equipamentos).
- Mecanismos de recuperação de custos.
- Seguimento orçamentário e controle de gestão.
- Análise de custos e da eficiência hospitalar.
- Contabilidade analítica.
- Análise dos custos por grupos relacionados com o diagnóstico (GRD).
- Análise de custos e medida da eficiência e produtividade.

A gestão de recursos físicos e do equipamento tem que responder a necessidades de manutenção e incorporação de recursos, às vezes, complexos e caros, que precisam de um planejamento baseado em critérios de custo-benefício e eficiência na gestão de seu uso. As áreas relevantes de gestão que impõem a disponibilidade de sistemas de informação particulares são: o planejamento do recurso físico, a arquitetura e a engenharia hospitalares, o fornecimento de equipamentos, a gestão das equipes médicas, a gestão técnica, a manutenção de equipamentos, a vulnerabilidade e o risco estrutural e não-estrutural. Os serviços de apoio seguem, habitualmente, uma forma de gestão similar ao restante dos recursos físicos, porém, a necessidade de manejar fornecimentos de uso e substituição rápida leva à realização de uma gestão bastante dinâmica e complexa.

As mudanças das relações entre centros, induzidas pela descentralização e privatização, e as mudanças das relações dos setores público e privado aumentam o risco de reduzir a integração e coerência da informação, a não ser que haja critérios comuns entre diferentes centros, redes e instituições sobre o que descrever e medir e que sejam empregados critérios comuns baseados em determinações operacionais (por ex., definição de hospitais por categorias, procedimentos, tipos de especialidades, etc.). Ao mesmo tempo, deve-se aplicar critérios de informação claros e homogêneos sobre dados, indicadores e padrões. O desenvolvimento de políticas, estratégias, planos e programas nacionais de informação contribui para que se alcance a homogeneidade dos sistemas de informação, ao mesmo tempo que facilita a integração de informação entre diferentes centros, níveis e setores relacionados aos hospitais. O uso de programas de intervenção de ampla cobertura, como a vigilância de enfermidades transmissíveis ou o monitoramento de programas de vacinação, propicia o uso de informação comum para estes temas específicos.<sup>1, 2, 7</sup>

### Revalorização estratégica da informação na gestão do hospital

A informação desempenha um papel estratégico que deve ser enfatizado. O enfoque estratégico considera, entre outros, o planejamento, o controle e a comunicação, em que o sistema de informação é considerado insumo. Não obstante, também existe uma gestão de informação que age como insumo, que permite planejar e que deve ser gerida.

A informação possui um indubitável valor estratégico relacionado à gestão e à função do hospital, o que a converte em um instrumento a serviço da estratégia e da tomada de decisões, da coerência da organização para a gestão da mudança, de apoio à qualidade global da função hospitalar e como uma das ferramentas destinadas a criar e fortalecer a cultura da informação para a tomada de decisões. Este valor estratégico envolve os diferentes tipos de níveis de gestão, seja do hospital ou do seu ambiente, e para os diferentes prazos em que são tomadas as decisões. As decisões estratégicas relacionadas com o planejamento, que devem ser planejadas em longo prazo, podem ser apoiadas por sistemas de informação que permitam fazer predições baseadas em antecedentes históricos e tendências atuais, que, de certa forma, são aplicadas às decisões táticas relacionadas com a programação, geralmente em médio prazo.

A informação e os sistemas de informação são considerados ferramentas de apoio intermédio aos responsáveis dos diversos processos de gestão, sendo cruciais a qualidade, a oportunidade e a utilidade da informação. Na medida em que a informação contribua, efetivamente, a uma gestão adequada e informada, também propiciará uma melhoria significativa da função hospitalar, apoiando os processos de mudança e de modernização dos hospitais.

A incerteza e a subjetividade que, com freqüência, acompanham as decisões habituais da gestão hospitalar e que são substanciais, podem ser controladas quando se dispõem de sistemas de informação pertinentes e efetivos. No entanto, cabe lembrar que a revalorização dos sistemas de informação é uma condição necessária, porém, não-suficiente para revalorizar a gestão hospitalar. As estratégias de informação para a mudança devem ser incluídas em uma visão integral do processo de modernização da gestão hospitalar.

Por outro lado, a tendência à especialização na função hospitalar cria demandas mais sofisticadas e dinâmicas de informação, que incluem desde dados individuais detalhados até consolidados agregados que integram diversas fontes e são manejados em alguma rede virtual. Além disso, para que as mudanças na informação sejam congruentes com a revalorização hospitalar global, é preciso contar com uma orientação estratégica coerente, tanto nos métodos e conteúdos quanto nos recursos e as tecnologias. A nova orientação dos sistemas de informação deve, portanto, ter capacidade de responder a diferentes demandas das novas modalidades de gestão hospitalar.

A informação, para ser útil na decisão estratégica, deve concentrar-se nas principais áreas e nos temas centrais dos processos de mudança, como o planejamento estratégico, a descentralização, o controle e responsabilidade ou prestação de contas (*accountability*). Com este fim, é necessário desenvolver processos operativos para gerar informação em curto prazo e garantir sua confiabilidade em médio e longo prazos. As características desta informação não somente devem estar submetidas às necessidades da gestão hospitalar, mas também aos recursos disponíveis, como o contexto de implementação, especialmente no ambiente institucional dos diversos tipos de hospitais da América Latina e Caribe.

### **Valor estratégico da informação para a gestão no processo de mudança**

Por ser um dos aspectos importantes da reforma e da modernização hospitalar, é necessário ter suficiente capacidade para avaliar seu impacto sob as perspectivas: administrativa, econômica, epidemiológica e social. No entanto, exceto em casos específicos, a análise de impacto atribuível é difícil e limitada, não por falta de ferramentas metodológicas, mas pelas inúmeras variáveis que simultaneamente exercem algum efeito nos serviços de saúde, especialmente sobre as condições de saúde das pessoas, em que também influem os determinantes ambientais e os socioeconômicos.

A informação contribui para fortalecer a tomada de decisões fundamentais e favorece a integração informativa para uma cultura de gestão informada e responsável. É importante lembrar que os sistemas de informação possuem, além do valor intrínseco da função que realizam, a enorme vantagem de atuar como vínculo de comunicação estratégica. Alguns expertos consideram que a função principal de um sistema de informação sanitária é a da comunicação entre diferentes unidades e usuários. Assim, uma das principais funções dos registros individuais clínicos e administrativos é atuar como meio de comunicação entre os profissionais.

### **A informação como elemento aglutinante e de transação do hospital e da rede assistencial**

A informação também aumenta a coerência da organização, pois contribui para aglutinar as funções dos diversos participantes do hospital. O desafio implica difundir a informação de forma integrada e comunicar as decisões aos diferentes camadas verticais, como o orçamento, os objetivos quantificados como atividade, os custos, etc. Por exemplo, no que se refere ao ingresso dos pacientes, os serviços de atenção médica devem poder comunicar, oportunamente, informações confiáveis sobre as necessidades de roupa, comida ou medicamentos, a fim de que os serviços de almoxarifado, lavanderia, cozinha ou farmácia possam responder, sem demora, a estas demandas. Da mesma forma, na área de gestão administrativa, é preciso valorizar, imediatamente, as variações da disponibilidade de insumos ou das ordens internas de encargos com o objetivo de dispor do orçamento necessário no tempo real.

No entanto, o sistema de informação hospitalar encara o desafio de integrar as informações de todas os profissionais e atividades do hospital e de reagrupá-las para obter um instrumento de condução ao serviço de qualidade da atenção, do controle dos custos, da melhoria da organização e da estratégia. Este desafio não é fácil de ser superado, já que o mundo hospitalar reúne visões que podem se contrapor. Este requisito é dado pelas diferentes necessidades informativas dos usuários responsáveis pela gestão em seus diferentes âmbitos administrativos, clínicos e financeiros. Como seu papel tem repercussões derivadas dos processos de mudança na gestão e função do hospital, constitui, ao mesmo tempo, um desafio e uma oportunidade para utilizar sistemas de informação.

Para preservar a integração funcional das redes de atenção de saúde, o uso da rede de informação deve incluir diferentes instituições públicas e privadas e, com este fim, deve-se elaborar normas e critérios comuns para os conceitos, as medidas e os informes que devem ser compartilhados.

### **Buscas de solução a dificuldades e limitações da informação e dos sistemas de informação**

Os sistemas de informação encaram dificuldades e limitações tradicionais que reúnem mudanças institucionais e novos requerimentos de gestão. Entre estas limitações, destacam-se as seguintes:<sup>2,7,8</sup>

- A informação obtida de rotina é irrelevante para as tarefas habituais de pessoal, enquanto que o pessoal que aporta dados primários a considera excessiva e existem problemas para ingressar dados.
- A informação produzida é de baixa qualidade por problemas relacionados com os recursos e a organização e capacitação, o que resulta na baixa credibilidade da informação.
- Há duplicação e gastos desnecessários em sistemas paralelos de informação e há uma propensão a que se utilizem programas verticais não-integrados. No entanto, costuma faltar informação sobre os que não acessam serviços ou sobre o setor privado.
- Carece-se de informes oportunos e de retroalimentação para os que provêm a informação, o que contribui ainda mais para que esta informação seja considerada irrelevante, especialmente aos gerentes e planejadores. Estes últimos não têm suficiente consciência da importância estratégica da informação.
- O uso da informação é pobre e, geralmente, é dirigida à preparação de informes estatísticos que aos que a produzem.

Vários autores têm considerado como mais freqüente as seguintes limitações dos sistemas de informação:<sup>9</sup>

- Pretender fazer um grande desenho do sistema de informação e fazê-lo integral desde o começo.
- Sistemas de informação desenhados para acumular dados para o nível central.
- Revisar a informação sem considerar as necessidades dos serviços.
- Necessidades de informação baseadas em considerações demasiado detalhadas.
- Confundir a aplicação de computadores com a reestruturação dos sistemas de informação.
- Orientar a reestruturação, principalmente, em função da visão dos proprietários.

Estas limitações não estão isoladas e, muito freqüentemente, refletem as debilidades dos serviços de saúde e o não-desenvolvimento dos sistemas de informação em um princípio para apoiar a gestão. No entanto, as reformas que se tenta realizar em muitos países partem de uma visão clara destas limitações.<sup>9</sup> Para solucioná-las, é preciso conhecer as necessidades de informação reais e as possibilidades de obtê-la, ou seja, conhecer que fatores podem limitar sua coleta, produção e uso. Em outras palavras, para superar as limitações mencionadas, é preciso cumprir os seguintes requisitos:

- Contar com suficiente informação de qualidade em um prazo oportuno para tomar decisões.
- Garantir a factibilidade (econômica, política, cultural e técnica) e a sustentabilidade dos sistemas de produção de informação e utilizá-los adequadamente.
- Dispor de gerentes com suficiente capacidade e experiência para acessar, analisar e utilizar a informação em sua gestão.
- Dispor de informação baseada na prática e em provas científicas (*evidence based information*). A aplicação de políticas e estratégias baseadas em evidência contribui para a informação na tomada de decisões nos hospitais.
- É preciso que a mesma informação apóie os usuários e os processos de gestão, ainda que ambos a utilizem de forma diferente.

- É preciso saber que, como a informação não é suficiente para realizar uma gestão efetiva, a avaliação dos sistemas de informação pouco efetivos não devem ser confundidos com a avaliação de uma gestão global pouco efetiva do hospital.<sup>2</sup>

### **Conteúdos e seleção de informação relevante para os processos de gestão**

A informação e os sistemas de informação têm mais possibilidades de serem úteis quando seu desenho, implantação e gestão estão centrados em torno de processos de gestão e das necessidades de informação daqueles que tomam decisões no hospital. A seleção de informação requer, de acordo com as necessidades de quem vai usá-la para os processos, gestão e operação, considerar áreas temáticas que não somente se circunscrevem aos hospitais, mas que abarcam seu ambiente institucional e social. Também é importante definir quais serão os tipos de dados, critérios e padrões que vão permitir dispor de informação baseada em uma linguagem comum e sistematizada.

#### **Informação centrada no processo de tomada de decisões**

O processo de tomada de decisões pode orientar a adequação da informação e o desenvolvimento de sistemas de informação, destacando as relações do hospital com o ambiente, os objetivos, a filosofia e os propósitos, a organização e os processos de gestão e de prestação direta de serviços. Para responder às necessidades da população usuária, a instituição deve estar em condições de executar processos-chave com eficiência e efetividade, e proporcionar o apoio adequado de informação para desempenhar as funções críticas. Os sistemas de informação devem servir, além disso, para conhecer e avaliar, oportunamente, o conjunto de atividades em períodos definidos com antecedência.

Geralmente, as instituições que prestam serviços de saúde, administram entre doze e quatorze processos críticos que, em conjunto, estão influenciados pelos processos e adequação e modernização da gestão hospitalar. Entre estes se encontram os de administração do estabelecimento, que incluem aspectos como os de pessoal, finanças, materiais e a própria informação.<sup>1</sup>

Nas tarefas de programação e gestão, é sumamente importante cobrir a informação de diversas funções realizadas, incluídas as características de trabalho, que descrevem a forma (tarefas, eventos, responsabilidades e prioridades), o objeto (metas, objetivos e destinatários) e os facilitadores (conhecimento técnico, responsabilidades, incentivos e propriedade). Segundo Bodart e Shrestha,<sup>10</sup> é importante realizar uma análise funcional de cada nível de gestão dos serviços de saúde (nacional, regional e local), tanto da gestão clínica (de pacientes) quanto das unidades locais ou do sistema de saúde local. No caso do hospital, são destacadas funções relativas à provisão de serviços (principalmente curativos), gestão de recurso e participação da comunidade. Em hospitais mais complexos, às anteriores são somadas as funções de docência e pesquisa. A docência é uma função mais difícil de medir e informar, já que tende a coincidir, em grande parte, com a gestão e a operação cotidiana dos hospitais e somente utiliza, parcialmente, os recursos destinados a funções de assistência e gestão.

#### **Áreas de informação para apoiar os processos de gestão**

Cabe identificar os objetivos centrais da organização, os clientes e as áreas, tanto em função da prestação de serviços de saúde quanto da capacidade para informar. A seleção de informação relevante para a gestão de processos de mudança deve incluir as seguintes áreas:

- Missão, estratégias e alcance dos serviços da organização.
- Definição dos clientes e da população destinatária.
- Valor da saúde e da atenção à saúde para o indivíduo e a comunidade.
- Formas atuais de avaliar os problemas de saúde individuais e coletivos (saúde da comunidade).
- Necessidades dos indivíduos, da comunidade e da nação.
- Necessidades dos usuários e compromissos institucionais.
- Áreas da organização.

Alguns componentes da informação são importantes para possibilitar uma visão integral da ação hospitalar, tanto em sua estrutura e processo quanto na função social e sua inserção na rede de serviços assistenciais. Na área de recursos, destaca-se a informação sobre fundos, recurso humano, planta física e instalações, equipamento e tecnologia e insumos, como os medicamentos. Na parte de processos, a informação refere-se tanto à produção interna intermédica (serviços de apoio diagnóstico, terapêutico, administrativo e financeiro) quanto à prestação de serviços, em que há a importância da identificação de pacientes, das admissões, das altas, dos procedimentos, dos serviços programados e dos grupos de procedimentos. A informação assistencial depende da administração de registros médicos, incluída a documentação de seguros e a auditoria clínica.<sup>1</sup>

Automatizando seus registros de clientes, as instituições de atenção à saúde computam, primeiramente, uma grande variedade de tipos de dados no nível individual e depois constroem bases coletivas de dados. Os tipos característicos de dados para registros de saúde de pacientes (incluídos os componentes clínicos, administrativos e financeiros) compreendem dados codificados de diversas formas ou sons.<sup>1</sup> Deve-se ter em conta que os problemas de variedade e especificação de requisitos encontrados em muitos tipos de dados característicos da atenção à saúde se agravam pela magnitude e a complexidade do vocabulário médico, a codificação dos resultados clínicos e a classificação das enfermidades e das intervenções sanitárias.

### **Conteúdos de informação hospitalar e do ambiente assistencial e social**

Como o hospital é um sistema aberto com responsabilidades e funções sociais, é preciso contar com informação produzida internamente junto com a qual provém o ambiente institucional do sistema de saúde. Esta última inclui dados do âmbito político, econômico e institucional relacionado com o setor saúde. Geralmente, destacam-se os seguintes tipos de informação:

- Características básicas das populações-objetivo ou alvo, à margem de que estas se definam segundo a área geográfica, as condições de segurança ou previsão ou pela abertura de hospitais ao mercado competitivo.
- A situação de saúde e os fatores de risco da população-objetivo, nos níveis tanto individual quanto coletivo, como aproximação da necessidade da demanda potencial de ação hospitalar. Neste parágrafo, inclui-se a vigilância em saúde pública.
- As condições socioeconômicas desta população, que incluem diversos determinantes da saúde, e a demanda, o acesso e o uso de serviços hospitalares.
- As características da segurança, coberturas, planos de benefícios da população e o financiamento do setor saúde em geral e do hospital em particular.
- A situação da organização estrutural e funcional dos hospitais como centros assistenciais produtivos. Esta inclui os processos internos de organização, administração e prestação de

serviços de saúde e a gestão dos recursos financeiros, físicos e do pessoal. Também inclui a informação para a coordenação e a complementaridade entre as unidades estruturais clínicas.

- A informação dos hospitais (sejam autônomos ou não) incluídos em uma rede funcional de serviços de saúde, em especial por meio do sistema de referência e a rede dos serviços clínicos dentro da rede de serviços de saúde.
- O rendimento e o resultado atribuíveis à ação dos hospitais relacionados a sua população-objetivo, o que envolve o uso de serviços hospitalares como expressão de acesso efetivo aos serviços, tipos de problemas de saúde que são atendidos e a resposta dada e o controle, o monitoramento e a avaliação da gestão e da produção de serviços assistenciais relacionados a populações-objetivo.

### A seleção e o uso de indicadores apropriados

Os indicadores são variáveis e têm como principal objetivo medir uma situação determinada ou suas mudanças direta ou indiretamente. Deve-se insistir na orientação dos indicadores, na medida do possível, para a ação.<sup>10</sup> Os indicadores úteis para a gestão de hospitais e serviços de saúde podem ser classificados segundo a área ou a função em que serão utilizados da seguinte forma:<sup>2,10</sup>

- Segundo áreas da gestão: indicadores de planejamento, programação, gestão administrativa, financeira, clínica, vigilância e monitoramento e avaliação.
- Segundo áreas temáticas: indicadores de população e condicionantes socioeconômicos, de contexto de sistemas e serviços, de organização, indicadores de recursos, de atividades e de uso.
- Segundo aspectos do processo produtivo: indicadores de estrutura, incluindo organização e tecnologia, de processo (intermediários de apoio e finais) e de resultados, tanto aqueles imediatos (*output*) quanto finais (*outcome*).
- Segundo aspectos relacionados com o uso de serviços por parte da população: indicadores de saúde, necessidade de atenção à saúde, demanda, acesso (efetivo) ou uso de serviços e distribuição do recurso e uso (desigualdade).
- Segundo aspectos relacionados com a qualidade global dos serviços: indicadores de eficiência, efetividade, equidade, humanização e ética da atenção. Também é importante considerar a sustentabilidade.

Um mesmo indicador pode servir para diversas áreas de gestão e usuários e, por meio de sua seleção, deve-se levar em conta em que processos de gestão serão utilizados e quem tomará decisões. Além disso, é importante que os indicadores permitam exercer a gestão com informação similar a diferentes níveis de agregação administrativa.<sup>2</sup> Bodart e Shrestha recomendam que, nas atividades habituais do hospital, seja utilizado um grupo equilibrado de indicadores relacionados às áreas cobertas, ao número daqueles que são utilizados e a sua qualidade.<sup>10</sup> Isto é, especialmente, crítico quando é selecionado um conjunto reduzido de indicadores, como, por exemplo, em tarefas de monitoramento.

### Fatores que influem na seleção de informação

Entre os diferentes fatores que determinam as características da informação requerida, planejada, recopilada ou produzida, destacam-se os seguintes:<sup>2</sup>

- Determinação dos conteúdos concretos que se devem abordar, estejam ou não relacionados com a organização da atenção à saúde, os aspectos institucionais, o processo de educação e atenção sanitária, a população ou o ambiente.

- Utilização operativa que se vai dar à informação. Os usuários, principalmente os encarregados de tomar as decisões clínicas, educativas e de gestão, devem definir cada aplicação específica e a utilidade da informação.
- As opções quanto ao uso de novos dados, os que devem ser gerados ou os já existentes que sejam obtidos de fontes internas ou externas.
- Nível de agregação (individual, do estabelecimento, da rede de atenção à saúde, nível nacional), que permite fazer mais ou menos referência ao operativo e nas decisões locais ou no normativo e nas decisões nacionais.
- As experiências de qualidade e oportunidade da informação resultante. As expectativas estão vinculadas com o factível da recopilação e produção da informação adequada.

### **O desenho e a implantação de sistemas de informação**

Observando a evolução e a difusão dos sistemas e a tecnologia de informação na atenção à saúde, sobressaem-se os seguintes elementos: o caráter estratégico da informação e dos processos de mudança; o uso de tecnologias e métodos convencionais e não-convencionais para o desenvolvimento e a sustentabilidade dos sistemas de informação e as novas tecnologias que permitem viabilizar e potenciar a comunicação interna e externa dos hospitais (e sistemas de saúde).<sup>1</sup>

Existem diversas aproximações entendidas, operativamente, por sistemas de informação: desde aquelas consideradas somente como um conjunto ordenado de dados até aquelas que se centram, exclusivamente, nos aspectos de informática e tecnologia, aquelas que são confundidas com um *software* específico (como os sistemas executivos de gestão) ou aquelas que são consideradas como uma estrutura global que produz informação. Sauerborn e Lippeveld adotam a definição operativa que propõe que um sistema de informação é um conjunto de elementos que interagem para conseguir um objetivo comum e que provêem informação específica para a tomada de decisões em cada nível de uma organização.<sup>8</sup>

### **Evolução dos sistemas de informação em saúde**

Os sistemas de informação têm evoluído segundo as demandas mutáveis da atenção à saúde e a informação para atenção à saúde. Este progresso tem sido favorecido pela possibilidade de aplicar novos avanços tecnológicos nas organizações de atenção à saúde. Boa parte dos temas abordados até começos dos anos oitenta estiveram relacionados com a forma de relacionar informação às operações administrativas. O avanço em administração e informática também tem favorecido esta evolução. Os sistemas de informação têm sido utilizados paulatinamente em aplicações cada vez mais amplas nas áreas clínica, administrativa, financeira e de interação hospitalar com as redes e o ambiente social. Por outro lado, os sistemas de informação para a atenção à saúde correram paralelos às tendências evolutivas gerais de todos os sistemas de informação e receberam a influência do desenvolvimento tecnológico: estações com computadores centrais extensos, aparição de microcomputadores que permitiram a substituição de terminais passivos, a conexão destes componentes a uma rede e o desenvolvimento de multimídia e estações de trabalho.<sup>1</sup>

Por volta do ano de 1996, a proporção de hospitais da América Latina e Caribe que tinham sistemas de informação formal alcançavam 62,2%, enquanto que 31,6% dispunham de computadores (Quadro 1). Os sistemas formais de informação alcançavam três quartos dos hospitais públicos (excluindo a seguridade social). No entanto, no sistema público, somente contava com computadores um quinto de seus centros e, nos da seguridade social, a proporção dos que dispunham de computadores já alcançava 50%.<sup>1</sup>

**Quadro 1**  
**Hospitais da América Latina e Caribe que por volta de 1996 referiam ter sistemas de informação formal e usar computadores.**

Setor de propriedade	Hospitais (N°)	Sistemas de informação (%)	Computadores (%)
Público (exclui a seguridade social)	6.498	76,2	21,5
Seguridade social	8761	46,7	50,0
Privado	7.783	52,3	36,7
Filantropico	1.284	60,0	39,3
Militar	125	76,0	23,2
Total	16.566	62,2	31,6

*Fonte:* Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas de informação e tecnologia e informação em saúde. Desafios y soluciones para América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1998.

### Sistemas de informação dentro dos objetivos da função hospitalar

É preciso levar em conta as questões que aparecem nas tarefas de gestão e no desempenho da função hospitalar relacionadas ao que se espera de um sistema de informação:<sup>1</sup>

- É o objetivo central facilitar a atenção?
- Serão usados os sistemas para administrar os recursos e, nesse caso, para uma organização única ou para todo o sistema de atenção de saúde?
- O sistema alocará e controlará recursos?
- Espera-se que os sistemas contribuam para a atenção preventiva e a promoção da saúde de uma população definida?

Algumas das fases principais da implantação de sistemas de informação são as seguintes: determinação da necessidade de informação, segundo os requisitos clínicos, educativos e de gestão; especificação de variáveis e indicadores (medidas agregadas) que se necessitam; definição das fontes primárias de dados; definição da organização do sistema de informação e da maneira como se processará e produzirá informação; definição do tipo apropriado de tecnologia de informação para sistemas e forma de adotá-la, e desenvolvimento de recursos humanos para implantar e gerenciar o sistema.

As diferentes tendências de gestão hospitalar geram a necessidade de utilizar critérios de seleção, bem como usar modelos ou componentes estratégicos que reúnam condições de aplicabilidade, sustentabilidade e sejam orientados ao objetivo para o qual estão sendo definidos. Quanto aos objetivos deve-se levar em conta que os sistemas de informação (e a tecnologia associada) são necessários para criar, difundir e apoiar o conhecimento. Os sistemas de informação funcionam em muitos níveis de sofisticação e complexidade, ou seja, desde um alto grau de especificidade a um alto grau de generalidade. De qualquer forma, a meta última e comum que é perseguida é melhorar a saúde dos indivíduos e as populações mediante a aplicação apropriada do conhecimento gerado por sistemas de informação desenhados e selecionados adequadamente.

### **O desenho dentro do ambiente institucional hospitalar e da rede assistencial**

Para desenhar, desenvolver ou adequar sistemas de informação, deve-se levar em conta os seguintes elementos:<sup>1</sup>

- O ambiente institucional dos sistemas de informação. Estes sistemas devem adaptar-se a muitos tipos de organizações que prestam serviços de saúde.
- As mudanças dinâmicas que são produzidas na função dos sistemas de informação, nos diversos níveis de ação e decisão hospitalares e nos serviços e sistemas de saúde.
- A necessidade de integrar informação e sistemas de informação nas redes administrativas, assistenciais e contratuais dos serviços de sistemas de saúde.
- Os avanços tecnológicos na estrutura de sistemas e telecomunicações, que facilitam o desenvolvimento de redes coordenadas de atenção.

Os sistemas de informação têm que ser articulados com outros componentes do sistema de serviços. Além da perspectiva interna do hospital, é necessário considerar a perspectiva da rede ou do sistema de saúde. Sem a contribuição dos componentes institucionais do sistema, não será possível saber se o efeito agregado está obtendo os objetivos esperados em um plano social mais amplo.

Com o fim de situar o hospital na rede de serviços, a OCDE descreve categorias de centros e de provedores de serviços clínicos, entre os quais se destacam os hospitais (a margem de que são gerais ou especializados), os centros de enfermaria, os de atenção ambulatorial, e os provedores de administração, educação e seguros de saúde.<sup>6</sup> Os responsáveis por todas estas categorias devem elaborar normas e critérios comuns que mostrem dados e troquem informação homologável.

### **O planejamento dos sistemas de informação centrado na gestão e na função hospitalar**

O planejamento dos sistemas de informação deve ser orgânico no nível institucional e seu monitoramento e avaliação devem realizar-se desde sua implantação. Um plano de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação deve permitir compreender a missão geral da organização e a posição que ocupam nela, entender as políticas e as estratégias da instituição, determinar a informação de administração que cada nível de gestão requererá para a operação e o controle, assim como o grau e o nível de satisfação proporcionados pelo sistema de computação que se encontra em funcionamento. Os sistemas de informação precisam de programas desenhados adequadamente, que abordem e dêem resposta às necessidades dos usuários da maneira mais completa e oportuna possível. O plano resultante deve permitir à instituição compreender sua posição atual e decidir a direção que se deve seguir em relação aos sistemas de informação. Além disso, deve contar com uma estratégia geral de informação, infra-estrutura física, tecnológica, cultura organizacional, recursos humanos e a educação enquanto potencial dos sistemas de informação para respaldar as metas da organização. Por último, os sistemas de informação devem ser úteis para construir, manter, atualizar, permanentemente, os parâmetros de gestão em todos os campos do hospital. Sem o planejamento, a avaliação objetiva não é possível.

### **Sistemas de informação apropriados para as necessidades e capacidades institucionais**

Os sistemas de informação devem apoiar a gestão e as mudanças institucionais, levando em conta as escolhas que surgem na prática. Estes obstáculos podem ser de natureza institucional, financeira ou de integração, afetar o pessoal e surgir ao analisar ou usar a informação. Neste sentido, as crises que, freqüentemente, atravessam os hospitais podem se agravar ou tenderem a serem solucionadas, dependendo da disponibilidade ou da carência de sistemas de informação e gestão. Às vezes, as deficiências dos sistemas de informação são os desencadeantes ou agravantes destas crises. É importante revisar os problemas da informação hospitalar atual que deverão ser solucionados no futuro, como a dispersão ou a falta de integração da informação, conteúdos massivos não-estratégicos, limitações de uso por gerentes ou a necessidade de adaptar os sistemas de informação às mudanças e de assegurar a sustentabilidade. Ao se estudarem as limitações dos sistemas de informação, ressalta-se que:

- Os sistemas não-orientados pelas necessidades de informação podem se descontextualizar e ser inúteis para a gestão, independentemente de sua capacidade informativa intrínseca e de seus custos e sofisticação.
- As capacidades locais de desenhar e manejar sistemas de informação, além da inversão inicial, demandam uma capacidade institucional de capacitação, manejo, produção, análise e uso de informação que devem ser levados em conta desde a etapa de planejamento do sistema.
- Deve-se considerar a velocidade com que caducam os sistemas de informação, especialmente sua estrutura e a tecnologia de suporte. No entanto, às vezes, a tecnologia, relativamente, obsoleta também pode ser adequada para satisfazer às necessidades de informação local e oferecer benefícios esperados nesse nível.
- As mesmas limitações da instituição podem penetrar e reproduzir-se em sistemas de informação (por ex. limitações de organização, formação de pessoal, orçamento necessário, etc).

### **A avaliação dos sistemas de informação**

A informação a serviço da gestão e as mudanças institucionais são asseguradas quando se desenvolve um sistema de informação e avaliação sobre o próprio sistema de informação (metainformação), pois com isso se mantém um sistema de retroalimentação permanente para adequar e fortalecer os sistemas de informação e seu produto e seus custos e benefícios.

Os sistemas de informação constituem um centro produtivo (intermediário), além dos hospitais e das redes assistenciais. Por este motivo, pode ser avaliado do mesmo modo que outros programas de saúde. A avaliação exige ter claros de antemão o marco institucional, os objetivos do sistema de informação, os princípios que se pretendem aplicar para redesenhar ou reestruturar o sistema e os métodos que serão empregados para finalizá-lo.<sup>13</sup>

A avaliação pretende revisar o rendimento dos subsistemas de informação – especialmente no que se refere a indicadores e bases de dados, fontes, fluxos, processamentos da informação, análise, informes e uso que se faz dela – identificar problemas para propor soluções, capacitar pessoal para repetir estas avaliações no futuro.<sup>13</sup>

Em geral, reconhece-se, claramente, a necessidade de investir em informação e os benefícios trazidos, ainda que se tenha que considerar seu custo. É importante avaliar a relação entre custo e as conseqüências dos sistemas de informação, dispondo-se de métodos de avaliação econômica úteis como os de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. Os benefícios atribuíveis à informação e aos sistemas de informações visam contribuir a que o hospital responda, efetivamente, às necessidades de saúde da população e melhore a qualidade e a efetividade da estrutura e dos resultados de sua função. Quanto aos custos, é necessário recordar que, junto aos diretos, é necessário considerar os indiretos, não só monetários, mas aqueles recursos e processos que formam parte de outros processos (como planejamento, programação, monitoramento, avaliação, vigilância, garantia da qualidade) que destinam, parcialmente, recursos e tempo para envolver, produzir, integrar, analisar ou difundir informação com objetivos específicos. Nesta análise, cabe dar atenção também aos custos de oportunidade.

### **A informática: o componente tecnológico dos sistemas de informação**

A informática constitui a estrutura ou o suporte tecnológico dos sistemas. No setor saúde, a informática e, sobretudo, a hospitalar, encontra-se em plena transformação. A situação atual da América Latina e Caribe a este respeito se caracteriza por um desenvolvimento muito heterogêneo da informatização dos hospitais. Algumas instituições muito modernas têm um sistema de computação bastante desenvolvido e completo, inclusive integrado por redes internas, enquanto que outros hospitais recebem seus primeiros computadores de forma isolada e manejam informação manualmente. Muitos hospitais tratam de melhorar ou consolidar suas redes de processamento, centradas em uma gestão administrativa clássica baseada no faturamento e na contabilidade geral, ou seja, em uma informática mais hoteleira e logística do que médica<sup>1</sup>.

A informatização dos serviços clínicos pode ser cara ou, relativamente, barata se é aplicada em centros de menor complexidade e tamanho. Nos hospitais de maior complexidade e com mais recursos, já se observa um grande desenvolvimento da informação e das tecnologias dos sistemas de informação. No entanto, este desenvolvimento é bastante heterogêneo nos mais de 17.000 hospitais da Região<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da Saúde recomenda promover a informática para manter e fazer a gestão de bases de dados e gerar informes, ainda que insista na não-dominação da seleção de dados e indicadores e o desenho de registros e informes<sup>7</sup>.

### **A seleção e a aplicação de tecnologia apropriada**

Além da estrutura (*hardware*), a aquisição e o uso de programas (*softwares*) é um processo que requer cuidadosas decisões se pretendes-se adequá-los às necessidades locais, que sejam sustentáveis, manejáveis e modificáveis pelo pessoal de informática. Ao serem adquiridos, também deve levar em conta aspectos relacionados com a segurança e a confidencialidade da informação, assim como as decisões sobre os programas comerciais utilizados e o depósito e respaldo da informação<sup>1</sup>.

Os componentes tecnológicos da informação são caros e precisam de investimentos que podem ser, relativamente, elevados em relação a outros gastos dos hospitais. Estes custos não só são devido a seu desenho e implantação, mas a sua manutenção, atualização e reposição. O custo do pessoal encarregado de realizar estas funções também deve ser considerado no quadro do pessoal do hospital.

A informática se expandiu, paulatinamente, entre diversas unidades, como as de produção, custos ou administração do hospital. Ainda que haja unidades como laboratórios e outros serviços especializados que se beneficiam, claramente, da informatização, o objetivo atual é aplicá-la em todos os serviços clínicos de muitos hospitais da Região<sup>14</sup>. A informatização destes serviços, freqüentemente, é considerada insuficiente ou de difícil implantação e esta dificuldade implica três razões: a incerteza destes processos, a variabilidade das características clínicas e sociais dos pacientes e a intensificação observada na realização destes processos<sup>15</sup>.

A pergunta mais básica que se formula nos hospitais pequenos ou de baixo desenvolvimento que carecem de informática é: que motivos racionais justificam o uso da computação? Esta pergunta diz o que é submetido à computação, qual o nível tecnológico correto a ser implantado, se é ou não preferível melhorar primeiro o sistema manual e se o sistema poderá ser utilizado<sup>16</sup>. As alternativas de aplicação de equipamentos, programas e conexões computadorizadas são múltiplas, mas as decisões tomadas devem levar em conta a opinião de todo o pessoal do hospital, pois, de um modo ou de outro, todos empregam sistemas de informação.

#### Uso da informação e a informática integrada no hospital e na rede assistencial

O uso da informação integrada do hospital e seu intercâmbio com outras entidades das redes assistenciais evidencia a revisão de linguagens de computação e programas de comunicação utilizadas pelas diferentes instituições, como a necessidade de empregar programas, linguagens informáticas, critérios e normas comuns ou compatíveis de notificação e troca de dados<sup>1</sup>.

<b>Quadro 2</b>	
<b>Avanços em equipes e programas de computação aplicados na atenção de saúde.</b>	
Equipes de informática	Aplicação no campo da saúde
Processadores	Funções clínicas com muitos dados
Armazenamento	Registros médicos longitudinais
Telas	Colocação em todos os locais, apresentação intuitiva de muitos tipos de dados clínicos
Multimídia	Apresentação num ponto só de muitos tipos de dados dos pacientes; educação à distância
Dispositivos para identificação pessoal	Identificação de empregados, "cartão inteligente" para pacientes
Largura de banda	Transmissão de registros médicos longitudinais
Equipe de conectividade	Transmissão de dados médicos de pacientes de alto volume
Outros dispositivos de entrada/saída	Transmissão de dados de pacientes a pontos clínicos de atenção
Programas de computação	Aplicação no campo da saúde
Linguagem de software	Desenvolvimento mais rápido de software para um setor em rápida mudança
Software de sistemas	Apresentação mais fácil de dados aos provedores de assistência sanitária
Ativadores de software	Os criadores de SyTI para atenção de saúde se centram nas aplicações
Software de aplicações	Novas aplicações melhoram o valor dos SyTI para atenção de saúde no processo de prestação de serviços sanitários
Software de comunicações	Construção de redes para atenção de saúde

Fonte: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems. Washington, DC: PAHO; 1999.

Nos países em desenvolvimento é importante ter presente a infra-estrutura tecnológica de hospitais quando se avalia a arquitetura dos sistemas de informação. As diferenças regionais na rede em relação à infra-estrutura técnica, a capacidade das telecomunicações e os recursos de pessoal para sistemas de informação incorporam um fator adicional que devem ser considerados quando se tomam decisões sobre os sistemas de informação. Além disso, é importante prever a obsolescência dos sistemas que utilizam tecnologia de informação, aspecto que contrasta com o crescimento e avanço tecnológico rápido com o envelhecimento precoce que caracteriza os sistemas atuais. É importante que os usuários sejam muito cautelosos para evitar investir em sistemas propensos à obsolescência precoce.<sup>1</sup>

### **A gestão e a operação do sistema de informação**

Por sua complexidade, a gestão hospitalar é responsabilidade de uma equipe que envolve disciplinas clínicas, administrativas e financeiras. Nas áreas de gestão hospitalar, destacam-se a gestão assistencial, de pessoal, econômica e financeira, de recursos físicos e equipamento, de serviços de apoio e garantia de qualidade.

#### **A gestão do sistema de informação**

A gestão da informação tem como principal desafio responder às necessidades de informação com a organização do recurso (financeiro, pessoal, equipamento e tecnologia) existentes. A gestão é facilitada se o sistema foi bem desenhado, conforme as necessidades de informação, mas é complicada se o sistema se desenvolveu sem capacidades de gestão ou não é sustentável.

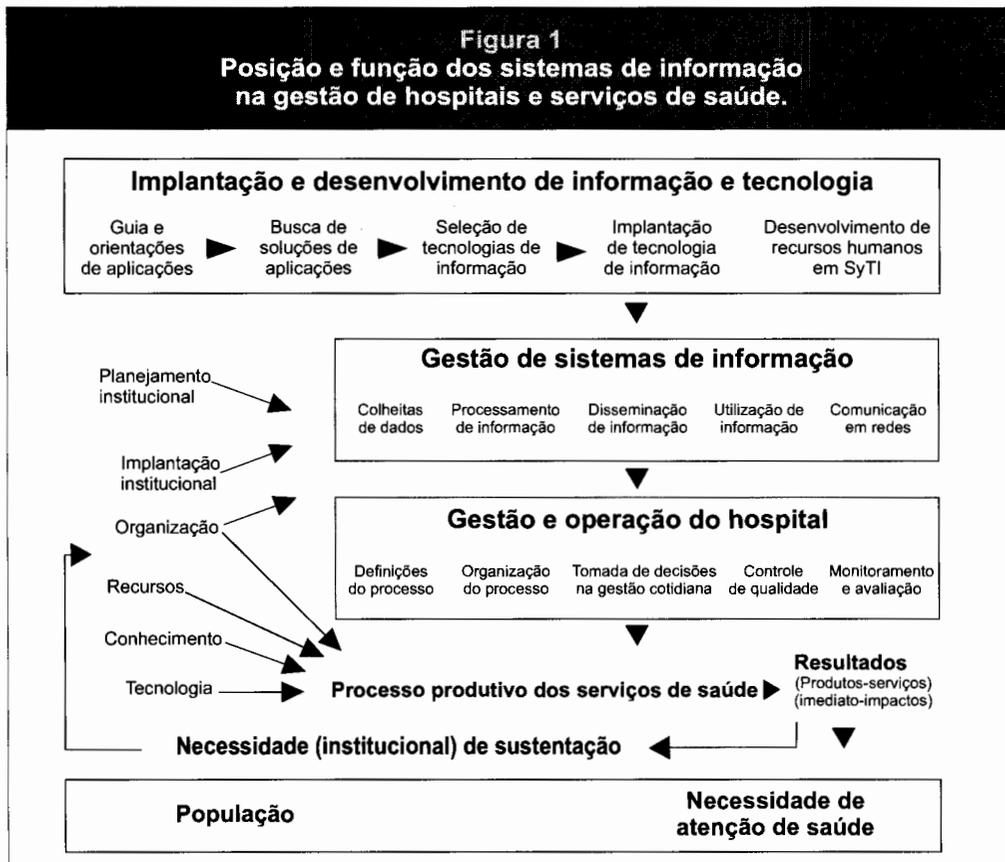
A gestão do sistema de informação tem uma dimensão que consiste no manejo de recursos baseados na computação, tecnologia e processos. No entanto, a participação do pessoal nestes sistemas e sua aceitação na prática constitui um fator crítico. O uso dos recursos sem regras claras pode limitar a eficiência e produção do sistema. Por isso, é importante elaborar regras de funcionamento precisas<sup>1,17</sup>

A capacitação é necessária para a gestão e a operação dos sistemas de informação e o uso da informação. Com frequência, o pessoal da atenção direta não compreende qual é a função ou o valor da tecnologia da informação na atenção médica e na administração da atenção à saúde, nem o esforço, compromisso e recursos necessários para implantar sistemas efetivos de informação. Inclusive, administradores podem estar mal preparados para diferenciar tais temas. Paradoxalmente, todos afirmam ter consciência da importância da informação para a tomada de decisões e que não existe informação suficiente. Mas, com frequência, o problema está na visão prevalecente do desenho do sistema de informação e no que o usuário percebe como necessário.<sup>1</sup>

Tanto o supervisor direto como o administrador dos sistemas de informação são importantes para a gestão da informação e a produção adequada de dados. O supervisor direto tem a responsabilidade bem definida quanto à pontualidade e à precisão dos dados captados pelos membros do pessoal de saúde, enquanto que o administrador de sistemas é responsável pelo desenho de políticas, procedimentos e normas e do monitoramento do sistema.<sup>1</sup> Os supervisores diretos cuidam para que os dados captados em sua esfera de atividade se ajustem às normas acordadas com exatidão, caráter integral e pontualidade e têm a responsabilidade de capacitar pessoal para produção de dados necessários.

Os administradores dos sistemas de informação encarregar-se-ão, sob o ponto de vista do usuário, da operação das aplicações implantadas, de maneira manual ou computadorizada e de atuar como intermediários para as questões relacionadas com as aplicações existentes ou desejadas.<sup>1</sup> Os administradores desempenham funções-chave na formulação de políticas operativas para os sistemas, o desenho de procedimentos e rotinas em cooperação com o pessoal de sistemas (analistas e programadores), a responsabilidade de organizar e proporcionar capacitação, a coordenação da introdução ou reorientação, a supervisão da execução de procedimentos e rotinas e, por último, o estabelecimento de vínculos com o pessoal técnico de sistemas e com os níveis mais altos da estrutura da organização de saúde<sup>1</sup>.

A gestão dos sistemas de informação em hospitais e serviços de saúde situa-se como um dos centros intermediários de apoio à produção, por meio do apoio à operação e ao manejo de estabelecimentos e redes assistenciais (Figura 1). Esta gestão tem, então, como usuário prioritário, todos aqueles que utilizam informação para manejar e produzir os hospitais e serviços de saúde.<sup>1</sup> Mediante a aplicação da informação ao que deve ser feito, cotidianamente, pelos gerentes e pessoal hospitalar, a informação pode contribuir, indiretamente, a aumentar a eficiência, a efetividade e a qualidade global da função do hospital.



Fonte: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems. Washington, DC: PAHO; 1999.

Para implantar este sistema de informação, os médicos e os gerentes devem trabalhar a fim de articular as dimensões técnicas, de tipo médico e econômico da informação. Devem trabalhar com definições operativas, critérios e códigos por enfermidade e procedimento e decompor, detalhadamente, as etapas da atenção para as principais prestações. A informação e a análise destes aspectos melhoram e asseguram a qualidade da atenção hospitalar, melhoram as funções do hospital e orientam sua produção para que responda às necessidades e às demandas da população e da mudança requerida.

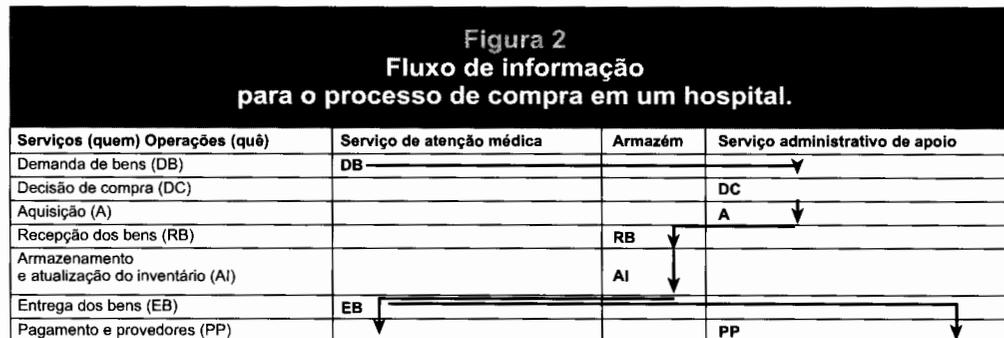
### Obtenção e fluxo de informação no hospital

O processo produtivo de informação tem quatro aspectos críticos que funcionam como fases retro-alimentadas: coleta de dados, fluxo ou transmissão de dados, processamento e análise.<sup>4</sup> A gestão da informação relaciona-se com o manejo de recursos e processos e com as regras institucionais, por meio de todo o processo de produção e do fluxo de informação. Com as mudanças que são produzidas no contexto da gestão nos processos de mudança, os sistemas de informação devem ter a capacidade de capturar e entregar dados de serviço, apoiar a utilização e o intercâmbio de informação clínica e administrativa de diferentes centros, respaldar a manipulação intensiva de dados e proporcionar meios para respaldar a tomada de decisão sincrônica.

A integração de aplicações de informação necessita dos entornos: primeiro, um caracterizado por uma base de dados compartilhada de acesso e uso coletivos e, segundo, um constituído por subsistemas de uso, predominantemente, local ou departamental. No nível tecnológico, precisa-se dos entornos para processar dados em desenvolvimento e a implantação da integração funcional desejada no nível dos sistemas. Primeiro, um entorno de dados integrado, não necessariamente centralizado fisicamente, dado que os dados podem ser centralizado em um sistema físico distribuído. Segundo, um entorno distribuído no qual cada unidade funcional administra e processa os dados de interesse local, assim como os sistemas de uso comum.

A integração vertical é alcançada pela definição dos fluxos de dados, do informe das responsabilidades e da integração dos dados gerados e processados em cada unidade funcional. Estas tarefas devem realizar-se em um marco informativo dotado de três áreas de interação para a geração e notificação da informação e destinado ao respaldo das decisões: informação de gestão orientada a clientes, econômica, administrativa (utilização e produção), clínica e epidemiológica.<sup>1</sup>

O sistema de informação deve considerar a organização e o procedimento do sistema de tomada de decisões. Se se considera o exemplo de um encargo enviado a um serviço de atenção médica (Figura 2), o sistema de informação considerará a circulação de informação entre os diferentes serviços e apresentar diferentes operações a serem realizadas.



Fonte: Leterytte H. Traité de gestion hospitalière. Paris: Berger-Levrault; 1998

Para tomar decisões efetivas em matéria de saúde, é necessário aplicar um enfoque sistêmico que identifique necessidades de informação. A saúde pública oferece um modelo valioso para cumprir este enfoque, compreendendo três tarefas-chave: avaliação, desenho de políticas e garantia de prestação e efeito.

### **Fluxo de informação hospitalar na rede e no entorno social**

O caráter massivo de alguns sistemas de informação apresenta um desafio para funcionar com sistemas autônomos informativos, mas integrados em redes de cobertura geográfica e informativa massiva. Para isso, é importante usar critérios e padrões comuns que permitam equilibrar os requisitos de informação individual e coletiva.<sup>1,10</sup>

A informação de apoio à gestão deve ser aplicável nos distintos níveis locais (centros ambulatoriais, serviços produtivos internos de hospitais, intermediários ou finais) e redes de prestação de atenção à saúde (serviços de saúde organizados sobre um modelo de centros múltiplos) e, ao mesmo tempo, respaldar as diferentes funções particulares relacionadas com a tomada de decisões em cada nível.

A obtenção de dados e sua exatidão representam um problema crítico na gestão dos sistemas de informação. O levantamento sobre os recursos dos sistemas de informação para a atenção à saúde da OPS/OMS revelou que quase todos os países da Região realizam a recopilação sistemática, o registro e o arquivamento de dados sobre saúde com respaldo de normas e pautas definidas no nível nacional.<sup>11</sup>

A comunicação e a informação podem ser apoiadas tanto com redes informativas integradas como mediante técnicas de apresentação e difusão modernas de informação (como é o caso de sites na internet).<sup>1</sup>

Os aspectos críticos da produção de informação que devem ser revisados são: capacitação de recursos humanos, fontes de dados, infra-estrutura, programas ou comunicação computacional e as ferramentas estatísticas de análise interna e de produção e difusão de informação.<sup>1,13</sup>

O fluxo de informação permite o estabelecimento de redes integradas em sistemas de informação. Estas redes constituem vias instrumentais para adoção de soluções viáveis e sustentáveis por parte dos responsáveis da gestão. As aplicações em rede da informação para atenção à saúde permitem aos prestadores de assistência sanitária trabalhar com dados atualizados sobre a atenção e os serviços de saúde. Esta rede deve ser desenhada para fluir e ser utilizada em diferentes níveis, a fim de dar resposta às necessidades de uma organização de atenção voltada para a gestão e que está crescendo, ao contribuinte, ao provedor ou da rede integrada para prestação de serviços.

Em uma área de instituições múltiplas, a rede de informação para atenção à saúde pode proporcionar o marco (eletrônico) para compartilhar informação e processos empresariais entre provedores, contribuintes, empregadores, dependências governamentais e outras partes interessadas do sistema de prestação de serviços de saúde, incluindo pacientes. As aplicações desta rede de informação permite que redes integradas para a prestação de serviços, formadas por sócios em relações contratuais, administrem esta instituição virtual sem colocar em risco os dados e a disponibilidade de informação. Em uma área de instituição única, tal rede pode proporcionar o marco para compartilhar informação e processos empresariais entre departamentos, com sistemas de informação diferentes e estender o acesso à informação aos associados dos médicos.

### **Análise e utilização da informação**

Para o adequado uso da informação, deve-se considerar o problema da capacidade de análise e utilização da informação. Para isso, é importante a capacitação e a adequação da seleção e apresentação da informação dirigida aos tomadores de decisão.

Apesar das limitações de informação para representar as realidades da saúde e a atenção à saúde, as necessidades de informação para investigação, planejamento e tomada de decisão justificam o uso de enfoques de diagnósticos baseados em conjunto de indicadores simples e compostos. A informação de natureza qualitativa e textual também ocupa um lugar destacado nos processos de gestão, especialmente nas fases analíticas e explicativas da informação aplicada à gestão.

Para que os sistemas de informação de saúde sejam úteis, devem envolver um espectro amplo de dados de atenção hospitalar. De um modo ou de outro, todas as organizações contam com algum sistema de informação para registrar, processar, armazenar, extrair e apresentar informação sobre suas operações.

### **Métodos inovadores de informação hospitalar**

A necessidade de dispor de diversos métodos de informação hospitalar depende da natureza das tarefas que serão realizadas. Cada tarefa pode requerer métodos inovadores e não necessariamente tecnologia inovadora. O objetivo é decidir o momento em que uma tecnologia marca uma diferença na visão estratégica e quando a diferença pode ser aplicada em um procedimento acessível aos recursos da instituição.

### **Novas formas de resposta frente a novos requisitos de informação**

As mudanças na atenção sanitária geraram novas demandas de sistemas de informação nas organizações. Com esta mudança de paradigma, o interesse foi separado da lógica empregada nos processos computadorizados, principalmente à informação e seu uso. As atividades cobertas por sistemas de informação tradicionais também revolucionaram as tarefas habituais (como admissão, egresso e transferência ou faturamento de pacientes) e tarefas mais complexas (como a gestão da informação clínica, sistemas avançados de laboratório, simulação e processamento de imagens). A carência de integração, unida às dificuldades para obter a informação-chave, levaram a realizar algumas revisões importantes dos sistemas de informação.

À medida que a informação torna-se mais importante para a contenção de custos e melhoria da eficiência e da efetividade dos serviços, ocorre mais pressão nos sistemas de informação para oferecer soluções que ajudem as organizações a alcançar suas metas estratégicas: atenção à saúde e prestação de serviços com melhor qualidade em uma área economicamente sustentável. Nos últimos anos, houve uma mudança importante de paradigma no processamento da informação sanitária vinculado a modificações nas metas da organização. A ênfase tradicional nos dados passou à ênfase à informação. O controle central se converteu em mais poder para acessar e usar hospitais por parte dos usuários (*empowerment*). As organizações sanitárias estão agora muito mais preocupadas nelas mesmas e no modo de trocar serviços e informação sobre os pacientes. Isto leva os sistemas de informação a abandonarem os limites físicos das instituições tradicionais de atenção à saúde. Agora, mais do que nunca, as empresas de

atenção à saúde usam os sistemas de informação para oferecer informação estratégica para reduzir custos, melhorar a assistência a pacientes e aumentar os níveis de serviços para seus clientes.

Apesar dos muitos sistemas de informação para atenção à saúde que podem ser encontrados no mercado, somente um reduzido número de produtos satisfaz a todos os requisitos de uma instituição e permite satisfazer, adequadamente, às necessidades de conexão da rede para a atenção à saúde. A incorporação de modelos de informação é inovador na medida em que é entendida como a visão lógica do sistema que a produz, de seus objetivos, dos recursos que consome e dos usuários.

### **A visão de modelos e redes integradas que permitem conhecer dados individuais detalhados e coletivos agregados a diferentes níveis**

Os modelos de informação tendem a estar centrados em distintos níveis de gerência. Por um lado, destacam-se aqueles que se centram em dados individuais da população atendida pelo hospital e, por outro, os que se baseiam na informação agregada. Atualmente, existem plataformas tecnológicas que permitem aplicar uma combinação de ambos os modelos, já que integram diversas bases de dados por meio da aplicação de critérios e padrões comuns.

Uma visão moderna dos modelos de informação deve considerar, simultaneamente, três áreas funcionais complementares e relacionadas entre si: os sistemas de informação, a tecnologia da informação e a gestão da informação. Os componentes do modelo de sistemas de informação incluem o conjunto de tarefas administrativas e técnicas realizadas com o objetivo de avaliar a demanda de aplicações da organização. Os componentes da tecnologia da informação consistem em um conjunto de conhecimentos e tarefas técnicas que satisfazem à demanda de aplicações e incluem a criação, administração e o fornecimento dos recursos necessários para desenhar e realizar a gestão das aplicações da organização. Estes componentes tratam do modo de fazer o que se necessita.<sup>1</sup>

A visão moderna de um modelo de sistemas de informação dá grande importância ao conceito de rede integrada de sistemas de informação e a informação centrada no paciente, ainda que sobre esta última se compile informação coletiva com graus gradativos de consolidação nacional.

Grande parte dos debates sobre o desenvolvimento econômico atual e futuro da reorganização do setor saúde centra-se nas implicações da rápida mudança tecnológica. Neste contexto, a tecnologia da informação é considerada como o meio para contribuir com as transformações radicais propostas.

## **Conclusões**

A informação é um dos fatores essenciais da efetividade das decisões dos gerentes, especialmente quando enfrentam uma etapa de mudanças profundas das modalidades de gestão. Não obstante, a informação é uma condição necessária mas não suficiente para garantir boa gestão. O valor da informação deve ser destacado mediante a adoção de um enfoque estratégico que inclua como insumo a gestão da informação.

A aplicação das inovações dos sistemas de informação nos hospitais deve ser concluída, levando-se em conta as necessidades e as capacidades locais e nacionais de desenvolver e gerenciar estes sistemas.

Para assegurar a utilização e a efetividade da informação, é necessário que o desenho, a implantação e a gestão dos sistemas de informação centrem-se nos processos de gestão e nas necessidades informativas dos tomadores de decisão nos hospitais. Para isso, deve-se garantir a qualidade e a oportunidade da informação e o acesso dos diretores a ela. A capacidade de analisar e usar a informação também é importante, assim como a capacitação de todas as pessoas que a utilizam de algum modo. A informática, que abrange o suporte tecnológico dos sistemas de informação, oferece grandes possibilidades para enriquecer sua produtividade e utilidade, sempre que se empregue o contexto global dos sistemas de informação e da gestão hospitalar.

O desenvolvimento dos sistemas de informação pode formar parte de processos mais amplos, como a melhoria da gestão, ou o planejamento hospitalar global, ou ser um elemento integrante de projetos específicos. Para isso, é importante analisar os custos e os benefícios advindos da implantação e consolidação dos sistemas de informação.

Para articular, adequadamente, os sistemas de informação com outros componentes do sistema de serviços de saúde, é necessário transcender o âmbito interno do hospital e ampliá-lo à rede de serviços, ao sistema de saúde e ao entorno social.

Por último, o monitoramento e a avaliação dos sistemas de informação devem garantir a qualidade da informação e seu valor estratégico. Além disso, a necessidade de investir em informação, devido a seus benefícios, leva também à análise dos custos e riscos associados à implantação e ao desenvolvimento de sistemas de informação hospitalares.

## Bibliografia

- 1 Pan American Health Organization. *Setting up healthcare information systems*. Washington, DC: PAHO; 1999.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de la información para la gestión y operación de los servicios de salud*. Washington, DC: OPS; 2001. (Documento borrador HPS/HSO/IS.)
- 3 Lippeveld T. *The context of health information system reform*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000:225-242.
- 4 Lippeveld T, Sauerborn R. *A framework for designing health information systems*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000: 15-32.
- 5 World Health Organization. *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- 6 Organization for Economics Cooperation and Development. *A system of health accounts*. Paris: OECD; 2000.
- 7 Organización Mundial de la Salud. *Cooperación da la OMS para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información en salud*. Nota de instrucciones para los Representantes de OMS en los países y Ministerios de Salud. Ginebra: OMS; 1997. (Documento de trabajo HST/96.4.).
- 8 Sauerborn R, Lippeveld T. Introduction. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000:1-14.
- 9 Lippeveld T, Sapirie S. *Approaches to strengthening health information systems*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, Eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000:243-252.
- 10 Bodart C, Shrestha L. *Identifying information needs and indicators*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and Implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000:49-72.

- 11 Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de información y tecnología de información en salud. Desafíos y soluciones para América Latina y El Caribe*. Washington, DC: OPS; 1988.
- 12 Sauerborn R. *Using information to make decisions*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000: 33-48
- 13 Sapirie S. *Assessing health information systems*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000: 73-87
- 14 Hemidy L. *L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux*. *Rvue Française de Gestion* 1996 (109): 125-136.
- 15 Minvielle E. *L'organisation du travail à l'hôpital: gérer la singularité à grande échelle*. *Rvue Française de Gestion* 1996 (109): 114-124
- 16 Wilson R. *Using computers in health information systems*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000: 198-212
- 17 Kleinau E. *Management of health information systems*. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. *Design and implementation of health information systems*. Geneva: World Health Organization; 2000: 176-197
- 18 Leteurtre H. *Traité de gestion hospitalière*. Paris: Berger-Lerault; 1988

# Capítulo 12

## A gestão da tecnologia

A infra-estrutura e os equipamentos hospitalares experimentaram uma evolução paralela aos processos de desenvolvimento sociais e tecnológicos. No início do século passado, o hospital era somente um conjunto de salas de internação e instalações para preparar alimentos e lavar roupa. Nos últimos anos, tanto a arquitetura hospitalar como a tecnologia clínica cresceram rapidamente e hoje o hospital se transformou em um complexo espaço no qual se utilizam dispositivos de alta tecnologia, que requer, cada vez mais, capacitação em processos assistenciais das mais diversas naturezas. Esta espécie de rede de dispositivos diagnósticos ou terapêuticos foi chamada de infra-estrutura tecnológica clínica. Sua gestão é parte essencial de qualquer atividade hospitalar da atualidade.

A confiança que o paciente tem do hospital fundamenta-se, em grande parte, na qualidade desta infra-estrutura de tecnologia clínica. A organização da gestão da manutenção do dispositivo clínico-técnico devem ocupar o centro das preocupações dos administradores do hospital.

Em seu desenvolvimento futuro, os hospitais deverão dispor de competências e habilidades para produzir e adaptar-se a mudanças cada vez mais rápidas e radicais e incorporar, permanentemente, novas tecnologias médicas, sobretudo nos serviços de urgências, diagnóstico, hospital-dia, laboratórios e radiologia.

Por outro lado, um sistema de saúde que busca responder às necessidades de saúde da população precisa de instrumentos de planejamento, alocação de recursos e de avaliação de tecnologias médicas, ou seja, necessita organizar, repartir e avaliar.

### **A infra-estrutura da tecnologia clínica**

Um hospital está, tradicionalmente, constituído por serviços de internação que desempenham uma função de hospedagem; está dotado de infra-estruturas técnicas, logísticas e tecnológicas; e realiza atividades administrativas e de apoio. Durante as últimas décadas, a dimensão tecnológica do hospital adquiriu maior importância e transformou-se em um dos critérios mais importantes de definição do hospital. O hospital está a serviço da missão que lhe foi designada: satisfazer, da melhor maneira possível, às necessidades de saúde da população que atende.

O hospital enfrenta um novo paradigma no qual a admissão de pacientes – especialmente, por meio do serviço de urgências –, serviços ambulatoriais e a infra-estrutura de tecnologia clínicas constituem seu eixo central. Por isso, os serviços tradicionais, baseados na internação, ficaram em segundo plano.

#### **Definição**

Na concepção moderna da atenção, a infra-estrutura da tecnologia clínica compõe-se, em primeiro lugar, das atividades do setor médico-tecnológico: laboratórios, tecnologia de imagem, incluída a de intervenção, farmácia e esterilização. Inclui também explorações funcionais, urgências (inclusive pré-hospitalares) e cuidados intensivos. A integração dos cuidados intensivos, anteriormente considerados serviços de internação, justifica-se por sua alta complexidade tecnológica. Nesta definição, a infra-estrutura da tecnologia clínica reagrupa o conjunto de instalações e equipamentos de alta complexidade, necessários para a prática médica em cada uma das áreas apresentadas. Seus distintos elementos integrantes contribuem na realização de uma determinada atividade, seja de natureza diagnóstica, terapêutica ou de ambas.

Mas a infra-estrutura da tecnologia clínica não se limita a essas instalações e equipamentos: agrupa um conjunto de tecnologias médicas que, organizadas com eficiência, permite prestar com efetividade serviços de atenção aos pacientes. A infra-estrutura da tecnologia clínica ocupa um lugar central no hospital e desempenha um papel importante na função de produção (explorações, intervenções cirúrgicas, etc), que são adicionadas à admissão das urgências e à orientação de pacientes.

A gestão deste conjunto de instalações e equipamentos, à margem de sua dimensões tecnológica, sua organização, sua localização e sua articulação com os demais serviços, é essencial para o funcionamento eficiente do hospital. Sob este aspecto, cabe mencionar como exemplo a gestão dos fluxos de pacientes, a localização e distribuição dos diferentes elementos da infra-estrutura de tecnologia clínica (serviços de urgências, serviços de radiologia, unidades de esterilização) e sua influência na qualidade da atenção.

### **Concepção e organização**

Quando se organiza a implantação de uma infra-estrutura de tecnologia clínica, deve-se considerar os elementos a seguir:

1. as modalidades de constituição: a infra-estrutura de tecnologia clínica pode reagrupar-se no marco de uma determinada atividade, como os cuidados intensivos ou a fisioterapia, ou colocando à disposição dos serviços de internação certas prestações como tecnologias de imagens ou exames de laboratório.
2. o nível de desempenho esperado: a natureza dos exames e a complexidade das prestações desejadas (de rotina, especializadas, muito especializadas) devem ser definidas com muita precisão e homogeneidade, para responder corretamente às necessidades da população.
3. a integração da infra-estrutura técnica no hospital: esta integração tem a ver com a quantidade e a qualidade dos equipamentos (número de salas de cirurgia), cujas possibilidades e características dependerão da arquitetura e da organização geral dos edifícios.

Além disso, é necessário levar em conta as modalidades de funcionamento e os processos que permitam o acesso a diferentes prestações existentes. Especial atenção se dá às normas de segurança, qualidade das prestações fornecidas e a rentabilidade econômica, o que impõe limites mínimos e máximos de funcionamento. Isso obriga a equipe diretiva do hospital a favorecer ações de cooperação, como a divisão de equipes entre hospitais ou a introduzir equipes móveis.

Este novo conceito de infra-estrutura da tecnologia clínica induz o desenvolvimento de novas formas de gestão hospitalar, que envolvem a concepção, a organização e o funcionamento do conjunto das instalações e dos equipamentos que compõem a infra-estrutura. As novas formas de gestão devem considerar a obsolescência dos equipamentos, os períodos de carência de certas tecnologias, a evolução da demanda vinculada com as mudanças dos protocolos diagnóstico ou terapêuticos e a evolução das tecnologia, o que modifica a demanda de certas prestações.

### **O planejamento da infra-estrutura da tecnologia clínica**

Quando se considera a importância dos aspectos financeiros e a necessidade de priorizar a introdução de determinadas tecnologias nos hospitais e regiões, o planejamento da infra-estrutura da

tecnologia clínica e dos equipamentos que as compõem constitui uma prioridade para os responsáveis sanitários dos municípios e dos estados. Este planejamento deve colocar à disposição da população um dispositivo clínico-tecnológico capaz de satisfazer às suas necessidades de saúde. No entanto, este objetivo deve ser relativizado, já que a precisão e validade do conhecimento das necessidades e dos meios necessários para satisfazê-las deve ser qualitativa ou quantitativa e deve procurar uma disponibilidade geográfica satisfatória. Por exemplo, em áreas ilhadas é necessário se dispor de equipamentos de alta complexidade para um número limitado de pessoas e para isso a acessibilidade deve prevalecer sobre a eficiência (este é o caso da política do Ministério da Saúde do Brasil no Amazonas).

O planejamento das infra-estruturas da tecnologia clínica constitui uma tarefa difícil, cuja complexidade aumenta quando se soma a satisfação das necessidades de saúde para um período de cinco anos ou mais. Não somente deve-se garantir acesso da população às novas tecnologias médicas mas se deve prever a introdução permanente no mercado de novas tecnologias, assim como as conseqüências financeiras que acarreta sua adoção.

#### **Dimensão e financiamento**

A composição da infra-estrutura da tecnologia clínica de um hospital em relação a outro ou a uma área geográfica está diretamente vinculada com a qualidade e a efetividade do planejamento e da programação que as autoridades sanitárias devem realizar. Nos países da Região, empregam-se distintos métodos de planejamento. Alguns países aplicam índices de equipamentos em função da população ou procedimentos de autorização para certos materiais de alta tecnologia. As conseqüências desta variabilidade são sempre importantes, especialmente na esfera financeira e sempre se deve evitar o risco de subestimar a infra-estrutura da tecnologia clínica e levar em conta que a gestão da infra-estrutura da tecnologia clínica também depende do nível de complexidade do hospital (secundário, terciário ou de alta complexidade).

A inadequação da infra-estrutura da tecnologia clínica, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo, altera todas as atividades de atenção. Por exemplo, a organização e estruturação de atividades do hospital a partir de uma infra-estrutura determinada, freqüentemente, subestima sua dimensão, produz resultados e aumenta o gasto em saúde sem melhorar a efetividade da atenção.

A boa gestão da infra-estrutura de tecnologia clínica pelas autoridades sanitárias municipais ou estaduais deve prevenir a competência e a escolha sem justificativa da aquisição de equipamentos de alta tecnologia, que, às vezes, anima os diretores a aumentar o prestígio do hospital. As conseqüências financeiras desta forma de proceder alcança proporções impressionantes: gastos de investimentos de grandes hospitais de zonas urbanas destinam-se, em boa parte, à aquisição de equipamentos biomédicos e dando prioridade a serviços de tecnologias de imagem, radioterapia, laboratórios e salas de cirurgia. A boa gestão da infra-estrutura da tecnologia clínica não deve subestimar os elementos que a compõem e deve evitar a inadequada utilização ou subutilização de alguns equipamentos. Um estudo realizado na França, em 1996, mostrou que nas salas de cirurgia hiperacépticos ou hipertécnicos, oito de cada dez intervenções não precisavam do nível de complexidade dos equipamentos nelas empregados. Ao contrário, 55% das intervenções que requeriam uma sala de cirurgia hiperacéptica e 60% das que necessitavam de uma sala de cirurgia hipertécnica eram feitas em salas de cirurgia não-adaptadas. No que se refere às urgências, 2.000 setores de cirurgia estavam abertos dotas as noites para realizar somente 300 intervenções.

### **A gestão dos recursos humanos de infra-estrutura da tecnologia clínica**

A infra-estrutura de tecnologia clínica também envolve o pessoal técnico de alta competência. Além do pessoal médico especializado, esta infra-estrutura dispõe de recursos humanos próprios, como técnicos de laboratório, pessoal de esterilização ou técnicos dos serviços de diagnóstico e de cirurgia, que tenham capacitação especializada.

A dimensão tecnológica e especializada da infra-estrutura da tecnologia clínica só tem sentido quando está relacionada com pessoal técnico e especializado. Na gestão destes recursos deve-se dar especial atenção à ética e ao fator humano, o que se faz notar as notáveis necessidades de formação, motivação e de incentivos profissionais. Esta dimensão é essencial ao pessoal que trabalha à margem dos serviços de admissão e de hospitalização, no qual se atendem os pacientes. No hospital, prevalecem valores que relegam a um segundo plano os que participam da atenção pessoal e direta a pacientes.

A existência e a finalidade específicas da infra-estrutura de tecnologia clínica como primeiro setor de produção do hospital não devem ser definidas em contraposição aos serviços de hospitalização. Para conseguir a identidade necessária do pessoal da infra-estrutura de tecnologia clínica, o plano estratégico, em primeiro lugar, e o plano médico devem definir, claramente, os objetivos da infra-estrutura da tecnologia clínica e as relações entre serviços da instituição. No enfoque estratégico, é preferível organizar primeiro os serviços de hospitalização e os ambulatorios a partir dos serviços de admissão e urgências e, posteriormente, a partir da infra-estrutura de tecnologia clínica.

### **Avaliação das tecnologias**

Os hospitais encontram-se em uma situação de dependência dos progressos constantes da tecnologias médicas. Como na maior parte dos países em desenvolvimento, na América Latina e Caribe, o desenvolvimento tecnológico baseou-se, fundamentalmente, na incorporação de tecnologias elaboradas nos países desenvolvidos. Em muitos casos, esta incorporação tem sido incompleta por não ser acompanhada dos ajustes que permitem adequar as características das tecnologias às circunstâncias organizativas, econômicas, sociais e culturais dos países receptores.

A avaliação das tecnologias em saúde se dá, cada vez mais, como um "processo de análise dirigida a estimar o valor e a contribuição relativa de cada tecnologia sanitária para a melhoria da saúde individual e coletiva, tendo em conta seu impacto econômico e social".<sup>2</sup> Este processo de avaliação considera, basicamente, a segurança, a eficácia, a efetividade, a utilidade, o impacto econômico, as conseqüências organizativas, as implicações éticas e o impacto social das tecnologias médicas. Ainda pretende orientar os tomadores de decisão na adoção das atividades mais racionais relacionadas a três questões principais: aprovação para o acesso ao mercado, aprovação para sua inclusão entre as prestações financiadas com fundos públicos e, se procede, a disseminação adequada no sistema sanitário.

Com relação às tecnologias já existentes, a avaliação pretende orientar a tomada de decisões racional de acordo com três aspectos: a retirada do financiamento a tecnologias que demonstram ser ineficientes, a generalização de novas aplicações de tecnologias já existentes no sistema sanitário público e a retirada da tecnologia (ou a supressão de alguns de seus indicadores) do mercado (por exemplo, com efeitos secundários muito importantes).

Os profissionais sanitários que usam uma determinada tecnologia têm interesse em conhecer com detalhe as condições e os requisitos de seu emprego seguro, efetivo, eficiente e aceitável em diferentes circunstâncias clínicas, assim como as vantagens e inconvenientes das diferentes opções diagnósticas e terapêuticas existentes diante de uma enfermidade ou um paciente.

Em uma situação ideal, as novas tecnologias médicas que constituem a essência da infra-estrutura de tecnologia clínica deveriam ser avaliadas sistematicamente antes de serem adotadas, usadas e empregadas. Esta avaliação dever-se-ia efetuar mediante ensaios clínicos aleatórios e cegos com o objetivo de obter estimativas válidas de sua eficácia, minimizar riscos e definir com precisão indicadores de resultados. Também se deveriam levar em conta estudos econômicos (de custo-benefício, custo-efetividade, etc.) para avaliar a eficiência de sua utilização. O desejável seria que as decisões de adotar e difundir tecnologias médicas com relação a critérios de saúde pública (epidemiologia) e as exigências de planejamento geográfico das equipes fossem tomadas somente depois de se disporem dos resultados desta avaliação.

Depois de implantadas, dever-se-ia avaliar a efetividade e os resultados da utilização da tecnologia nos pacientes, diante de seus efeitos secundários. Logo, revisar-se-ia as recomendações sobre sua utilização e os custos em que se incorreu. Não obstante, este esquema é teórico e distancia-se muito da realidade.

Para o hospital, prestar uma atenção de qualidade consiste em utilizar corretamente a infra-estrutura da tecnologia clínica, mas também eger e utilizar as tecnologias com pertinência e prudência. Não se pode esquecer que a utilização de determinadas tecnologias em certas circunstâncias pode resultar em aumento exponencial e incontrolado de gastos e iatrogenia.

Outro aspecto importante refere-se à vigilância das tecnologias. A utilização de um equipamento biomédico está exposto a riscos tanto para pacientes como para operadores. Se a segurança está ameaçada, convém atuar no nível local e nacional a fim de minimizar estes riscos e tratar os efeitos secundários. Para isso, é necessário implantar sistemas e normas de funcionamento adaptados. Há três ou quatro anos, os países da Região começaram a implantar um sistema de tecnovigilância. Como sua difusão ainda é limitada, os incidentes no funcionamento de equipamentos médico-hospitalares ainda é freqüente.

### **A gestão do equipamento biomédico**

Os progressos científicos e técnicos contínuos introduzem no mercado equipamentos biomédicos mais sofisticados, mais eficazes, porém, também mais caros. A noção da relação custo-benefício parte de um enfoque particular no contexto dos recursos financeiros limitados dos hospitais. O preço de aquisição tende a tornar-se um critério de escolha entre outros comumente utilizados. Os custos de pesquisa e a qualidade do serviço pós venda ocupam um lugar cada vez mais importante na decisão da aquisição.

Na América Latina e Caribe, 60,5% dos hospitais têm 50 ou menos leitos, o que representa 20% do total dos leitos hospitalares e 15,8%, entre 51 e 100 leitos, que constituem 17,3% do total de leitos; ou seja, 73,3% dos hospitais, têm, no máximo, 100 leitos. Os hospitais de mais de 500 leitos representam, unicamente, 1,3% do total de hospitais da Região e 15,4 do total de leitos (veja o Capítulo 5).<sup>3</sup>

As crises econômicas que caracterizam os anos oitenta trouxeram conseqüências nada desprezíveis nos hospitais da América Latina e Caribe: diminuição dos fundos de manutenção, o que deteriorou as infra-estruturas e os equipamentos e atrasou o uso de novos e mais sofisticados equipamentos de diagnóstico e tratamento.

Um estudo realizado em 1986 pela OPAS mostrou que 50% dos equipamentos médicos e industriais dos hospitais da Região estavam fora de serviço ou não respeitavam as regras de funcionamento e de segurança enunciadas pelos fabricantes.<sup>3</sup> Este fato tem tido conseqüências nefastas na gestão dos hospitais e tem provocado erros lamentáveis no uso de alguns equipamentos.

Paradoxalmente, a década de oitenta corresponde também a um período de desenvolvimento e de comercialização de equipamentos médicos sofisticados e caros. Diversos hospitais têm adquirido e incorporado novas tecnologias sem dispor das infra-estruturas capazes de garantir seu ótimo funcionamento e sem prever os custos suplementares de pesquisa que estes últimos induziriam, considerando que, para certos equipamentos de alta complexidade, os custos de manutenção anuais são situados em torno de 10% do custo de aquisição.

Segundo o mesmo estudo da OPAS,<sup>3</sup> os orçamentos destinados à manutenção representavam unicamente entre 1 e 4% do orçamento de funcionamento do hospital. Outra grande dificuldade que encontram os hospitais latino-americanos é a disponibilidade de recursos humanos, suficientemente, qualificados para garantir o conserto dos equipamentos dentro de prazos aceitáveis. A profissão de engenheiro clínico ou biomédico tem sido incorporada no hospital. Nos meados dos anos noventa, poucas universidades tinham desenvolvido programas de formação específicos dirigidos a este tipo profissionais, cuja missão é definida pela American College of Clinical Engineering: "O engenheiro clínico é aquele profissional que aplica e desenvolve os conhecimentos da engenharia e as práticas de gestão às tecnologias da saúde, para melhorar, de forma contínua, a atenção médica prestada aos pacientes".<sup>4</sup>

É evidente que o alcance e o custo de manutenção variam segundo o tamanho e a complexidade das instalações, porém, é fundamental que exista um programa de manutenção inclusive nas instituições menores ou menos complexas.

Os anos noventa têm sido a prova de várias iniciativas importantes – empreendidas em alguns países com o apoio de organismos internacionais – para responder a esta deficiência, que consistem na profissionalização dos engenheiros clínicos e no desenvolvimento de cursos de pós-graduação nas universidades.

#### **A definição dos planos de equipamentos**

##### **A adequação entre os planos de equipamentos e as necessidades de saúde pública**

O desejo legítimo de dispor da mais recente e eficaz tecnologia pode levar à aquisição e à instalação, em certos hospitais, de equipamentos caros e muito sofisticados que pouco afetam a qualidade da atenção médica. A falta de formação dos operadores e a ausência de um verdadeiro programa de manutenção constituem obstáculos importantes para o funcionamento ótimo destes equipamentos. Em outros casos, os custos de exploração dos equipamentos médicos são tão elevados que o hospital não pode assumi-los e fica com equipamentos inutilizados. Este tipo de investimentos caros e inúteis tem provocado temores e receios nos organismos financiadores e nos pacientes.

A avaliação insuficiente das necessidades, do contexto local, das condições de instalação, dos recursos humanos disponíveis e dos custos de exploração futuros, pode desembocar em investimentos não-adaptados e, portanto, ineficientes. Tendo em conta o contexto de recursos financeiros limitados em que operam os hospitais, as alternativas de aquisição devem ter uma gestão que procure tornar rentável ao máximo o investimento realizado sobre a base de razões custo-benefício. A noção de custo-benefício integra, ao mesmo tempo, critérios qualificativos e quantitativos; as prioridades de saúde são consideradas, no âmbito nacional ou da macrogestão; e a expressão das necessidades de saúde, no âmbito local ou da microgestão. O cálculo das razões custo-benefício supõe uma análise dos custos que inclui o preço de aquisição do equipamento, seu custo de transporte, o custo das obras necessárias para a instalação do equipamento, os custos do funcionamento do equipamento, as necessidades de capacitação dos operadores e técnicos de manutenção, o custo de manutenção, porém, também o conforto de utilização para o paciente e para o médico e o impacto do equipamento sobre a qualidade, a segurança e a eficiência da atenção médica.

Segundo o tamanho e o tipo de instituição hospitalar, podem ser empregadas diferentes estratégias para definir as opções de aquisição, porém, todas devem responder à seguinte pergunta: como utilizar o melhor possível os recursos disponíveis, adquirindo o equipamento capaz de aportar o melhor valor agregado ao hospital ou ao serviço considerado?

Diante de uma situação de recursos escassos e busca de uma melhor qualidade nos serviços, é interessante explorar as possibilidades de colaboração entre as instituições, a exteriorização de serviços e outras opções que permitam as organizações racionalizar seus investimentos contando com as tecnologias disponíveis.

#### **A definição dos programas de equipamentos no contexto médico, socioeconômico e financeiro**

As necessidades médicas devem ser definidas e analisadas no marco de uma estreita colaboração entre os corpos médicos, os gestores, os engenheiros e técnicos do hospital e permitindo a expressão correta destas necessidades tendo em conta os conceitos técnicos (obras, instalações, eletricidade, gás e fluidos médicos, água, etc.) e humanos (composição e capacitação dos profissionais) e destacando exigências em produtos perecíveis e manutenção. O material adquirido deve ser aceito por profissionais capacitados para utilizá-lo e não devem ser induzidos compromissos econômicos ou operacionais superiores às possibilidades do hospital.

A declaração de necessidade de aquisição procede, na maioria dos casos, de um serviço que expressa uma demanda, seja de forma espontânea (o chefe do serviço toma a iniciativa de informar a direção de suas necessidades e de seus interesses), de forma organizada pela direção do hospital (onde cada chefe de serviço é questionado sobre suas necessidades) ou porque um equipamento já não responde às exigências de seus operadores por falta de confiabilidade dos resultados, obsolescência ou por freqüentes avarias. Em todos os casos, o chefe de serviço e a direção do hospital devem estabelecer uma adequada relação entre o material desejado e a atividade presente e futura do serviço e incluí-la no processo de planejamento estratégico da instituição.

Além disso, a definição dos programas de equipamentos deve ser inscrita da mesma forma, no marco de uma visão global do dispositivo clínico-técnico, procurando a integração e a coerência geral, facilitando os fluxos de pacientes e cuidando a arquitetura geral da infra-estrutura da tecnologia clínica e sua localização no hospital.

A definição de um programa de aquisição de equipamentos permite planejar a evolução da infraestrutura da tecnologia clínica ou logística como parte integrante do projeto estratégico da instituição.<sup>5</sup> Tal processo leva ao exame e à análise de todos os projetos de equipamentos como oportunidade com relação a este projeto estratégico. Os critérios de seleção são definidos claramente, todos os conhecem e são inscritos em uma política de aquisição plurianual e em um processo de planejamento global da instituição, de uma região ou de um país. A noção de programa de aquisição dos equipamentos remete à definição de um plano de investimento, ou seja, descreve a quantia dos investimentos em curto e médio prazos, bem como a forma de financiá-los.

O investimento pode ser realizado de diferentes formas, caracterizadas, geralmente, em quatro grandes grupos. Primeiro, os investimentos de substituição ou de produtividade, que são destinados a substituir um equipamento obsoleto. Estes investimentos permitem reduzir os custos de manutenção ao mesmo tempo em que melhoram a qualidade da produção. Segundo, os investimentos de desenvolvimento, que têm por objeto responder a uma demanda crescente e a um objetivo de diversificação ou de complementação. Terceiro, os investimentos estratégicos, que têm como propósito principal incorporar os progressos tecnológicos na oferta da prestação de atenção, tanto para sua própria clientela quanto com relação à competência. E quarto, os investimentos humanos e sociais, que reúnem aspectos de contratação, formação, condições de trabalho, processos de segurança, etc.

### **O processo de aquisição**

É importante que o hospital conserve o controle de sua política de aquisição e defina por ele mesmo suas necessidades. Os provedores potenciais não devem realizar este papel e fazerem propostas sobre a necessidade que estimam do hospital. Isto não quer dizer que não devem permitir ao provedor uma margem de iniciativa que lhe permita propor soluções tecnicamente ou financeiramente originais. A iniciativa tomada por esse provedor deve derivar de uma necessidade previamente formulada pelo hospital. Também não é o médico quem deve tomar, isoladamente, a decisão de aquisição, pois tem que existir instâncias que dominem todo o processo de aquisição e disponham de todos os instrumentos de gestão que permitam tomar essa decisão. A decisão de aquisição inclui, além disso, a direção, o corpo médico, os enfermeiros e os engenheiros e técnicos do hospital. Em alguns países latino-americanos é utilizada a figura do comitê de aquisições para se encarregar destas tarefas. Este comitê é interdisciplinar, reduz o risco de corrupção e assegura a eleição das melhores opções.

O processo de aquisição utilizado depende do tipo de investimento e de sua importância. Não obstante, há que destacar que as ofertas comerciais dos provedores são sempre mais interessantes quando há competência. O esforço comercial realizado por uma empresa é sempre mais vantajoso quando o mercado não é fechado e é possível que o competidor fique com o projeto.

### **Termos de referência, edital e consulta das empresas**

A redação do edital corresponde a uma etapa importante do processo de aquisição. Quanto mais preciso é este edital, mais capazes serão os provedores de responder às necessidades reais do hospital, evitando, desta forma, debates para detalhar as características técnicas do equipamento, as opções técnicas requeridas e os objetivos operacionais. A demanda deve ser perfeitamente conhecida por todos os provedores, o edital de condições tem que estar à disposição de todos e devem ser definidos os critérios de seleção dos candidatos.

Sua redação supõe um verdadeiro trabalho de equipe, que tem que incluir o responsável da decisão, ou seja, aquele que toma a decisão de aquisição ou não, o usuário, ou seja, quem vai utilizar o equipamento (o médico, o pessoal de enfermagem, o engenheiro ou o técnico do hospital). A competência específica desta última categoria de profissionais desempenha um papel importante na estimativa das necessidades e sua tradução a uma linguagem técnica e, unanimemente, reconhecida e compreendida. Por outro lado, o engenheiro do hospital, a partir de seu conhecimento do mercado, deve contribuir a especificar melhor a necessidade e a encontrar a solução técnica mais adequada e oportuna.

Na América Latina nem todos os hospitais dispõem de verdadeira equipe de engenharia biomédica, suficientemente, estruturada e capacitada para redigir o edital descrito. As soluções alternativas podem ser imaginadas: contratação de um assessor externo, neutro e independente que, no marco de uma operação de aquisição, preste assistência técnica e conselho ao hospital durante todo o processo (desde a redação do edital até a seleção dos provedores que responderam a licitação). Esta assistência técnica pode transcender a fase de seleção dos provedores e ser ampliada até o seguimento das prestações previstas no contrato.

Para que a decisão de aquisição possa ser estudada a partir de todos os elementos relevantes, no edital devem ser solicitados a cada provedor os documentos relativos às condições de instalação do equipamento (programas de implantação, de reserva e carga, de reserva de energia elétrica indicando os valores de proteção; programas detalhados dos alimentos em fluidos, etc.), a lista completa e detalhada de todos os perecíveis e peças de reposição necessárias para cada equipamento, especificando o custo unitário, os períodos de substituição e os provedores que existem no mercado nacional, as condições e os custos de manutenção futuro.

#### **A decisão de aquisição**

Na decisão de aquisição, o preço tende a ser convertido em um critério de eleição. A seleção das ofertas comerciais é fomentada cada vez mais na execução de elementos, tais como: a qualidade técnica e o desempenho do equipamento, seu conforto de utilização e as condições de segurança para o operador, bem como para o paciente, os futuros custos de exploração do equipamento (perecíveis, reativos, fluidos, etc.), os custos de manutenção e o período da garantia.

A aquisição de um equipamento biomédico tem repercussões financeiras que superam em muito seu custo de aquisição. Este não constitui o ponto de vigilância mais importante em relação aos outros; ao contrário, quando uma instituição decide adquirir um novo equipamento, é consciente de seu custo de investimento. Porém, com freqüência, não está corretamente informada dos custos de exploração suplementares, que são muitos elevados quando se trata, por exemplo, de um tomógrafo ou de um aparato de ressonância magnética nuclear. No entanto, este aspecto constitui um dos pontos fundamentais da decisão de aquisição seja mais elevado, porém, cujos futuros gastos de exploração, incluídos os de manutenção, sejam mais acessíveis.

Os indicadores sobre os custos futuros de exploração podem e devem ser demandados no edital, permitindo, desta forma, que a comissão de licitação do hospital disponha de todos os elementos técnicos e financeiros necessários para tomar a decisão mais vantajosa em todos os níveis.

### **O contrato comercial: direitos e obrigações dos contratantes**

A redação e a assinatura do contrato comercial correspondem à confirmação do desejo de aquisição pelo comprador e a aspiração de vender do provedor. O contrato comercial compromete os contratantes a fazerem e não fazerem certas coisas. A partir desta definição, o contrato comercial tem que incluir toda a informação relativa à operação de aquisição e venda, a fim de que cada um dos contratantes assuma sua responsabilidade de executar o projeto.

Os diferentes artigos do contrato devem ser muito detalhados e especialmente no que se refere aos seguintes pontos. Primeiro, ao preço do contrato, especificando e separando, claramente, o preço de venda do equipamento e o das obras que tem que efetuar o provedor, o preço do transporte do equipamento até o serviço onde será instalado, ou das prestações de capacitação, ou da instalação, etc. A cláusula de revisão dos preços e suas condições de aplicação têm que ser definidas muito claramente.

Segundo, as condições de pagamento. O contrato deve definir as modalidades mais interessantes para o comprador que seja aceitável para o provedor. Cada vez que isto for possível ou se justifique (segundo as quantias), aconselha-se definir modalidades de pagamento diferentes para cada tipo de prestação objeto do contrato: fornecimento do equipamento, fornecimento de perecíveis, cursos de capacitação, obras, manutenção. O cronograma de pagamento tem que cobrir toda a duração do projeto, ou seja, até o final do período contratual.

Terceiro, o processo de instalação e de recepção técnica dos equipamentos. A data de recepção tem que ser programada por comum acordo entre os provedores e o comprador. Além disso, do corpo médico e do pessoal de enfermagem e a equipe de técnicos de engenharia do hospital tem que participar na instalação, o que se converte em uma verdadeira sessão de capacitação.

A manutenção de um equipamento começa no momento da aquisição. Sobre a base desta observação – que será abordado em parágrafos posteriores – o comprador tem que obter do provedor todos os manuais técnicos, operativos e de utilização do equipamento adquirido.

Deve estar presente, também, a garantia, estipulando que cobre o conjunto dos equipamentos, incluídas peças de reposição, mão-de-obra e transporte, desde o momento da recepção. Os prazos de intervenção para a manutenção preventiva ou de reparo devem ser contratuais, pois o objetivo perseguido é reduzir ao máximo o período de imobilização do equipamento. Como verdadeiro documento de referência, o contrato comercial tem que ser redigido com sumo cuidado e prever as obrigações de ambas as partes, os recursos possíveis em caso de não-execução, bem como os formulários de recepção das diversas prestações.

### **A gestão e a manutenção da infra-estrutura de tecnologia clínica**

#### **A gestão da infra-estrutura de tecnologia clínica**

O serviço de engenharia biomédica de um hospital não funciona de forma isolada e encontra-se na conjunção da administração e dos serviços de atenção médica e de diagnóstico. Seu papel não é limitado às intervenções de instalação ou reparo dos equipamentos, mas, além de incluir uma ampla gama de tarefas, traz conseqüências importantes no funcionamento do parque instalado. Estas tarefas são as seguintes:

- inventário exato e completo e etiquetagem do material
- controle regular do patrimônio biomédico da instituição

- constituição da biblioteca de documentações técnicas
- gestão de um depósito de peças de reparo
- aquisição da ferramenta adaptada para a intervenção dos técnicos do hospital
- assistência técnica e conselho para aquisição e incorporação de novas tecnologias
- participação nos procedimentos de instalação e recepção técnica dos equipamentos
- controle da boa realização das prestações e de garantia dos equipamentos recentemente adquiridos
- capacitação do pessoal
- elaboração e controle dos contratos de manutenção externos
- implantação de programas de qualidade
- calibração dos equipamentos em relação com padrões e protocolos reconhecidos
- definição e divulgação dos procedimentos que tem que ser aplicados em caso de avaria do equipamento (ficha de solicitação, organização do reparo)
- controle das notas fiscais

O perfeito conhecimento da infra-estrutura da tecnologia clínica do hospital constitui a primeira ferramenta do serviço de engenharia biomédica. O formulário de inventário muda de uma instituição a outra, porém, ao menos, é preciso obter dois tipos de informação: primeiro, dados gerais sobre o parque instalado (tipo de equipamento, marco, modelo, data e valor de aquisição, serviço, número dos operadores) e, segundo, dados sobre o nível de funcionamento desse parque (equipamentos que funcionam corretamente, equipamentos com avarias, freqüências das avarias, tipo de manutenção realizada; tempo médio de imobilização do equipamento para cada avaria).

Esta informação obtida alimenta o sistema de informação do serviço de engenharia biomédica e permite planejar certas operações de manutenção preventiva, curativa, de substituição de um equipamento obsoleto ou de aquisição de peças de reposição. É a partir deste balanço geral que o serviço de engenharia biomédica poderá definir suas necessidades de recursos humanos, instrumentação, orçamento de funcionamento, tamanho da oficina, necessidades de capacitação de seu pessoal, etc.

#### **As oito operações de manutenção**

A falta de uma equipe biomédica tem conseqüências importantes para os outros serviços da instituição: desgosto do paciente (que não pode ser beneficiado da exploração diagnóstica ou do tratamento terapêutico prescrito), o pessoal do serviço não pode trabalhar, outros serviços do hospital cujo funcionamento está vinculado ao equipamento avariado vê reduzida sua atividade, etc.

Dentro de um hospital, os campos de manutenção são muito vastos. Com freqüência, para designar uma mesma idéia são empregadas diferentes palavras; assim, por exemplo, fala-se de reparo, de avaria e, às vezes, de manutenção. A manutenção compreende campos tais como: a eletricidade, a mecânica, a química, a eletrônica, a informática ou os raios X. Tudo isso deixa claras a dificuldade e a importância de uma manutenção correta; trata-se de dispor de equipamentos em boas condições de funcionamento, o que não é uma característica de todos os hospitais da Região. Outro objetivo é reduzir ao máximo o tempo de imobilização do equipamento e aumentar sua confiabilidade, ou seja, a probabilidade de que este equipamento não seja avariado e sua capacidade de assegurar uma função determinada em condições de utilização e tempo definidas.

*O Manual de manutenção dos serviços de saúde: instalações e bens de equipamentos* expõe, claramente, os desafios que apresenta a manutenção e destaca o fato de que se o serviço de manutenção

não gera fórmulas para a instituição; sua existência se justifica pelas economias que permite e porque contribui a proporcionar uma atenção de saúde de qualidade aos pacientes.<sup>6</sup>

Em *Equipements biomédicaux: Guide méthodologique d'acquisition et de maintenance* são definidas as oito operações que inclui a manutenção: <sup>7</sup> aquisição, recepção dos equipamentos, instalação técnica, capacitação dos operadores, controle regular do desempenho (calibração, gestão do inventário, manutenção preventiva, e manutenção curativa. Como é relacionada a manutenção com estas operações?

**Aquisição.** Os custos de manutenção de um equipamento devem ser considerados e, inclusive, serem negociados no momento de sua aquisição. Além disso, é uma parte integrante dos critérios que vão determinar a escolha do provedor por parte do comprador.

**Recepção dos equipamentos.** Não é suficiente escolher um equipamento; também é necessário controlar seu fornecimento e efetuar certas tarefas que incidem, favoravelmente, nos custos de manutenção, tais como: o controle do desempenho, a disponibilidade das normas de funcionamento para os operadores, a identificação dos perecíveis que vão garantir a qualidade dos resultados, designar um número ao equipamento no inventário que permita identificá-lo e criar a ficha de seguimento da vida do equipamento.

**Instalação técnica.** Esta precaução não é, com freqüência, suficientemente contemplada pelo comprador. O contexto específico do hospital deve guiar seus programas de aquisição. O ambiente técnico disponível (eletricidade, água quente, água fria, saída de esgoto, engenharia civil, climatização, gases, etc.) tem que ser adequados às condições exigidas pela instalação do equipamento e para garantir seu funcionamento ótimo.

**Capacitação dos operadores e técnicos de manutenção.** Os provedores, as empresas especializadas, os engenheiros e os técnicos de manutenção coincidem em afirmar que uma parte considerável das avarias se explica por erros de manipulação do equipamento. Além de um aumento considerável dos custos de manutenção e dos tempos de imobilização, estes erros de utilização podem gerar custos adicionais. A capacitação dos operadores, realizada quando é instalado o equipamento e durante toda a sua vida útil, requer que lhe seja prestada bastante atenção, para evitar o funcionamento incorreto dos equipamentos que ocasione custos importantes para o hospital.

**Calibração.** Trata-se de um controle difícil de implantar que necessita, continuamente, de materiais e formulários de medida. O objetivo perseguido é prevenir as avarias e os custos de manutenção, não por intermédio de uma manutenção de tipo preventiva sistemática, senão por meio do seguimento da evolução de parâmetros técnicos ou de desempenho. Uma das dificuldades que implica este tipo de processo consiste em ter materiais e formulários de medida perfeitamente calibrados a fim de que os resultados obtidos sejam fiáveis e que o equipamento biomédico considerado possa ser consertado adequadamente.

## **Gestão do inventário**

### **Manutenção preventiva**

Este tipo de manutenção aumenta a vida útil do equipamento, reduz os tempos de imobilização por meio da detecção precoce de anomalias ou erros de utilização que possam ocasionar avarias importantes. Reduz, então, os custos de manutenção curativa e aumenta o desempenho do equipamento, a qualidade de seus resultados e a segurança de sua utilização. Com isso, aumenta a confiança dos operadores, que constitui outro resultado importante da manutenção preventiva.

O programa de manutenção preventiva também é negociado no momento da aquisição. O provedor tem que comunicar ao comprador o conjunto das operações de manutenção que convém efetuar, sua periodicidade, seu custo e os protocolos necessários. Muitos hospitais da Região não têm concedido grande prioridade aos programas de manutenção preventiva, o que se explica, em parte, por suas condições econômicas, que não favorecem a implantação do processo, bem como pela escassa capacitação dos recursos humanos. No entanto, esta situação não tem que ser um obstáculo para implantar um programa de manutenção preventiva que cubra, pelo menos, os equipamentos prioritários.

Na obra *Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares*, os autores apresentam um quadro de ajuda para decidir quais equipamentos são prioritários para o programa de manutenção preventivo.<sup>8</sup>

**Quadro 1**  
**Ajuda para a seleção dos equipamentos que se devem incluir no programa de manutenção preventivo.**

Tipo de equipamento:		
Modelo:		
Nº de Série/Código:		
Fabricante:		
<b>Perguntas:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. O equipamento se compõe de partes móveis que precisam ser consertadas ou lubrificadas?		
2. O equipamento funciona com filtros que requerem uma limpeza ou uma troca periódica?		
3. O equipamento funciona com uma bateria que precisa de uma manutenção periódica ou uma troca regular?		
4. O equipamento poderia ferir os operadores ou os seus usuários?		
5. O programa de manutenção preventiva permitirá reduzir funções anômalas ou avarias frequentes?		
6. É preciso calibrar, frequentemente, o equipamento?		
7. No caso de imobilização do equipamento, estarão incluídos outros serviços da instituição?		
8. Existe alguma diretiva da administração central que exija a existência de um programa de manutenção de prevenção para o equipamento de que se trate?		

**Fonte:** Calil SJ. Teixeira MS. Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares. Saúde e cidadania (São Paulo) 1998; 11; 108.

### **Manutenção curativa**

Ao contrário da manutenção preventiva, a manutenção curativa sempre tem caráter urgente e tem que ser sinônimo de organização e de política global de manutenção. Esta manutenção, habitualmente, é definida em cinco níveis:

**Nível 0. Manutenção externa total.**

**Nível 1. Diagnóstico interno. Reparo por uma empresa externa.**

**Nível 2. Reparo, intercâmbio dos elementos previstos para isso. Este nível está constituído, principalmente, por uma aplicação dos instrumentos proporcionados pelo fabricante e inclui o armazenamento das peças de reposição necessárias.**

**Nível 3. Diagnóstico da avarias, reparo por substituição de componentes ou de elementos funcionais. Este nível de manutenção pode ser executado por um técnico especializado com os instrumentos específicos e utilizando toda a documentação.**

**Nível 4. Este nível compreende todos os trabalhos importantes de manutenção. Inclui também o reparo dos aparelhos de calibração ou dos padrões de trabalho e exige dispor de uma oficina especializada e da ajuda de toda a documentação geral ou particular.**

### **Organização e gestão da manutenção**

Um serviço de engenharia biomédica não pode assegurar sozinho todas as operações de manutenção curativa necessárias para manter o parque em perfeitas condições de funcionamento. A política de manutenção, interna, externa ou mista, tem que ser definida no marco de uma política global vinculada com a organização dos serviços biomédicos e suas capacidades humanas e materiais.

### **Manutenção interna**

Um serviço de engenharia biomédica hospitalar que se ocupa, diretamente, de toda ou de uma parte das prestações de manutenção tem que dispor de recursos humanos capacitados, de uma oficina corretamente instalada, dos instrumentos necessários para realizar os reparos e a calibração dos equipamentos, de peças de reposição e de um orçamento de funcionamento previamente negociado com a direção do hospital. Uma das dificuldades encontradas nos hospitais da Região refere-se ao fornecimento de peças de reposição. A gestão de peças de reposição armazenadas e dos prazos entre pedidos têm que contemplar esta situação para evitar o esgotamento de peças de reposição. A disponibilidade de peças de reposição constitui um elemento-chave que convém negociar no momento da aquisição de materiais e equipamentos (provedores, custos, prazos de entrega, datas de validade, etc.).

### **Manutenção externa**

Boa parte dos hospitais terceiriza a manutenção dos equipamentos de média e alta complexidades, o que representa entre 4 e 10% do parque biomédico instalado, ainda que alcance entre 30 e 60% do valor total do parque. O hospital decide designar a terceiros a manutenção de um equipamento quando o custo de capacitação, a remuneração de seu pessoal, o preço de aquisição da instrumentação necessária para consertar e calibrar o equipamento e a dificuldade para conseguir as peças de reposição não justificam a manutenção interna. A decisão se fundamenta em critérios econômicos e de qualidade dos resultados obtidos.

Uma missão importante do serviço de engenharia biomédica é conseqüência do controle da boa execução dos contratos de manutenção designados a empresas externas a fim de se assegurar, entre outras coisas, a qualidade das prestações realizadas, o respeito dos prazos negociados contratualmente e a conformidade das notas fiscais e os pagamentos.

### **Criação de um serviço de engenharia clínica inter-hospitalar**

Frente ao problema de disponibilidade de recursos humanos e financeiros já mencionado e dado que todas as instituições hospitalares nem sempre necessitam dispor de seu próprio serviço de engenharia clínica, existe uma solução original que consiste em criar um serviço de engenharia clínica que atue em várias instituições localizadas em uma mesma cidade ou zona. Desta forma, os custos são compartilhados pelos hospitais associados e estabelecem-se contratos ou convenções entre as diferentes partes que estipulam as regras de organização e de funcionamento deste serviço, a contraparte de cada instituição para seus custos de funcionamento, bem como as obrigações do serviço em relação com cada instituição associada com o projeto.

### **A resposta hospitalar aos desastres e às grandes emergências**

O tema da atenção médica em situações de desastre ou grandes emergências, ainda que seja relacionado com a atenção de urgência, tem singularidades que demandam uma análise separada. Os desastres naturais continuam causando grandes perdas humanas materiais, bem como efeitos negativos

do meio ambiente, apesar dos esforços realizados tanto para prevenir seus efeitos mortíferos quanto para prever a importância dos danos. Porém, não somente os desastres naturais os que causam perdas humanas e materiais, mas a crescente violência, expressada como conflitos armados, terrorismo e outras manifestações, também pode ser considerada como desastre. Neste sentido, o desenvolvimento industrial mal regulado pode ser um fator de risco como consequência de erros nos mecanismos de segurança (substâncias químicas perigosas, radiações ionizantes procedentes de usinas nucleares). O transporte moderno também pode se converter em desastre, já que o número de pessoas que falecem em acidentes aéreos ou automobilísticos pode ser muito elevado.

A preparação do hospital para os desastres e grandes emergências não somente deriva do fato de que seja um núcleo fundamental na resposta global do sistema de saúde a emergência, mas também de suas próprias características, já que algumas delas podem transformar este estabelecimento em um foco gerador de problemas. Os hospitais, por seu nível de complexidade, são estruturas muito caras, densamente ocupadas, que funcionam 24 horas por dia e nas quais convivem pacientes, profissionais de saúde e visitantes. Além de seu equipamento, complexidade e de alto custo, vários equipamentos usam fonte de radiações ionizantes; o laboratório maneja uma ampla gama de amostras, algumas delas de alto potencial infeccioso; diariamente, é produzida uma importante quantidade de resíduos poluentes que precisam de um manejo e tratamento especial; alguns pacientes podem estar sob cuidados intensivos e conectados a equipamentos automatizados que mantêm o sistema de suporte vital; outros pacientes podem estar recuperando-se de uma intervenção cirúrgica ou pode estar demasiado débil para se valer por si mesmo. Estas e outras considerações são importantes e justificam a necessidade de assegurar o funcionamento do hospital em casos de grandes emergências e desastres, independente daquilo que os produza.

Lamentavelmente, a experiência na Região tem demonstrado que os hospitais não deixam de ser vulneráveis aos efeitos dos desastres. Somente nas duas últimas décadas, em torno de 100 hospitais foram destruídos ou muito danificados pelos desastres naturais, particularmente terremotos e furacões. O conceito de *hospital seguro* tem sido introduzido pela OPAS com objetivo de estimular aos níveis de decisão dos países que invistam na redução de vulnerabilidade das instituições de saúde. Com este propósito têm sido elaboradas normas técnicas que permitem estudar a vulnerabilidade potencial das estruturas hospitalares aos desastres naturais e aplicar medidas para reforçar as estruturas dos prédios. Alguns países como a Costa Rica, o México e o Peru têm investido com sucesso nestas medidas.

A análise da vulnerabilidade compreende aspectos estruturais (análise do plano, tipo de estrutura, qualidade da construção, materiais utilizados, condições do solo, observação de normas anti-sísmicas ou de resistência aos ventos, etc.) e aspectos funcionais e organizativos (estado de preparativos para situações de emergências e desastres com relação à segurança dos pacientes e do ambiente, fornecimentos médicos, sinalização, saídas de emergência, entre outros).

Em situações de emergência, a primeira prioridade é salvar vidas e prestar atenção de emergência imediata aos feridos. Nelas, o hospital desempenha um papel muito importante e é imprescindível que o programa hospitalar para desastres esteja estreitamente coordenado com os programas locais de resposta a emergências. Na organização da resposta do hospital às emergências e desastres, são distinguidas três fases: preparação, alerta e emergência.

### **Fase de preparação**

A etapa de preparativos compreende a elaboração do programa, sua organização institucional e a capacitação do pessoal. Independente das características físicas de um hospital, seu nível de complexidade e seus recursos, os programas hospitalares devem reunir as seguintes características:

- Estarem baseados em sua capacidade operativa, tendo em conta os recursos existentes na instituição e na comunidade.
- Serem funcionais e muito flexíveis para se adaptar a situações e circunstâncias mutáveis.
- Traçarem claramente as linhas de autoridade e mando, bem como os papéis e funções designados, que devem ser de fácil compreensão.
- Constituírem parte de um programa regional para catástrofes e contribuir para fortalecer os programas de defesa civil em sua localidade.
- Serem continuamente atualizados e familiarizar o pessoal com o programa mediante exercícios periódicos de simulações, e
- Levarem em conta as fases de preparativos, alerta, emergência e recuperação.

Os componentes de um programa de desastres durante a fase de preparativos compreendem: comitê de desastres, centro de operações de emergência, sinalização e diagramas, reserva de medicamentos e fornecimentos médicos de emergência, comunicações internas e externas, fontes alternas de água, energia elétrica e combustível, transporte, manuais e guias operativas e treinamento do pessoal.

### **Fase de alerta**

Esta fase começa com a notificação de uma emergência ou de um desastre e o hospital deve obter informação básica sobre a natureza e o alcance da emergência, sua localização, hora em que se produz, número estimado de vítimas e estimativa da hora aproximada da chegada dos feridos ao hospital. É neste período que é ativado o *programa de emergência* e começa a funcionar o centro de operações de emergência. Ao mesmo tempo, o acontecimento deve ser notificado aos diferentes serviços e departamentos do hospital e, especialmente, aos serviços de urgência e cirurgia. No período de alerta, as atividades rotineiras do hospital devem ser postergadas para dar prioridade a atenções de urgência.

### **Fase de emergência**

O manejo de vítimas durante uma operação de desastres é mais complexa que em um acidente rotineiro, pois costuma ter maior confusão e desorganização. Os problemas que, freqüentemente, tem sido observado durante um desastre inclui insuficiente organização para o manejo dos feridos e sua estabilização, inapropriada distribuição dos pacientes aos hospitais e falta de comunicação e de organização. Por outro lado, o pessoal médico pode estar exposto a numerosos riscos associados com os desastres, tais como: inalação de gases tóxicos, incêndios, explosões, colapso de prédios, etc. Por todas estas razões, a organização dos recursos humanos para este tipo de emergências, nas quais prevalecem condições de alto nível de estresse, não pode ser improvisada. Além disso, nelas tem que ser consideradas a estabilidade emocional das pessoas, sua adaptação a longas jornadas de trabalho em condições difíceis, sua habilidade para trabalhar em equipe e sua capacidade para tomar decisões.

Concluído o programa, as atividades do hospital devem retornar à rotina. Sobre a base da análise crítica da resposta do hospital ao desastre será possível emitir recomendações dirigidas a melhorar o programa para encarar situações futuras.

## Bibliografia

- 1 Marechal J. *Place du plateau technique dans une démarche de planification sanitaire*. Technologie Santé 1996; 26: 8-10.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina e Caribe*. Washington, DC: OPS; 1998.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569).
- 4 American College of Clinical Engineering, IFMBE-news (International federation for medical and biological engineering) 1997.
- 5 Leteurtre H. *Traité de gestion hospitalière*. Paris: Berger-Levrault; 1998.
- 6 González Silva CA. *Manual de mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Fundación WK Kellog; 1996.
- 7 Couliern JP. Equipements biomédicaux. *Guide méthodologique d'acquisition et de maintenance*. Paris: Asociación de cooperación para el desarrollo de los servicios de salud; 1993.
- 8 Calil SJ, Teixeira MS. *Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares*. Saúde e cidadania (São Paulo) 1998; 11; 108.

# Capítulo 13

## Os processos de apoio à gestão clínica hospitalar

Neste capítulo, serão abordados alguns aspectos sobre diversos serviços de apoio à gestão clínica do hospital. Estes serviços não são um elemento isolado e alheio à atenção direta do paciente e, portanto, constituem um dos elementos integrantes da imagem, da funcionalidade e da qualidade do hospital contemporâneo.

Os hospitais, como empresas sociais de grande complexidade e intensivo uso do recurso humano cada vez mais qualificado, enfrentam decisões estratégicas de crescente dificuldade sobre a definição de suas áreas principais de produção. Neste sentido, surge a necessidade de se obter produtos intermediários com ganhos em eficiência e qualidade. Por isso, *dever-se-á* decidir onde, como e com quem obtê-los.

A externalização<sup>1</sup> de certas atividades pode ser um instrumento adequado que, mesmo que, atualmente, sendo utilizado com frequência, deve ser analisado com cuidado em cada situação. É conveniente estudar todas as soluções alternativas para cada caso particular, bem como avaliar a possibilidade de implantar economias de escala tomando este tipo de decisões.

Por outro lado, surge a necessidade também estratégica de se criar ou se reforçar unidades especializadas de apoio a serviços pouco oferecidos, como a atenção ao usuário ou ao *cliente* no contexto da *gestão da atenção ao paciente*.

## Generalidades

### Os processos na organização hospitalar

A organização hospitalar, como empresa de serviços, é uma organização funcional que, entre suas características, dispõe de múltiplas unidades funcionais compartimentalizadas, especializadas e complexas, que requerem pessoal altamente qualificado para desenvolver processos sanitários assistenciais ou de apoio. Seu produto são as pessoas sobre as quais atua, para dar a elas valor agregado da assistência ou do cuidado sanitário, objetivando egressos ou consultas.

### O processo assistencial sanitário

Na área de produção clínica, o processo assistencial sanitário principal é o egresso hospitalar, bem como os processos ambulatoriais, que geram, como é desejável, uma posterior derivação ao serviço local ou à rede de origem. Este produto final tem que estar sujeito a especificações estabelecidas e explicitadas previamente, que possam ser avaliadas quanto à qualidade técnica, à qualidade percebida e ao uso de recursos.

Na filosofia da gestão clínica, que procura introduzir maior participação e responsabilidade dos profissionais na qualidade dos processos e na utilização dos recursos, necessita-se integrar a clínica tradicional à administração. Isto exige capacitação dos líderes dos processos assistenciais principais e oferta de incentivos adequados e informação para a gestão. O líder ou o gestor clínico deve conhecer e ser responsável do processo completo e ser participe dos processos intermediários dos quais é o cliente. Os processos intermediários de apoio assistencial ou não-assistencial têm como cliente o serviço ou a unidade responsável do produto principal do hospital. Assim, os custos distribuídos pelos produtos

<sup>1</sup>Terceirização é um neologismo que significa contratação de terceiros; na linguagem de gestão também se conhece como externalização e, em inglês, *outsourcing*.

intermediários devem ser informados aos centros de custos que produzem os egressos ou as consultas de acordo com estas informações. Isto obriga o gestor a ter uma visão sistêmica de todos os procedimentos e de seus custos diretos e indiretos, o qual lhe permite participar nas decisões pertinentes ao funcionamento destes processos intermediários.<sup>1,2</sup>

Sob a perspectiva dessa filosofia, as unidades de apoio terapêutico ou de apoio não-assistencial devem contemplar as unidades clínicas finais como seus clientes. A informação que as unidades clínicas requererão não somente tem que incluir a relacionada com produção, custos e qualidade, senão também, como se verá mais adiante, a opinião dos usuários, a gestão de queixas e reclamações, a recepção de sugestões e a elaboração de pesquisas de satisfação, que constituem parâmetros importantes para os clínicos à hora de administrar os processos mais prevalentes.

Estes processos assistenciais conjugam-se com outros cujos produtos são intermediários e complementares e de caráter sanitário, e entre eles cabe citar os de apoio diagnóstico (exames de laboratório, anatomia patológica e diagnóstico por imagem), apoio terapêutico (salas de cirurgia e anestesiologia, banco de sangue, farmácia), intermediários não-sanitários (gestão da atenção dos pacientes), apoio ou suporte (manutenção, serviços gerais ou hotelaria) e, finalmente, os administrativos (administração de pessoal, arrecadação, finanças, abastecimento e estoque).

#### **A gênese de um crescimento desarmônico e da brecha entre os processos administrativos e os clínicos**

Em todos os países da Região, os serviços de apoio, especialmente os não-assistenciais, têm-se caracterizado por facilitar e manter a atividade clínica do hospital. Quando o hospital foi, basicamente, curativo, esses serviços funcionavam da mesma forma. Habitualmente, um grupo de pessoas, a maioria delas voluntárias ou religiosas, que colaboravam com os médicos e as enfermeiras em muitas tarefas, encarregavam-se da roupa suja, esquentavam água, proviam de lenha os aquecedores, cozinhavam, ajudavam a alimentar aos enfermos e mantinham o local limpo. Em outras palavras, realizavam muitas tarefas necessárias, que muito pouco tinham a ver com a cura dos pacientes.

Quando o hospital adotou um aspecto mais institucional, os serviços de apoio também o fizeram e as pessoas que realizavam esses afazeres deixaram pouco a pouco de ser voluntárias para se integrar como trabalhadores do hospital, apesar de que se considerassem, com freqüência, de segunda classe, já que na cultura hospitalar o poder e o reconhecimento social estavam centrados no médico e nas ações diretamente relacionadas com a arte de curar. Os provedores de materiais, por exemplo, foram o administrador e seus colaboradores; a limpeza ficou nas mãos das faxineiras e a roupa limpa, nas mãos das lavadeiras. Em todos os hospitais irrompeu um grupo de pessoas de escassa preparação encarregadas de trabalhos de administração de serviços de limpeza e de um elevado número de tarefas, como o fornecimento de água e de energia elétrica, e que sempre estava disposto a ajudar em qualquer reparação que lhe solicitassem.

Na última metade do século XX, a tecnologia e o conhecimento médico desenvolveram-se a grande velocidade. Não aconteceu o mesmo com os diversos processos vinculados com os produtos intermediários. De fato, nas épocas com ciclos econômicos negativos, as primeiras a se afetar têm sido as áreas não-assistenciais.

Junto ao explosivo crescimento dos hospitais, novas pessoas e funções se incorporaram à vida do hospital: o guarda de entrada, o jardineiro, as pessoas preocupadas pela manutenção do imóvel, as

instalações e os equipamentos. O volume de insumos necessários para o trabalho de médicos, enfermeiras e agora técnicos foi crescendo espetacularmente e superando a capacidade do administrador para manejá-los e controlá-los. A área administrativa cresceu mais em número de funcionários do que em qualidade profissional e aquisição de habilidades. Isso gerou procedimentos de operação e controle de acordo com um esquema taylorista e produz uma crescente desarmonia no nível de preocupação pelo desenvolvimento desta área com relação ao âmbito assistencial, junto a uma também crescente insuficiência na comunicação entre ambas áreas.

O desenvolvimento e a inovação médico-assistencial encontrava-se em seu máximo apogeu; somente uma coisa se tinha esquecido: o nível de capacitação do trabalhador dos serviços de apoio, muito contrário à mudança, seguia sendo insuficiente e sua auto-estima se deteriorava. Ao mesmo tempo, a falta de uma visão compartilhada em longo prazo, a escassez de recursos e a necessidade de priorizar a assistência foram marcando, entre outras causas, grandes diferenças entre o trabalho clínico do hospital. Por um lado, a área assistencial questionava a incompetência da área de apoio sem compreender as causas subjacentes. Por outro, a área de apoio estava ressentida pelos *privilégios* do âmbito assistencial.

Tudo isso gera no hospital um ambiente de pouco trabalho em equipe e põe em risco a excelência e a qualidade dos serviços. Esta situação, comum na maior parte dos hospitais da Região e tão questionada pela qualidade de seus serviços, especialmente nos âmbitos que não são técnicos ou assistenciais, convida à reflexão sobre a importância do desenvolvimento harmônico dos diferentes processos que intervêm na geração dos produtos finais. Razões de contenção de custos e de maior participação dos usuários nas decisões, tendo mais informação e sua exigência de melhorar a qualidade dos serviços (qualidade, entre outras coisas, em um marco de crescente descentralização e de participação do mercado na prestação de serviços de atenção), pressionam a gerência hospitalar a procurar melhores opções com os serviços de apoio à clínica, preocupação esta que se traduz na estratégia de unir todos os processos integralmente, sob o conceito de gestão clínica.

### **A gestão dos serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos**

As unidades de apoio diagnósticas e terapêuticas estão sendo submetidas a profundas análises com relação ao papel que devem desempenhar e a forma como têm que proceder para melhorar não somente a qualidade dos serviços, mas também sua eficiência e produtividade.

Até tempos atrás, a tendência e o desejo de todo estabelecimento hospitalar eram contar com seu próprio banco de sangue; hoje se considera mais apropriado participar de um banco de sangue centralizado de tipo regional e se reservar somente às funções de controle de transfusões. Isto não somente responde ao objetivo de reduzir os custos de operação e melhorar o uso dos equipamentos, senão também reduzir as crescentes dificuldades para obter doações de sangue, a que se requerem maiores margens de seguridade para usar os derivados do sangue, e a que a utilização de subderivados ascende, sendo preciso aumentar a eficiência no uso integral do sangue. Para alcançar estes objetivos, deve-se dar grande importância no estabelecimento de alianças entre as instituições de serviço, a Cruz Vermelha e outras do ramo.

Por outro lado, cada estabelecimento aspira a ter laboratórios especializados e, algumas vezes, inclusive, os serviços clínicos querem ter o seu próprio. Hoje, produto da veloz inovação tecnológica, parece que vale a pena ser proprietário dos equipamentos ante as modalidades que permitem ter e renovar equipamentos em comodato frente à compra de insumos. A nova tecnologia automatizada permite reduzir a intensidade da mão-de-obra e gerar economias de escala por volumes de explorações. Nesse contexto,

dever-se-á estudar se resulta ser mais conveniente recapacitar o pessoal, se livrar de pesados custos fixos e comprar serviços de laboratórios externos.

A tecnologia do diagnóstico por imagem não somente precisa de tecnologia mais sofisticada e de rápida obsolescência, mas também de pessoal mais qualificado que, na realidade, é escasso. Além disso, a tecnologia da informação está permitindo, por exemplo, que um radiologista possa ver e informar uma imagem a milhares de quilômetros de distância. Por conseguinte, também é válido perguntar se ao hospital convém se encarregar desta área e se é melhor explorar formas de compra de serviços, aluguel, parcerias com terceiros, fórmulas de co-administração, etc.

As salas de cirurgia costumam ser uma das áreas mais críticas do hospital moderno. Nelas intervêm centenas de processos, como a gestão da atenção aos pacientes com relação à mesa cirúrgica e a gestão do recurso humano, a infra-estrutura, a tecnologia ou os insumos. Os fluxos de pessoas e insumos devem ser programados e exatos. O erro de um anestesista ou de uma caixa estéril de material cirúrgico no momento e lugar precisos poderia provocar sérios problemas e afetar o plano de trabalho de um dia todo. A sala de cirurgia estabelece relações funcionais e formais com diversas equipes, pessoas e unidades, todos eles vitais e concatenados com outras: sala de cirurgia e anestesiologia, pós-operação e cuidados intensivos, banco de sangue, laboratórios, esterilização, farmácia, etc. Não é surpresa que se explorem diversos instrumentos da informação para facilitar estes processos. Há companhias privadas que estão se especializando em administração de *pacotes cirúrgicos* que oferecem a administração completa da sala de cirurgia. O cirurgião do hospital somente deverá preocupar-se com a operação; o gerente do hospital, de pagar a fatura mensal pelo serviço; e a empresa externa encarregar-se-á da roupa, dos insumos, e da esterilização, da manutenção dos equipamentos, do funcionamento dos programas informáticos e também, por que não, do café e dos biscoitos.

Muitas das perguntas que se formulam, atualmente, no âmbito dos serviços de apoio diagnóstico, guardam relação com a forma de obter maior qualidade a menor custo e com a decisão se convém tomar estas decisões, individualmente, em virtude do mercado ou é melhor se associar com outros para compartilhar riscos e obter maiores vantagens. Este último ponto será desenvolvido mais adiante. Por agora, vale mencionar uma máxima oportuna: não acredite de primeira em tudo o que lhe oferecem.

## **A gestão dos serviços de apoio não-assistenciais**

### **O novo papel dos serviços de apoio não-assistenciais**

Diante da possibilidade de que os serviços de apoio interessam aos diferentes atores para avaliar um hospital, a direção deve ser obrigada a reformular a atual estratégia de organização, a fim de que os serviços hospitalares participem na criação da imagem de qualidade que os usuários demandam. Não se trata de configurar uma competência entre as funções médicas e não-médicas para captar consumidores; pelo contrário, mais do que equilibrar as estruturas hospitalares, estas têm que colaborar para que reflitam um processo harmônico de melhoria contínua da qualidade.

Nos últimos anos, muitos hospitais têm baseado sua gestão em metas quantitativas, por isso não surpreende que a maior parte deles tenha sido estruturadas fundamentalmente, com o objetivo da efetividade. Para conseguir um serviço de qualidade, será necessário superar muitas barreiras funcionais, o que implicará em curto e médio prazos reformular a distribuição dos recursos no hospital. Não é fácil

pensar na qualidade somente em razão da mera efetividade depois de tantos anos centrados em produzir explorações, egressos, consultas e cirurgia e sem ter uma clara noção do uso adequado dos recursos, do impacto sanitário e social das ações e da percepção da qualidade por parte dos usuários em cada um dos processos. Os hospitais cuja gestão tem sido orientada, exclusivamente, para efetividade, como é o caso dos hospitais públicos, ou somente se interessam pelos logros financeiros em curto prazo, como alguns hospitais privados, enfrentarão a difícil tarefa de serem competitivos, já que deverão reorientar seus processos, além da mera efetividade nos âmbitos da efetividade social relacionada a seus resultados (que também está sendo válida para os privados) e, especialmente, ao aumento da qualidade percebida.<sup>3</sup>

Para lograr uma verdadeira gestão de qualidade no hospital deverá ser aceito que os serviços de apoio são um fator importante para que a atividade médica se realize adequadamente. Como os serviços de apoio também devem participar na satisfação dos clientes, seu bom funcionamento é fundamental para alcançar a qualidade desejada.

#### **Para satisfação dos clientes internos**

Os serviços de apoio deverão, em primeiro lugar, reconhecer todos os seus clientes no hospital e fora dele. Com esse fim, terão que dirigir suas atividades em lograr que médicos, enfermeiros, pacientes, familiares, acompanhantes, provedores de bens e serviços, bem como toda a comunidade relacionada ao hospital, fiquem satisfeitos pela qualidade dos serviços prestados.

Para assumir a responsabilidade de satisfazer, adequadamente, a seus *clientes*, deverão ser empreendidas ações de reestruturação e profissionalização, trabalhar, paralela e coordenadamente, com a área médica; assim se poderá deixar claro o verdadeiro potencial de qualidade profissional que inclui o trabalho médico; serão criadas condições para que a estância do enfermo seja a mais segura e agradável possível; aos familiares serão proporcionados lugares adequados e confortáveis para a espera; e com os provedores serão promovidas as relações de confiança em longo prazo, para que conheçam a fundo as necessidades do hospital e participem na atenção. À comunidade, por último, será garantido um hospital acessível que não contamine o ambiente e que seja um exemplo de gestão honrada dos recursos e com sentido social.

É vital construir, tendo como base a confiança, relações que tendam a estabelecer uma aliança estratégica entre o hospital e os provedores, nas quais, por uma parte, o provedor compartilhe a função social do hospital e, por outra, o provedor perceba que a relação comercial se fortalece na medida em que agrega valor à entrega de um produto. Por exemplo, no contrato de entrega de um determinado insumo, o provedor oferece a responsabilidade de armazenagem e distribuição, contribuição ao sistema de informação da farmácia ou suporte financeiro à capacitação de enfermagem ou a uma pesquisa de interesse comum para ambas instituições. Existem muitos exemplos de como os interesses do hospital e do provedor podem se potenciar sinergicamente com uma visão em longo prazo.

#### **Quem guarda sempre tem o justo a tempo**

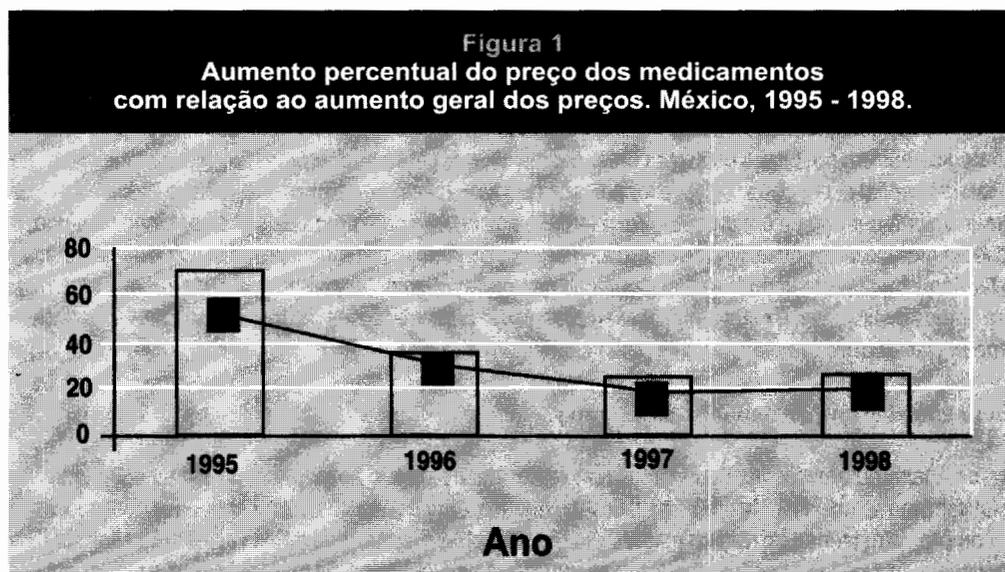
A falta ou a escassez de insumos tem representado para o hospital um problema constante. As tentativas para solucionar este problema têm sido centradas, principalmente, na reengenharia dos processos de compra, armazenagem e distribuição. Quando se obtêm bons resultados, estes não têm sido os desejados. Assim, os bons resultados têm modificado os modelos de planejamento para identificar necessidades, determinar quantidades e tempos de distribuição. Em poucas ocasiões, o problema tem

sido analisado de forma integral, considerando todos os fatores externos e internos que intervêm na rede de abastecimento; por isso, não tem sido possível encontrar uma solução definitiva ao problema do desabastecimento. Da mesma forma que é chave desenvolver uma relação de confiança com os provedores do hospital, também é chave estabelecer a mesma relação entre o armazém ou a farmácia com os diferentes serviços clínicos e unidades do hospital. Uma cultura de desconfiança explica a tendência culturalmente aceita de gerar *microestoques* periféricos, nos quais muitas vezes, são depositados, ineficientemente, recursos de alto valor.

Da mesma forma que a gestão de outras funções do hospital, a atividade de compra está influenciada por fatores externos – econômicos, jurídicos e mercantis – que, constantemente, mudam e demandam introduzir ajustes na gestão.

Os países da Região têm encarado, nos últimos trinta anos profundas dificuldades econômicas; poucos são os países que podem falar de um crescimento real sustentado do gasto em saúde, como também são poucos os sistemas de saúde que destinam maiores recursos *per capita* a seus hospitais. A frase *“fazer mais, com menos”* teve pleno significado em razão da eficiência, mas, atualmente, em virtude da qualidade, deverá ser pensada como *“fazer mais, com o que corresponde, conforme padrões e evidências científicas”*. Esta escassez de recursos se reflete, claramente, nos depósitos dos hospitais.

Como exemplo, entre 1995 e 1998, a porcentagem de aumento do preço dos medicamentos no México foi maior que 11%, em relação ao aumento geral de preços. Os orçamentos dos hospitais públicos não aumentaram na mesma proporção, apesar de que 60% do gasto em insumos e serviços dos hospitais foram utilizados na compra de medicamentos. Durante esses mesmos anos, vários artigos jornalísticos abordaram o tema criticando, severamente, a falta de medicamentos, sobretudo nas unidades médicas da seguridade social. Por sua parte, as avaliações dos serviços para a população não-asegurada mostraram desabastecimentos maiores que 50% em medicamentos. Nos hospitais privados, não se apresentou esta situação, já que este aumento refletiu-se no preço pago pelos pacientes (Figura 1).



**Fonte:** Secretaria de Comércio e Fomento Industrial do México, 1999.

Em relação ao objetivo de dar continuidade ao abastecimento, a gestão de compras também encontra dois fatores adversos que acontecem ao mesmo tempo: a escassez de recursos e o aumento do custo. O modelo de planejamento a ser desenvolvido deverá considerar a possibilidade de acontecerem um ou ambos os fatores. Diante desta eventualidade, dispõe-se de três soluções alternativas cuja escolha depende da pessoa que tome as decisões no hospital. Primeira, usar fontes alternativas de financiamento, como fundos de previsão e contingência, créditos ou adiantamentos de orçamentos e transferências. Segunda, substituir insumos, o que exige elaborar protocolos de atenção que incluam produtos substitutivos que, mesmo que não sejam as opções de escolha, podem ser utilizados em casos de escassez. Terceira, reformular metas como alternativa final para garantir a qualidade.

Os processos de globalização e de livre mercado exigem fazer uma análise em cada país. A dispersão populacional, a concentração dos mercados em cidades médias e grandes, as comunicações e a geografia marcam grandes diferenças na gestão dos insumos entre unidades hospitalares urbanas e rurais. Este tipo de fator é uma realidade no cenário atual da América Latina e Caribe, que demanda realizar uma profunda análise para estabelecer modelos eficientes de gestão das compras. O tema da dependência das importações é um tópico importante que deve ser estudado para trabalhar com sistemas oportunos. Além disso, é preciso explorar formas de se associar com outros hospitais para importar diretamente e compartilhar sistemas de armazenagem e distribuição, estabelecer alianças com empresas que ofereçam estes serviços ou conseguir que, no contrato com os provedores de insumos importados, contemple-se a possibilidade de transferência do risco de manter sistemas de armazenagem adequados e oportunos. Também se deve observar os efeitos das variações do preço do dólar ou do iene em relação às moedas nacionais. Por isso, não é descartada a propensão a estabelecer contratos em longo prazo que também tendem a transferir, ou ao menos a compartilhar, estes riscos com o provedor.

No hospital também existem fatores que influem no processo de compra. Entre eles, destacam-se a persistência de modelos obsoletos de planejamento, a carência de recursos tecnológicos (suporte informático), a desproporção entre os salários e os incentivos que, muitas vezes, recebem funcionários que têm a responsabilidade de negociar contratos milionários ou de cuidar insumos de alto custo, o mínimo investimento em capacitação e, talvez o mais importante, a grande diversidade de padrões de consumo derivada de uma elevada e inadequada variabilidade na prática clínica.

Sobre este último ponto, alguns hospitais têm recorrido à protocolização de seu arsenal terapêutico e a padronização de seus procedimentos médicos. Isso tem permitido ordenar os calendários de compra, reduzir a diversidade de produtos e a reserva nos depósitos, e tem desembocado em importantes diminuições dos custos. A experiência acumulada por alguns países na elaboração de protocolos de atenção (*guidelines*) para conter os custos hospitalares é uma alternativa que deve ser analisada por hospitais da Região como instrumento que ajuda a planejar os insumos nos hospitais.<sup>4</sup>

É importante não esquecer, durante todo o exercício de planejamento de insumos, que estes são requeridos nas mesmas quantidades e não se mantêm constantes nas fontes de fornecimento. A estimativa dos insumos necessários e as decisões dos lugares de aquisição devem ser revisadas cuidadosamente para se assegurar que os produtos ainda são necessários e que estas são as melhores fontes ou formas mais efetivas de abastecimento.<sup>5</sup>

Para se chegar a um bom entendimento, o preço, o custo e o valor serão termos que deverão estar, perfeitamente, definidos e combinados por todos os níveis da gestão no momento do planejamento

e da compra. O valor dos produtos é estabelecido pelo hospital em virtude das prioridades que tenham sido definidas para a prestação de serviços. O custo refletirá o investimento realizado pelo hospital, expressado em termos monetários, para levar a cabo qualquer atividade, e o preço será a expressão monetária que fixe o vendedor para transferir a propriedade do bem que está vendendo. Para exemplificar, pode-se citar os estudos realizados pela Secretaria de Saúde do México, em 1998, em relação aos insumos em hospitais gerais. Neles, se observou que 80% das unidades de produto solicitadas para a operação do hospital em um ano só representaram 20% do custo dos insumos, ou seja, 8 de cada 10 artigos que saíram dos depósitos dos hospitais foram cobertos com 20% do orçamento destinado à compra de insumos. Estes mesmos estudos notificaram que a falta de produtos baratos tinha sérias repercussões na operação do hospital, apesar do seu baixo custo, seu preço estável e sua escassez pouco provável. Pelo contrário, a escassez ou a falta de 20% dos produtos restantes influía menos na operação geral do hospital, já que repercutia em atividades específicas. O custo é significativo, seu preço, geralmente, é variável e suas possibilidades de escassez são altas, sempre que se trata de produtos de importação sujeitos a mercados menos conhecidos (Quadro 1).

**Quadro 1**  
**Padrão de consumo e mercado**

Artigos	Consumo		Mercado	
	Especialidade	Custo	Risco de aumento do preço	Risco de escassez
80% de artigos consumidos	baixa	baixo	baixo	baixo
20% de artigos consumidos	alta	alto	alto	alto

Nesse estudo, foi proposta a implantação de um modelo de planejamento de insumos que, para 80% dos artigos, possui menor preocupação sobre possíveis fontes alternativas de financiamento, menor exercício de substituição, mas uma maior interação com os provedores. Por outro lado, recomendou-se que para os 20% de produtos restantes fossem analisados mais a fundo as possíveis alternativas de financiamento e substituição (Quadro 2).

**Quadro 2**  
**Análise do planejamento de subministros.**

Artigos	Fonte alternativas de financiamento	Alternativas de substituição	Ajuste de metas ante a escassez e o preço alto
80% de artigos consumidos	Poucas	Poucas	Alto
20% de artigos consumidos	Várias	Várias	Baixo

### Fazer ou comprar?

Outro aspecto que deve ser considerado é a forma como o mercado entrega ao hospital os produtos farmacêuticos. Muitas vezes, os medicamentos orais e endovenosos são entregues inadequadamente para seu ótimo uso intra-hospitalar. Isto obriga a transferir ao provedor a responsabilidade de entregar, oportunamente, a dose unitária que vai receber o paciente ou gerar este processo internamente. Uma situação particular afeta os hospitais pediátricos, já que, geralmente, os produtos são produzidos para adultos. Assim, no hospital Luis Calvo Mackenna do Chile se estudou a perda econômica derivada de optar por descartar a maior parte de uma ampola, e foi considerado rentável investir em um projeto de meio milhão de dólares para construir, equipar e operar uma produção industrial de doses unitárias de medicamentos que cumpriria as normas internacionais de qualidade. Esta produção não somente produz

microdoses endovenosas, senão também produtos para alimentação parenteral, para as necessidades internas, para a venda a terceiros e para preparar produtos quimioterápicos em condições de segurança. Antes de tomar a decisão de produzi-los no hospital, esta proposta foi feita às empresas farmacêuticas que assumiram o processo, mas esta foi rejeitada porque o custo financeiro para o hospital era maior do que criar sua própria produção industrial.

Debates similares ocorrem em torno de dilemas tão simples como comprar bolinhas de algodão ou prepará-las no hospital, ou a decisões tão complexas como subcontratar áreas como esterilização, laboratórios ou todos os processos não-clínicos.

### A terceirização de serviços

Nos últimos anos, tem-se pensado que a externalização de serviços, mediante terceirização ou outras modalidades, por trazer muitas vantagens à gestão hospitalar, põe ao alcance os recursos necessários para dar respostas efetivas e oportunas aos problemas logísticos sem que as empresas necessitem ser convertidas em colaboradoras da atualização e inovação do hospital. Dispor de serviços globais externos facilitaria aos órgãos de direção do hospital participar em decisões estratégicas, encontrar soluções sobre falta de espaços, melhorar a imagem hospitalar, facilitar a atenção ao paciente e, inclusive, abrir vias ao financiamento externo.

Tradicionalmente, na década passada, eram terceirizados, isoladamente, diversos serviços de apoio, começando pela limpeza, a lavanderia e a alimentação. Também se propõe terceirizar a esterilização e, inclusive, toda a área de diagnóstico (laboratórios e diagnóstico por imagem). Em lugar de licitações isoladas a diferentes provedores, tem-se oferecido a alternativa de gerar no mercado a demanda de empresas que assumam, integralmente, tudo o que não é o *giro principal* do hospital, o que se tem chamado *subcontratação global*. As chaves do sucesso da subcontratação global de serviços gerais e de apoio hospitalar baseiam-se na relação do hospital com a empresa provedora dos serviços, que tem que se caracterizar pela confiança mútua, a transparência da informação, o respeito das capacidades mútuas, realizar compromissos de investimento e estabelecer um marco adequado para compartilhar benefícios. Esta forma de gestão incluiria um valor agregado à mera externalização de serviços por duas razões: a empresa provedora funciona como um sócio na consecução do objetivo último (a atenção ao paciente); e porque a integração de diferentes serviços externos em um único interlocutor faz com que os custos sejam medidos com mais facilidade e dota de maior capacidade para resolver problemas.

O objetivo consistiria em articular diversos elementos no hospital que, se funcionam separadamente, não são tão efetivos, e relacioná-los entre si para agilizar e flexibilizar as tarefas. Isso se consegue sempre que a empresa encarregada dos serviços administre diretamente o recurso humano que neles participe e faça-se responsável pelos processos integralmente. Isto facilita que os diretores se dediquem completamente a desenhar as atividades assistenciais principais e a formar o pessoal sanitário. As dimensões e a complexidade do hospital são um bom parâmetro para saber quantos ou quais serviços devem ser incluídos na subcontratação, tendo em conta que, se são globalizados, contar-se-á com um único sócio.

À semelhança do que tinha ocorrido antes na indústria – onde, por exemplo, passou-se de uma situação na qual as empresas automobilísticas mudaram, procurando uma diminuição de custos e um aumento da qualidade, de construir até a última peça necessária, a contratar especialistas externos para, inclusive, a iluminação de sistemas de frenagem, etc. –, nos hospitais, tarefas como limpeza, lavanderia,

alimentação ou manutenção, passaram, progressivamente, a ser realizadas por empresas externas especializadas. Esta mudança procura reduzir o custo de funcionamento dos hospitais e, por conseguinte, a possibilidade de dedicar as economias a melhorar a quantidade e a qualidade dos processos assistenciais principais.

Na atualidade, consideram-se como externalização de serviços para processos globais: o abastecimento e a armazenagem. O que se pretende com isso é evitar procedimentos administrativos desnecessários, capital detido em inventários e perda por vencimentos, armazenagem e distribuição de milhares de artigos diversos, por meio da licitação e a delegação a um único provedor da responsabilidade de conduzir, integralmente, o processo completo. O hospital diz o que precisa, quando e onde e a empresa externa se encarrega de tudo. Esta alternativa oferece as seguintes vantagens:

- Melhorias na logística e nos ciclos de aprovisionamento, tratando-se de um provedor especializado neste tipo de serviço.
- Diminuição importante para o pessoal do hospital das tarefas puramente administrativas, que pode então se dedicar mais profundamente ao controle da qualidade dos produtos e ao controle e à racionalização do consumo.
- Reduções importantes do custo dos artigos sobre a base da maior capacidade negociadora, aproveitando oportunidades do mercado por parte de uma empresa de serviços e as vantagens de uma maior economia de escala na relação com seus provedores, e reduzindo o número de intermediários no processo e na sua repercussão no custo final do produto.

Estas vantagens, ainda respeitando a margem lógica de benefício da empresa de serviços, em conjunto, podem reduzir os preços e, por conseguinte, o dinheiro dedicado pelo hospital à provisão de insumos, entre os quais se incluem as compras de: reativos para laboratórios, produtos farmacêuticos, material para sala de cirurgia, roupa, material estéril descartável, etc. Para que isto seja viável, o hospital precisará definir, com precisão, o que necessita, onde e quando; será vital que conte, primeiro, com uma unidade especializada que defina, desde os requerimentos clínicos, aspectos tais como: arsenal farmacológico, arsenal de insumos, reservas críticas e especificações técnicas; segundo, com capacidade para administrar a informação dos requisitos e os gastos por centro de custos; e, terceiro, com o controle da qualidade dos produtos e processos. Como parte da própria negociação com a empresa provedora destes serviços, obtém-se a colaboração estratégica da própria empresa externa a fim de que o hospital possa desenvolver as competências que pudessem ser deficientes nos âmbitos assinalados.

Como forma básica de avaliação, avalia-se sob a base dos custos de operação, segundo a informação disponível e conforme o seguinte critério:

Produção no hospital	Custo do serviço externalizado
Gasto em pessoal	Custo direto do serviço externalizado
Bens e serviços de consumo	Estimativa dos custos de contraparte técnica e de administração do convênio
Insumos	
Consumos básicos	
Outros	
Gastos indiretos de administração	
Total de custos	Total de custos

## Produzindo e comprando em rede

A descentralização e a autonomia do hospital para gestão vão fazer com que, no futuro, aumente para o hospital a responsabilidade de tomar decisões na área logística. Esta responsabilidade não somente implica o cumprimento das leis aplicáveis, senão também atender à perda de benefícios potenciais de economias de escala, tais como: as compras centrais. No entanto, a consolidação das compras e a experiência não têm, forçosamente, que se produzir no marco de uma gestão centralizada; os produtos que requer o hospital são, em muitas ocasiões, similares aos que utilizam outras indústrias, empresas e instituições locais.

A idéia de se associar para produzir ou comprar deve ser estudada em prol de benefícios para o hospital. Esta idéia, desenvolvida para funcionar em redes, pode ter bons resultados, sempre e quando exista um planejamento adequado e regras muito bem definidas pelas instituições participantes. Produtos como combustíveis, alimentos, papelaria e acessórios comuns podem ser adquiridos em programas conjuntos com outras empresas; a compra de medicamentos e materiais médicos requererá a conformação de grupos afins. O que se deve procurar são as vantagens das economias de escala, comprando em *holding* ou em rede. A este respeito é interessante analisar as transformações produzidas na Central de Abastecimento do Chile. Esta central, inicialmente, era um grande complexo de compra centralizada para todo o sistema público hospitalar chileno. Ao mesmo tempo, servia de depósito central, já que um hospital fazia um pedido anual, mas as entregas eram mensais (a Central tinha seu próprio sistema de distribuição no nível nacional), e também concedia créditos, já que era costume que os hospitais seguissem recebendo seus pedidos mesmo que ficassem devendo à Central, pois esta não aplicava multas nem exigia juros. Este organismo não demorou em se transformar em um gigante burocrático e a perder as vantagens da Central. Passou somente a ter utilidade a pequenos hospitais sem capacidade própria de negociação ou a hospitais com má capacidade de gestão, que por suas grandes dívidas não mereciam a confiança dos provedores e somente podiam lidar com a Central de Abastecimento para manter seus insumos. Nos últimos anos, a Central tem sofrido interessantes mudanças: tem-se convertido em um tipo de empresa pública autônoma que, além de oferecer insumos a hospitais que têm competências para manter uma política própria de compras, tem-se convertido em uma espécie de intermediário ou de *bolsa eletrônica* de compras, o que permite agrupar ou associar estabelecimentos para diferentes compras com grande flexibilidade. Assim, cada hospital pode escolher, livremente, esta modalidade e optar por ela segundo suas próprias conveniências, o que gera potentes efeitos de economias de escala sem os inconvenientes de burocracia centrais e com uma transparência que evita o risco de corrupção.

Antes de contratar externamente, devem-se avaliar as vantagens e desvantagens das diferentes alternativas. Nesse processo, é conveniente:

- Avaliar os rendimentos financeiros ou de qualidade que seriam obtidos externalizando, subcontratando ou comprando de terceiros; os eventuais rendimentos em recursos humanos potencialmente e que potencial de reengenharia de processos é oferecido.
- Avaliar a possibilidade e conveniência de criar empresas ou microempresas que, utilizando os recursos disponíveis, possam operar como filial ou centro de gestão autônomo que ofereça ao hospital vantagens comparativas com relação a outras empresas do mercado. A procura de

iniciativas deste tipo ou similares tende a abrir o mercado e a fazê-lo mais competitivo. Avaliar a possibilidade de criar unidades junto com outros estabelecimentos, para aproveitar, desta forma, recursos humanos e tecnológicos já existentes. Contudo, o conjunto de estabelecimentos ou uma rede podem avaliar a possibilidade de dispor de uma unidade comum de manutenção, de esterilização ou um laboratório comum. Estas unidades não somente podem prover serviços à rede ou a quem se tenham associado para constituí-las, mas que também podem se abrir ao mercado para utilizar toda a sua capacidade, melhorar suas condições de investimento e contribuir para oferecer melhores condições de preço e qualidade a quem as constituiu.

- Avaliar, quando pertinente, que um terceiro proveja um serviço ou participe em parte de um processo ou negociá-lo em rede com outro estabelecimento ou grupo, de tal forma que se ofereça um volume de negócio mais atraente para o mercado, que permita ocupar uma posição de negociação mais vantajosa.
- Avaliar e implantar os *requisitos de contraparte* necessários para controlar e avaliar, permanentemente, a funcionalidade, conveniência e os resultados dos sistemas, convênios ou contratos estabelecidos. Deve-se dispor de uma unidade formal que funcione como homólogo da empresa contratada e tenha suficiente e adequada capacitação e experiência na matéria do contrato, capacidade de controle, avaliação e a possibilidade de emitir recomendações.

### **A gestão do processo de compra e abastecimento**

Uma vez estabelecido um modelo dinâmico de planejamento das necessidades, a gestão das compras deve ser realizada em conformidade com as leis de cada país ou as regras particulares que estabeleçam os hospitais. Este marco legal deve considerar, equitativamente, para ser de utilidade, a regulação de todo o processo (planejamento, execução e controle); equilibrar os direitos e obrigações do comprador e do vendedor; lograr que a todo momento o processo da compra seja transparente; e propiciar a igualdade de oportunidades a todos os provedores que desejem participar. O marco normativo também deve considerar procedimentos específicos e simples conforme uma gestão ágil que esteja de acordo com um tipo de bem ou serviço de que se trate e com a magnitude das compras.

Para que uma compra termine bem, esta deve começar bem. Para os provedores, é importante conhecer, detalhadamente, as características dos bens desejados e como se propõe levar a cabo a operação de compra. A seguir, são mencionadas essas características:

- Quem está convocando ou convidando a realizar a operação; seu objetivo e a razão social; que papel desempenham os insumos nos planos do hospital; como e quando são utilizados; e como chegam ao paciente.
- Que bens ou serviços se pretende adquirir, quantidades, características detalhadas dos produtos, indicação dos sistemas utilizados para identificá-los, informação específica que se requeira sobre a manutenção, assistência técnica e capacitação, relação de acessórios que devem ser considerados, aplicação de normas internacionais sobre o produto, desenhos, quantidades, amostras e provas a serem realizadas, bem como o método para executá-las.
- Os lugares, datas e horários em que os interessados poderão obter maior informação ou pedir esclarecimentos; informação a ser apresentada e os anexos técnicos e folhetos que deverão incluir; o idioma em que deverão apresentá-la; unidade monetária da oferta; flexibilidade na apresentação de propostas; como serão avaliadas as ofertas; modelo de contratação e condições; e o prazo para a apresentação de propostas.

- Lugar, prazo e condições da entrega, embalagens, transporte, quantidades.
- Condições de pagamento, assinalando o momento exigido.
- Dados sobre todo tipo de garantias.
- Sanções pelo cancelamento do contrato, por qualquer uma das partes, por atraso na entrega dos bens ou na prestação dos serviços.<sup>6</sup>

Ainda que o comprador analise em conjunto as condições que propõem seus provedores, é conveniente que se destaquem algumas delas:

O preço. É o elemento importante na seleção do provedor; no entanto, somente deverá ser um fator decisivo quando se apresentarem duas propostas exatamente iguais.

A qualidade. Estará determinada previamente e estará baseada em características objetivas, como por exemplo, o grau de liga do aço do instrumental cirúrgico e a resistência da roupa cirúrgica às substâncias de lavagem, todas aquelas características e provas dos materiais que determinem as áreas técnicas e de engenharia, bem como as normas disponíveis para os produtos.

A quantidade e a oportunidade. Os provedores deverão compreender a importância da continuidade dos serviços, por isso, é indispensável que a entrega seja realizada na quantidade e nos prazos estipulados na ordem de compra.

O pagamento. O cumprimento das condições de pagamento por parte do provedor tem como contrapartida a obrigação do comprador de cumprir com a forma que se tenha pactuado.

A garantia. É o instrumento de proteção contra algum risco. Suas condições são solicitadas com antecedência e o provedor está obrigado a cumpri-las nos termos em que foram solicitadas.

Os serviços posteriores. Estes devem ser acordados previamente e deve ser garantido que o provedor cumpra com eles. Geralmente, garantem a disponibilidade de acessórios suficientes, capacitação e serviço de manutenção.<sup>7</sup>

Tradicionalmente, as relações entre compradores e vendedores não têm sido bem vistas; têm despertado desconfiança e recebido diferentes interpretações. Não obstante, a profissão baseada na honestidade exige esta aproximação. Aqui se enfoca grande interesse na figura de comissão de compras, que contempla que os expertos de cada ramo com o encarregado da unidade respectiva definam o que se deve ou não comprar e tomem a última decisão, analisando as ofertas e escolhendo a melhor opção. Esta figura pode também eliminar qualquer possibilidade de corrupção. Exemplos destas comissões são encontrados em hospitais e em empresas de água e saneamento de diferentes países do mundo. Uma delas, AYA da Costa Rica, tem uma comissão com muita experiência que controla, adequadamente, as listas de provedores e a normatização.

Não se deve esquecer que o provedor de insumos é outro cliente e que a compreensão e a comunicação são fundamentais para que as operações de compra sejam realizadas da melhor forma possível. O fato de que tanto o vendedor quanto o comprador disponham da melhor informação de ambos aumenta a integração dos que desenvolvem cada um deles. Assim, as soluções das dificuldades que passam a surgir durante o processo são mais fáceis quando há entendimento entre as partes. O bom comprador será aquele que mostre aos provedores um hospital transparente e o bom vendedor será o que adquiere o compromisso de formar parte da função social do hospital e dos benefícios que este oferece à comunidade.

O estoque é o ponto intermediário do processo de fornecimento. Tradicionalmente, é conhecido como o lugar no qual se guardam os bens ou os insumos antes de distribuí-los aos serviços. É possível que sob este único conceito não se entenda a função de um estoque em sua totalidade e suas implicações na qualidade, na informação e na contabilidade do hospital. Lamentavelmente, boa parte dos estoques dos hospitais da América Latina e Caribe operam, basicamente, como depósitos, fisicamente suas condições não são as mais adequadas e seu funcionamento é baseado em modelos de gestão rudimentar. O pessoal a quem foi designado esta tarefa somente conta com uma preparação básica, seu conhecimento na gestão de estoque é mínimo e sua experiência escassa. Sua tarefa dentro do estoque limita-se a receber os bens adquiridos, classificá-los, acomodá-los, registrar seu ingresso e atender a solicitações e registrá-las.

Esta forma de administrar os estoques pôs em dúvida sua importância; há quem opine que o insumo aos serviços pode acabar. Com a forma atual de trabalhar não é estranha a proposta de eliminar o estoque como parte do processo; contudo, antes de tomar alguma decisão a respeito, deve-se ter em conta outros fatores.

Um dos aspectos mais importantes a serem analisados com relação a essa decisão é que o mercado de insumos hospitalares é um fator externo muito cambiante e influente e que, como em muitos outros mercados, as mudanças que se passam a apresentar exigem certo tempo para serem assimiladas, apesar de que durante este lapso o fornecimento de insumos pelo hospital poderia estar em perigo e, com isso, a continuidade do serviço. Devido a seu meio ambiente particular, os hospitais da Região estão em condições pouco favoráveis para levar a cabo uma ação deste tipo, já que os mercados de insumos hospitalares demonstraram ser ainda muito instáveis por sua alta dependência das importações. Talvez em outro ambiente, em uma época com menos riscos e após ter estabelecido relações de crescente confiança e parcerias estratégicas, possa-se analisar a alternativa de reduzir o processo de insumos. Em curto e médio prazos para a empresa hospitalar da América Latina e Caribe é mais atrativo explorar as maiores oportunidades da gestão do estoque.

Na atualidade, tem-se desenvolvido a baixo custo tecnologia simples que promete oferecer condições mais ágeis e oportunas para atividades do estoque administrar sistemas de registro automatizados (leitores óticos e códigos de barras) e dispor de mobiliário mais funcional. O desenvolvimento mais interessante é o apresentado pelas diversas opções de programas informáticos. As possibilidades que oferecem estes sistemas de informação permitiriam conhecer, oportunamente, e, entre outros, as entradas de produtos por compra, os provedores e o produto, mudanças no mercado e no consumo, tendências de preços, empacotados, apresentações, controle de caducidade de produtos, saída por serviço, pessoa ou atividade, custo de inventário, custo por produto e custo por serviço. Aplicações mais desenvolvidas permitem enlaçar os sistemas com diferentes funções do hospital, como contabilidade e faturamento, compras, controle de custos e informes de gestão. Na medida em que o estoque se transforme em um sistema de informação, não somente será útil para administrar os fornecimentos, mas também para envolver outras atividades como a padronização e a seleção de procedimentos médicos baseados no custo e na avaliação das mudanças da produtividade baseadas em consumos.

Outra das funções do estoque é o controle da qualidade dos insumos. A comunicação efetiva com a área de compras e os usuários permite que se verifique se as características selecionadas dos produtos que ingressam coincidem com as consideradas na planificação. Para isso, são utilizados métodos simples como a inspeção visual dos bens e o envelhecimento; os produtos são pesados; coloca-se em quarentena; comparam-se amostra ou realizam-se consultas e avaliações com especialistas e usuários.

Os processos relacionados com a gestão do fornecimento seriam inúteis se estes não garantissem sua oportunidade e qualidade no mesmo lugar onde são necessários; a possibilidade de consegui-lo surgirá na medida em que a gestão do estoque assuma esquemas de disponibilidade mais dinâmicos.

Os tradicionais métodos de máximos e mínimos são muito úteis para produtos, relativamente, normalizados cujos preços não flutuam muito, para aqueles que são utilizados em quantidades bastante regulares, cujo estabelecimento depende da velocidade de consumo, que são importantes na atenção médica, para os quais se dispõe de substitutos e nos quais o tempo requerido para pedir e receber os insumos não são excessivos. Os produtos que apresentam maiores variações no mercado requerem níveis de exigência maiores e para eles são recomendadas compras periódicas fixas baseadas em consumos prováveis superiores a um ano que não levem muito em conta as existências no momento de realizá-las.

Uma prática interessante que foi colocada em funcionamento com o desenvolvimento das comunicações é o enlace de sistemas de estoque entre os grupos hospitalares e outros serviços de atenção médica nas comunidades. Este enlace conforma redes de informação sobre a disponibilidade de recursos entre as unidades e fomenta o intercâmbio de produtos sobre a base de seu preço de compra.

Os hospitais e as clínicas de uma zona ou uma rede podem estabelecer acordos sobre a disponibilidade de certos produtos, o que permite reduzir suas margens de segurança e suas perdas por envelhecimento quando quantificam suas existências. Como exemplo vale citar os antídotos ou soros contra as picadas de cobras ou escorpiões que estão disponíveis em quantidades mínimas nos estabelecimentos. Quando se necessita de maior volume, conta-se com uma unidade preestabelecida que dispõe de maiores quantidades e envia à unidade que o requer. Assim também ocorre nos centros toxicológicos de tipo regional, que não somente oferecem informação 24 horas por dia, mas medicamentos que, mesmo que sejam pouco utilizados, são caros. No entanto, é garantida sua disponibilidade.

#### **De uma relação de comando e controle a uma de confiança e descentralização**

Para disponibilizar o produto requerido pelo médico, a enfermeira e os técnicos dos laboratórios e dos departamentos auxiliares necessitam de uma organização que se ajuste ao funcionamento do hospital. A distribuição de insumos não pode ser levada a cabo nem durante nem depois de iniciada a atividade, pois o produto já deve estar disponível onde e quando se necessita. Os desejos de qualquer diretor de que os insumos sejam usados devidamente levaram-nos a organizar esquemas de distribuição racionados e, com frequência, a guardar os insumos em salas trancadas e a exigir para seu uso uma infinidade de autorizações. Estes modelos geram descontentamento e apatia no pessoal do hospital. Os modelos de gestão do fornecimento deverão no futuro dirigir-se mais às perdas que serão produzidas quando o produto, ainda estando no hospital, não puder ser utilizado no paciente. Deve-se entender que os serviços devem transferir a responsabilidade do controle às próprias unidades clínicas. Isto somente é possível mediante um modelo de descentralização interna segundo o qual cada serviço clínico constitui-se como centro de responsabilidade.

## **A gestão do equipamento**

Com relação ao equipamento hospitalar, devem-se considerar vários aspectos: a decisão de se renovar ou introduzir novos equipamentos ou tecnologias e a de implantar uma política de manutenção dos equipamentos hospitalares. Estes aspectos foram analisados no capítulo anterior.

## **Novo enfoque para a gestão de riscos nos hospitais**

Os riscos nos hospitais vão aumentar tanto no futuro para as pessoas que neles trabalham (riscos tão diversos como; exposição a substâncias deletérias, contágios, aumento de demandas legais) como para as que recebem atenção (infecções cruzadas, efeitos indesejados ou colaterais dos mesmos processos assistenciais, como produto da imobilidade devido a incêndios ou a catástrofes), e os bens intangíveis (que são os que aportam valor agregado ao centro, como a informação, histórias clínicas, o conhecimento científico, a criatividade dos profissionais sanitários, a imagem da instituição ou o prestígio perante a população).

A gestão de riscos, portanto, é um complemento de gestão geral e seu objetivo consiste em diminuir o dano ou a perda que se cause às pessoas, à infra-estrutura, à tecnologia ou aos intangíveis como conseqüência de comportamentos ineficientes, incorretos, não-éticos e, inclusive, fraudulentos. Este novo enfoque complementa o tradicional e faz destaque somente em riscos físicos tais como: a prevenção de incêndios e de feridas e as decisões que deve tomar o gerente durante as numerosas circunstâncias que enfrenta em sua gestão.

## **Um novo conceito de segurança**

Com muita assiduidade, a seguridade do hospital tem-se associado, unicamente, com a vigilância dos acessos ao hospital para evitar a entrada de pessoas alheias ao trabalho hospitalar e impedir o furto de recursos. No entanto, o hospital apresenta aspectos de segurança muito especiais e, em alguns casos, singulares em comparação com outro tipo de organizações.

Os riscos potenciais inerentes à função do hospital estão presentes, permanentemente, e afetam os pacientes, o pessoal e os visitantes. Durante o tempo que permanece no hospital, o trabalhador está exposto, constantemente, a contrair enfermidades e a padecer lesões ao operar equipamentos e danos diversos por contato com compostos químicos. O paciente também não está isento desses mesmos riscos e também pode sofrer um acidente com um equipamento, um instrumento ou uma substância. Não se deve esquecer de que o estado de consciência e alerta de muitos enfermos nem sempre é ótimo.

Existem dois aspectos que deverão ser levados em conta sobre a seguridade do paciente. O primeiro deles é o relativo ao caráter a que tem direito; a informação sobre o seu estado de saúde não pode ser divulgada, salvo com sua expressa autorização ou sob os requerimentos, expressamente, autorizados pela norma de cada país. O segundo diz respeito à seguridade de seus bens. Ainda que façam referência a efeitos e a valores pessoais, também se inclui a seguridade de recém-nascidos e menores a cargo do hospital. As pessoas que comparecem ao hospital, seja acompanhando um paciente, para visitá-lo ou para realizar qualquer trâmite ou negociação, expõem-se a risco e, por isso, a segurança também deve considerá-los.

O tipo e a natureza dos riscos variam. Vigilância não é sinônimo de segurança e isso é importante ao se desenhar a organização do hospital e ao se contratarem os serviços externos que no mercado se denominam de seguridade. A responsabilidade da função de seguridade, estruturalmente, não pode recair em uma única área, por isso, recomenda-se elaborar um programa de seguridade e constituir uma comissão de segurança que supervisione a aplicação e o funcionamento das medidas encaminhadas a reduzir riscos.

### **Prevenção e proteção de pessoas e bens**

O programa de segurança deve-se-á fundamentar, basicamente, em três idéias: 1) evitar que se lesione o pessoal, os pacientes e os visitantes, como um compromisso humano de todos para todos; 2) cumprir e assegurar que se cumpram as normas internas e externas estabelecidas pela autoridade; e 3) compreender que, apesar de todas as medidas preventivas que tomem, o acidente pode se produzir e isso não deve desanimar o pessoal.

Um programa de seguridade consta dos seguintes elementos principais: a identificação de perigos e riscos, sua prevenção (uma política para fazer frente aos riscos hospitalares amplamente difundidos), e a participação do pessoal. O elemento relativo à identificação é muito diverso, dado que cada serviço tem características singulares que geram riscos específicos; no entanto, é conveniente estar alerta e sempre aberto à nova informação que se apresenta para atuar antes que se produza um acidente. Quando algo ocorre, o que se pode fazer é identificar suas causas e evitar que situações iguais ou parecidas possam se apresentar novamente.

A prevenção de perigos e riscos supõe atuar em todos os níveis da organização, desde a aplicação de políticas gerais ao desenvolvimento de procedimentos particulares e a implantação de medidas para proteger, inclusive, a um só indivíduo. Na prevenção de riscos, é essencial conseguir a mais ampla participação de pessoal. Nesse sentido, tem sido útil a experiência de gerar comitês paritários – integrados pelo pessoal e a gerência – sobre riscos e acidentes trabalhistas (no Chile são legalmente obrigatórios), e a constituição de comitês de emergência hospitalares integrados por representantes do pessoal e das unidades mais diretamente relacionadas que contam com atribuições e competências no âmbito da capacitação, formação de brigadas, preparação de simulações, confecção e atualização de manuais de procedimento frente a emergências, etc.

A prevenção pode ser dividida em duas partes principais: primeiro, a eliminação ou o controle direto do perigo e, segundo, a supervisão e a educação do trabalhador, paciente ou visitante. O aspecto referente à eliminação ou ao controle consiste em apresentar ações, potencialmente, úteis, como é o caso da inspeção e a manutenção preventiva, recomendações na substituição ou mudanças nos tipos de equipamento e nos procedimentos e a adição de instrumentos de proteção e segurança. No entanto, muitos dos perigos, lamentavelmente, não estão sujeitos a ações ou a correções e é aí onde o treinamento e a supervisão adequados, acompanhados de uma boa motivação, são fundamentais para se conseguir boas práticas que possam proporcionar segurança ao empregado, ao paciente e ao visitante.

A aplicação de um programa de segurança inicia-se com um desenho. Todas as normas de seguridade devem ser respeitadas, supervisionadas e verificadas. Os acessos, comunicações e circulações das diferentes áreas do hospital devem ficar restritos; as instalações elétricas, hidráulicas e sanitárias têm que ser desenhadas conforme com o equipamento e a função de cada área; e os sistemas contra incêndios e saídas de emergência devem ser acessíveis e suficientes. O programa de segurança de um hospital

deve contemplar a colocação de todos os sinais e indicações necessários (saídas de emergência, instruções em caso de sinistros naturais, instruções especiais para a manipulação de equipamentos, etc.); os lugares gerais devem ser mantidos bem iluminados e livres de qualquer objeto que interfira a circulação segura; e também devem ser mantidos em bom estado sinais de passagens de pedestres e as vias de ambulâncias no exterior. Os acessos têm que estar adequadamente sinalizados. Os painéis de vidro transparente devem ser marcados com adesivos ou outros meios para evitar que, por erro, sejam confundidos com entradas. Os corrimãos de escadas e corredores têm que ser mantidos em boas condições, firmemente fixos e livres de protuberâncias agudas.

Estes são somente alguns exemplos dos aspectos que devem estar presentes. Neste campo, a capacitação e as seções de informação são fundamentais, sobretudo para os trabalhadores novos e tem que formar parte das ações de introdução no local de trabalho, as quais devem abordar temas tais como: segurança elétrica e mecânica, proteção contra radiações, manipulação de resíduos e controle da infecção, bem como aspectos mais concretos sobre a utilização de equipamentos especiais e materiais de riscos. O paciente deve, em todo momento, ser vigiado em seus deslocamentos pelos serviços, ir sempre acompanhado por um trabalhador do hospital e, se possível, em uma cadeira de rodas ou em uma maca. Os visitantes têm que ser informados sobre o comportamento que devem guardar durante sua permanência no hospital, conhecer as áreas e os horários aos que têm acesso e a forma de chegar neles. Por último, a comunidade na qual se encontra localizado o hospital deve receber informação sobre as ações que nele se realizam para proteger o meio ambiente, como o tratamento da água antes de sua descarga ao exterior, a manipulação escrupulosa do lixo e os resíduos de todo o tipo, o controle e isolamento do barulho, a manipulação especial de substâncias perigosas e a seguridade radiológica. Alguns membros da comunidade próxima ao hospital devem participar e fazer parte de suas comissões de segurança.

### **Prevenção do risco de infecções hospitalares**

O hospital, por suas atividades, é um lugar pouco higiênico e muito vulnerável a contaminação. As infecções intra-hospitalares constituem uma séria ameaça para a saúde dos pacientes e trabalhadores. Estas infecções, geralmente oportunistas, afetam os enfermos em situação crítica ou imunodeprimidos. O interesse pela segurança dos pacientes e trabalhadores sobre as infecções hospitalares nem sempre ocupa o lugar que merece. A criação de comissões de segurança e higiene e de prevenção de infecções intra-hospitalares, com freqüência, são finalizadas em sua criação e não executam tarefas como reuniões permanentes, emissão de recomendações, sua instrumentação e aplicação ou a vigilância e a avaliação.

A este respeito, a população cobra, a cada dia, mais consciência de que este tipo de problema pode apresentar-se no hospital e de que os tratamentos e gastos poderiam não estar relacionados com a enfermidade que causou o ingresso de um paciente. Não seria surpresa que no futuro aumentassem as demandas por este motivo.

Qualquer medida de segurança para evitar a presença de uma infecção cruzada não será demais. Os microorganismos responsáveis e os meios de transmissão são muito variados e, por isso, os procedimentos também devem sê-lo. A prevenção está enfocada nos seguintes aspectos: 1) fomentar na cultura dos trabalhadores hospitalares a preocupação por tal risco; 2) elaborar e aplicar normas adequadas e internalizadas em cada unidade clínica sobre uso de procedimentos clínicos e resíduos; 3) utilizar corretamente os equipamentos de proteção; 4) supervisionar e avaliar a higiene hospitalar e o cumprimento dos procedimentos recomendados e das normas e padrões em âmbitos, tais como: limpeza de superfícies e equipamentos, esterilização de materiais, etc.; e 5) implantar políticas de capacitação, utilização da informação e incentivos nesta área.

Todos estes aspectos devem estar presentes constantemente a fim de criar uma clara consciência desses riscos e de suas conseqüências. Além disso, deve-se considerar a simples lavagem das mãos, que é, algumas vezes, o que se esquece mais facilmente, apesar de ser um dos métodos mais adequados para diminuir o risco de infecções intra-hospitalares.

Todos os dispositivos de segurança que se adotem para preveni-las devem ser controlados e avaliados. A informação sobre indicadores em cada unidade do hospital deve ser comunicada regularmente e servir de base para empreender ações corretivas. A observação do cumprimento de normas também deve ser efetuada periodicamente, retroalimentando o serviço ou as pessoas a respeito dos erros observados em seu cumprimento. A amostra regular das diferentes áreas com testes de laboratório bacteriológicas é, até a data, a melhor opção apesar de que se tem questionado sua interpretação e seu custo.

A comprovação da pureza do ar pode ser realizada a cabo em condutos e filtros, sobretudo naqueles em que se conectam com as áreas de terapia e sala de cirurgia. A qualidade da água pode ser verificada em depósitos, torneiras comuns, bebedouros e outros pontos do sistema de fornecimento. Estas ações devem ser completadas com a revisão do funcionamento de autochaves, campanas em laboratórios e filtros, pesquisas sobre o conhecimento dos procedimentos, supervisões sobre o uso de roupas e instrumentos de proteção e o cumprimento de recomendações e normas.

#### **A prevenção de incêndios**

O incêndio é outro problema de segurança ao qual estão expostos, praticamente, todos os imóveis. A gravidade de suas conseqüências implica o número de pessoas que se poderiam encontrar em um imóvel no seu início; no entanto, no hospital, sua gravidade aumenta pela incapacidade de muitos pacientes atuarem por si próprios. Na Região, os acidentes se produzem com maior freqüência por defeitos nas instalações elétricas, no uso inapropriado de substâncias combustíveis e por defeitos em equipamentos.

Os programas de manutenção preventivos e a inspeção de instalações elétricas e o acatamento das medidas corretas de armazenagem das substâncias seriam suficientes se fossem implantados e produzidos adequadamente, o que indica que a origem de um incêndio tem um componente importante de negligência e descuido. O uso deste aspecto de segurança implica, principalmente, as duas ações: a primeira é acatar as medidas de prevenção e a segunda, limitar o dano quando o incêndio acontece. A prevenção e a limitação do dano são iniciadas com o desenho e a construção do prédio, que devem incluir instalações de irrigadores, extintores de incêndio de diferentes tipos e o uso de materiais regulamentados na construção. Para limitar o dano são desenhadas vias de saída de emergência adequadas ao número e às características das pessoas de cada serviço do hospital e instalado o sistema de alarme.

Os hospitais antigos que não contam com medidas específicas contra incêndio deverão instrumentar medidas que reduzam o risco. Uma vez em funcionamento, todas estas instalações contra incêndios estarão sujeitas a um programa de manutenção e a controles constantes. As vias de saída, mesmo que pareça óbvio, devem ser revisadas periodicamente para que se encontrem livres de obstáculos, já que não é freqüente que, quando se realiza uma ampliação ou uma reforma de uma unidade ou dependência, haja esquecimento de objetos nas vias de escape, que devem ser mantidas livres. Por muito que possa surpreender, os planos destas reformas ou ampliações não são elaborados por profissionais especialistas, nem suas execuções supervisionadas por profissionais competentes.

Como já foi dito, um programa de manutenção preventivo bem planejado e executado não somente garante a segurança e a contínua operação do equipamento, mas também ajuda o pessoal de manutenção a descobrir e a eliminar perigos de incêndio. O equipamento elétrico também deve ser submetido a inspeções rotineiras e completas.

Por sua atividade, nos hospitais, são armazenados materiais de risco, tais como: roupa, equipamento de manutenção, botijões de gás comprimido, solventes e outros líquidos inflamáveis, que têm que ser separados de qualquer outro material combustível e mantidos em uma sala metálica localizada em lugar seguro e bem arejado.

A concentração de desperdícios constitui uma fonte primária de incêndio, pois quanto maior for sua acumulação tanto maior será o risco de incêndio. Os resíduos líquidos inflamáveis nunca deverão ser eliminados em lavagens ou em outros tipos de saídas ou esgoto; é conveniente que sua eliminação e incineração seja controlada, cuidadosamente, por pessoal especializado.

Como medidas adicionais, o hospital pode proporcionar roupa de cama fabricada com materiais pouco inflamáveis ou informar, previamente, o paciente e a seus familiares sobre o tipo de roupas que podem usar. Nos hospitais para crianças, idosos e de pacientes psiquiátricos, o uso de roupas de cama pouco inflamáveis pode determinar as conseqüências de um incêndio.

A sinalização sobre o que deve ser feito em caso de incêndio deve estar localizada em lugares estratégicos para que o público a conheça e cada quarto deve contar com ela.

Todo hospital tem que ter um plano de urgência que indique quem são os responsáveis de cada uma das atividades que tem que ser acometidas em caso de incêndio (operação de alarme, chamada a bombeiros, desligamento de válvulas de gás, eletricidade e outros combustíveis e assistência para a evacuação). A aplicação, regularmente, destes procedimentos pode ajudar a melhorá-los.

O maior risco de que um incêndio aconteça constitui o gerente hospitalar confiado, que cai na armadilha de pensar que o incêndio é uma possibilidade remota que não pode acontecer no hospital. O melhor hospital do futuro no âmbito da prevenção de incêndios não será o que contará com o equipamento mais moderno, mas aquele no qual trabalhem pessoas capazes de prever e de se antecipar ao risco.

#### **A manipulação dos resíduos industriais e biológicos**

Os hospitais e os outros centros de atenção médica são considerados indústrias altamente poluentes. O volume e o tipo de resíduos que geram os situa nessa posição. Estes resíduos são quantificados, anualmente, em milhões de toneladas e estas cifras tendem a aumentar a conseqüência do maior uso de materiais descartáveis, mais de 20% dos quais se considera de risco. Muitos hospitais da Região ainda não realizam, adequadamente, a separação, a embalagem, a armazenagem, a arrecadação, o transporte, o tratamento e a disposição final dos resíduos, e alguns continuam eliminando-os, misturados com outros de origem industrial por meio dos serviços comuns de coleta de lixo, ignorando qual é o seu destino final. Os resíduos líquidos são lançados no sistema de esgoto interno e, posteriormente, no do município sem nenhum tratamento prévio. Os confinamentos de lixo encontram-se em lugares de risco para o hospital e para a comunidade, misturando os resíduos de todo tipo e de todos os serviços. Quem os manipula é, principalmente, o pessoal de limpeza, que, com muita freqüência, carece da devida capacitação para fazê-lo e para prevenir riscos.

A manipulação deficiente dos resíduos de hospitais não somente cria situações de risco que ameaçam a saúde do pessoal, pacientes, visitantes, mas também é a causa de situações de deterioração ambiental que transcendem os limites do hospital e arriscam a saúde daqueles setores da comunidade que, direta ou indiretamente, podem ser expostos ao contato com material infeccioso ou contaminado. A realidade é que ainda o hospital, como integrante de uma comunidade e de uma sociedade, segue arriscando muitas pessoas e deteriora o ambiente, esquivando-se em argumentos inaceitáveis, como a falta de recursos ou a impossibilidade financeira de operar, adequadamente, um sistema de manipulação de recursos.

O hospital do futuro vai reconhecer e atuar antes que a comunidade e a sociedade o exijam. Elaborará mecanismos para diminuir o volume de resíduos, separando-os, adequadamente, e estabelecendo os convênios necessários com outros setores da sociedade para reciclar materiais, desativar substâncias perigosas e incinerar produtos infecciosos. Pela importância dos resíduos biológicos, estes deverão ser separados e embalados, dependendo do tipo de resíduo de que se trate, e identificados claramente. Quando para este propósito forem utilizadas sacolas, estas deverão ser de plástico impermeabilizado e resistente. Somente deverão ser encheidos até 80% de sua capacidade e fechados antes de serem transportados ao lugar de armazenagem. Os recipientes dos resíduos perigosos ou cortantes têm que ser rígidos, de polipropileno, resistentes em todas as suas partes e terem uma tampa com abertura para depósito e dispositivos de fechamento seguros. Os recipientes dos resíduos perigosos líquidos devem ser rígidos e dispor de tampa hermética.

Para a coleta e o transporte interno, destinar-se-ão carros manuais, exclusivos, que deverão ser desinfetados a cada dia com vapor ou com algum produto químico que garanta suas condições higiênicas. Não se deve utilizar condutos pneumáticos ou de gravidade como meio de transporte interno dos resíduos perigosos biológicos e infecciosos; deverão ser estabelecidas vias de coleta para seu fácil deslocamento para a área de armazenagem. O equipamento mínimo de proteção do pessoal que efetue a coleta consistirá em uniforme completo, luvas e máscara. Se forem manipulados resíduos líquidos, deve-se usar óculos de proteção.

Para a armazenagem, destina-se uma área afastada dos pacientes, visitas, cozinha, copa, instalações sanitárias, locais de reunião, áreas de lazer, escritórios, oficinas e lavanderia. A área deverá ser coberta e estar localizada onde não haja risco de alagamento, ter uma inclinação de 2% em sentido contrário à entrada e aos muros de contenção lateral e posterior de uma altura mínima de 20 cm. Não devem existir conexões com esgoto no piso que permitam que os líquidos fluam para fora da área protegida. Estas devem ter uma capacidade mínima de três vezes o volume médio de resíduos perigosos biológicos e infecciosos gerados diariamente e não terão que permanecer no hospital mais de 48 horas. O acesso a esta área ficará restrito ao pessoal responsável destas atividades.

A transferência para fora do hospital deverá ser realizada em contêineres instalados em veículos especiais hermeticamente fechados e contar com sistemas de captação de escorrimentos, além de sistemas mecanizados de carga e descarga. Os contêineres serão levados e desinfetados depois de cada ciclo de coleta. O tratamento terá que garantir a eliminação de microorganismos patógenos e a inocuidade dos resíduos perigosos biológicos e infecciosos. Os patológicos devem ser queimados e, uma vez tratados, poderão ser eliminados como resíduos não-perigosos.<sup>8</sup>

### **Manipulação dos riscos em áreas especiais**

As unidades auxiliares de diagnóstico e tratamento constituem serviços de alto risco, principalmente para seus trabalhadores. Nestas áreas, as comissões de segurança deverão vigiar, sobretudo, os seguintes aspectos: os riscos mecânicos, os de incêndio ou lesão por fogo, os de lesão por substâncias químicas, os de infecção e, especialmente, o risco radiológico. A principal medida de prevenção nestas áreas consiste na restrição da circulação. Nelas, somente deveria poder circular o pessoal que trabalha e os pacientes. O pessoal de limpeza, manutenção e supervisão deve receber capacitação especial sobre a forma de entrar e nelas permanecer e a proteção que devem usar. Mecanicamente, estas áreas deveriam ser revisadas em suas circulações, evitando que existam objetos que impeçam um livre trânsito, líquidos derramados que possam provocar quedas, salientes que possam ocasionar golpes, garantir o correto estado dos equipamentos e instalações elétricas. Tudo isso garante e evita o risco de descargas elétricas e choques.

O risco de incêndio está sempre presente e, por isso, todas as seções da área deveriam ser equipadas com extintores, preferencialmente, em pó ou gás, para evitar um maior dano aos equipamentos.

Principalmente nos laboratórios de análise clínica e patologia, o risco de lesão por alguma substância química é elevado, por isso, terá que ser equipadas com chuveiros de alta pressão para limpar, mecanicamente, o acidentado e ter ao alcance substâncias alcalinas ou ácidas para desativar os produtos que causem o acidente.

A prevenção de infecções é a preocupação mais importante do trabalhador destas áreas. Por este motivo é necessário que se siga ao pé-da-letra o procedimento estabelecido para cada caso particular; os encarregados de tomar amostras e processá-las devem conhecer o diagnóstico de cada paciente e usar as proteções necessárias.

O risco radiológico demanda um cuidado especial e especializado, que se inicia com o treinamento, informação e equipamento para a proteção radiológica do trabalhador, e o estabelecimento de um programa de segurança que estabeleça como supervisionar e avaliar a aplicação correta dos procedimentos e o uso dos equipamentos de proteção. Neste programa, é fundamental diminuir o risco dos pacientes, por isso, se deve assegurar que as explorações solicitadas são adequadas para confirmar um diagnóstico. Toda solicitação de exploração implica uma exposição radiológica que deve conter informação clínica suficiente para que o especialista possa selecionar e aplicar o procedimento ou a técnica que considere mais adequada para estabelecer o diagnóstico e analisar, previamente, se o benefício esperado compensa o risco que acarreta para o paciente a exposição radiológica.<sup>9</sup>

### **A gestão de serviços gerais**

O volume de unidades de processo transformou a lavanderia, a cozinha e o fornecimento do hospital em serviços industriais e isso complicou sua organização e gestão.

## Lavanderia e rouparia

Nas décadas de sessenta e setenta, as melhores condições econômicas e o maior acesso à tecnologia industrial permitiu aos países da Região dispor de lavadoras industriais de grande capacidade, centrifugas de secagem, tábuas de passar roupas e máquinas de costurar em seus hospitais. Assim, o pessoal do serviço aceitou com satisfação a introdução do maquinário, já que nele encontrou uma ajuda à dura tarefa. Atualmente, a atividade efetuada com estes equipamentos é distribuída no recolhimento, na separação das roupas de acordo com o ciclo de lavagem, na passagem das roupas de um processo a outro, na acomodação, na distribuição dos serviços, no controle e no registro. Com estas novas atividades, o número de vagas necessárias para o serviço diminuiu consideravelmente. Por outro lado, o crescimento do mercado da roupa confeccionada a menor custo do que a fabricada pelo hospital é muito atraente e está substituindo as costureiras e reduzindo seu trabalho para realização de reparos menores.

Com o passar do tempo, duas circunstâncias mudaram, radicalmente, o bom andamento deste serviço. Por um lado, o desgaste dos equipamentos, sua manutenção inadequada e a falta de previsão para renová-los explicam que permaneçam inativos durante muito tempo. Ainda que persistissem os trabalhos de lavanderia, o número de vagas de trabalho reduziu-se notavelmente. Por outro lado, o esquema de compra era inadequado e nele o preço era o fator preponderante na tomada de decisões. Diante desta situação, os fabricantes sacrificaram a qualidade dos tecidos utilizados em troca de poder oferecer melhores preços, mas a vida útil das roupas foi reduzida consideravelmente. As conseqüências desta situação obrigaram a reduzir o número de leitos e a cancelar intervenções cirúrgicas por falta de lençóis e campos cirúrgicos. Não obstante, os hospitais que previram a renovação tecnológica de seus equipamentos industriais capacitaram seu pessoal, vigiaram a qualidade dos materiais do roupeiro e, atualmente, contam com um serviço que opera, eficiente e oportunamente, mediante a aplicação de modelos de gestão tradicionais, e, inclusive, são capazes de vender serviços a terceiros. Um exemplo disso o constitui o Hospital de Quillota do Chile.

Neste âmbito, deve-se examinar, criticamente, as tendências atuais. A externalização não se pode aplicar como um dogma e cada hospital deverá examinar a conveniência de terceirizar ou não os serviços de lavanderia e outros serviços de apoio. A chave consiste em analisar a infra-estrutura disponível e o seu uso alternativo, a disponibilidade para liberar ou mudar o recurso humano, o custo unitário de produção ou a situação do mercado local.

A contratação externa do serviço converteu-se em uma solução alternativa para muitos hospitais, ainda que não escape a muitos dos inconvenientes mencionados. A circunstância de que o processo de lavagem seja executado fora do hospital dificulta seu controle e supervisão; por isso, não é estranho observar, por exemplo, conflitos provocados por descumprimentos ou mudanças nas roupas. Uma alternativa cada vez mais utilizada é o uso de roupas descartáveis, mesmo que tenha o inconveniente do seu alto custo e baixa disponibilidade no mercado.

Ter alternativas sempre simplifica, em alguma medida, a gestão e, com isso, aumenta as possibilidades de se alcançar os objetivos fixados. A análise da situação deste serviço em cada unidade do hospital e o conhecimento profundo das condições do mercado externo dos serviços de lavanderia permitiria, sobre a base de suas fraquezas e fortalezas, decidir se convém externalizar ou não este serviço. Alguns hospitais têm optado por combinar estas alternativas, conservando o processo de algumas roupas, contratando, externamente, o processo de outras e usando alguns materiais descartáveis.

## A alimentação

Da mesma forma que a lavanderia foi transformada em um serviço industrial, o serviço de alimentação do hospital também o foi. A organização atual do hospital para desenvolver a função alimentar encara complicações que, em muitas ocasiões, põe em dúvida este serviço com relação aos objetivos do hospital. Para qualquer diretor, este serviço desempenha um papel auxiliar no tratamento dos enfermos e agiliza a pronta recuperação daqueles que padecem problemas nutricionais. Para outros, trata-se de um serviço de apoio, que deveria ser mais agradável, na medida do possível, a permanência do enfermo e a cumprir uma prestação trabalhista.

Independentemente de sua posição na organização do hospital, o serviço de alimentação deve cumprir as funções de auxiliar no tratamento, apoiar o restabelecimento dos enfermos e alimentar, quando assim se tenha acordado com o pessoal do hospital. Para isso, a gestão deve criar as condições adequadas para desempenharem estas funções e atender às necessidades dos clientes de cada uma delas. Satisfazer às demandas dos médicos relativas à nutrição dos pacientes exige que a gerência lhes dê a devida atenção. As vias de comunicação devem estar sempre abertas; as instruções têm que ser claras; e as atividades têm que ser coordenadas muito bem. Os nutricionistas e os cozinheiros têm que estar conscientes de que desempenham um papel auxiliar no tratamento do enfermo e o serviço de enfermagem deve vigiar, a todo momento, que as instruções do médico se cumpram. A alimentação dos pacientes que precisam de dietas especiais deve-se aplicar com o mesmo cuidado e vigiando os equilíbrios calóricos e nutricionais. A apresentação, a temperatura e a diversidade no menu são aspectos que deverão ser levados em conta.

Na alimentação do pessoal sempre é de muita ajuda que participem alguns de seus membros na elaboração do menu, a definição de quantidades e a composição da comidas e os horários. As medidas de higiene sempre devem ser cumpridas estritamente, desde a higiene pessoal e dos utensílios até a dos alimentos, desde o momento de sua recepção (aparência física, embalagem, volumes, etc). É conveniente que os alimentos não-percíveis sejam controlados pouco antes de utilizá-los.

Os apoios externos na gestão deste serviço adotam diversas modalidades. Há quem adquira alimentos congelados semiprocessados, que facilitam as tarefas de cozinha. Outros contratam o fornecimento de porções alimentares empacotadas, o que permite prescindir da cozinha geral e somente exige dispor de pequenas zonas periféricas para esquentar as porções antes de serem servidas. Outras modalidades incluem a contratação de empresas externas que realizam todas as tarefas e o hospital somente tem que supervisionar, controlar e avaliar o serviço. Para os trabalhadores, pode-se contratar cozinhas e copas externos (por meio de tiquetes de alimentação), mesmo que isto apresente o inconveniente de que o pessoal deve sair do hospital para comer.

Os esquemas de avaliação, tradicionalmente, utilizados para este serviço baseiam-se no número de porções que se geram e distribuem, seu custo e, em algumas ocasiões, sua oportunidade, deixando em segundo plano a opinião e a avaliação dos clientes. É recomendado que o modelo de avaliação contenha informação sobre o cumprimento dos procedimentos e a satisfação dos clientes (médicos, especialistas, pessoal e pacientes). Esta informação permitirá aos que tomam decisões valorizar com maior conhecimento de causa qualquer modificação que se deva introduzir na gestão.

Um aspecto importante da satisfação do cliente é responder a sua necessidade de informação. Os pacientes, o pessoal do hospital e os médicos percebem melhor as situações quando são informados. Ações como adicionar à bandeja do paciente informação sobre o conteúdo calórico e nutricional da porção alimentar que está sendo servida costuma dar bons resultados.

## Transporte

Para transportar objetos e pessoas em situações tão diversas como as que se produzem no hospital, com frequência, utilizam-se os mesmos veículos, mesmo que, com frequência, não estejam devidamente conservados. No Chile, por exemplo, nos últimos anos, tem-se pretendido especializar e centralizar algumas funções de transporte. Assim, nas cidades mais importantes tem-se criado serviços centrais de resgate que concentram em rede o grosso do transporte das pessoas em situação crítica, o que antes era feito por cada hospital ineficientemente e de forma independente. Isto tem permitido que os serviços de apoio hospitalar para transporte estejam diversificando e especializando as tarefas de transporte. Isto também abre a possibilidade de externalizar este serviço de apoio, o que dependerá, entre outras coisas, da avaliação de cada realidade local.

## O cuidado da casa

Um âmbito de grande importância no apoio aos trabalhos hospitalares e que, geralmente, produz grande frustração e incômodos nas pessoas tem a ver com o *cuidado da casa*, ou seja, com a manutenção geral de aspectos domésticos como: conserto de um abajur, pintura, iluminação, cristaleira, mobília, etc. Tudo isso relaciona-se com a capacidade do estabelecimento de realizar uma manutenção preventiva da rede elétrica, da água, do gás, dos elevadores, etc.

Freqüentemente, o pessoal é afetado mais pela preguiça e os erros organizativos nesse âmbito do que pelas dificuldades para consertar e manter equipamentos. Para evitar este problema, o hospital pode organizar a manutenção interna ou contratá-la externamente, situação que se deverá avaliar conforme a realidade local. De todas as formas, geralmente o pessoal pode entender que, em tempos de crise, a administração não tem recursos para consertar um *scanner*, mas ninguém vai aceitar que uma torneira esteja pingando mais de uma semana e não seja consertada por ninguém.

## Fornecimentos essenciais

A disponibilidade de água, água aquecida, vapor, ar comprimido, calefação, refrigeração central, gás propano, gases medicinais, eletricidade, óleo diesel ou gasolina é essencial para que possam ser realizadas as tarefas hospitalares. A geração contínua e útil destes elementos costuma ser aplicada na seção de máquinas do hospital. Este lugar pouco conhecido por alguns diretores, gerentes e boa parte do pessoal do hospital é um complexo surpreendente de engenharia pela diversidade de elementos que deve oferecer: encanamento, rede elétrica, caldeiras, refrigeração, gás, etc. A segurança destas áreas é complexa e vital para o hospital e requer pessoal profissional e técnico especializado e um programa específico de manutenção.

Os problemas que aparecem neste serviço costumam derivar da falta de manutenção preventiva, a improvisação do pessoal para sua operação e a falta de previsão na renovação de seus componentes. A primeira causa aumenta o risco de acidentes, a possibilidade de interrupção da oferta de alguns dos elementos e provoca custosas perdas por ineficiência da maquinaria. A improvisação do pessoal é uma ação grave que pode pôr em perigo a vida do pessoal de manutenção, a integridade dos equipamentos e, por conseguinte, do hospital.

A obsolescência dos equipamentos reduz a eficiência do maquinário, aumenta o consumo de combustível e a poluição do meio ambiente. É importante destacar que a capacidade dos equipamentos é calculada sobre a base de estimativas do consumo de acordo com o uso previsto em cada área.

As decisões de incorporarem novos equipamentos aos serviços ou de mudar sua localização devem ser consultadas previamente com o engenheiro especialista, a fim de que este informe a factibilidade de aplicar as mudanças previstas ou indique as modificações e as adaptações que se devem realizar para que os equipamentos e o serviço funcionem corretamente. A contratação externa de manutenção e o funcionamento desta seção do hospital deve considerar seriamente o primeiro sinal que se produza de que uma operação é incorreta ou deficiente. O pessoal e o equipamento desta área devem estar assegurados com apólices amplas que cubram todas as possibilidades de acidente. As medidas de proteção têm que ser obrigatórias, supervisionadas permanentemente e contar com o equipamento necessário para dar os primeiros socorros, apesar de se encontrarem no mesmo hospital. Os hospitais que têm desatendido estas funções terão que incorporá-las ou atualizá-las em curto prazo.

### **A gestão da atenção ao paciente**

A gestão da atenção ao paciente está relacionada com âmbitos muito diversos que devem estar concatenados: a gestão das consultas ou a agenda assistencial, a gestão da ficha clínica e a gestão da atenção ao usuário.

A unidade de admissão deve participar na recepção dos pacientes, na gestão da agenda médica ambulatoria, na designação de leitos, nas transferências para outros estabelecimentos, nas altas e transferências para outros dispositivos em coordenação com a rede assistencial, na gestão das transferências intra-hospitalares e na gestão da agenda cirúrgica. Além disso, tem um papel fundamental na geração de informação estatística; geralmente, colabora em tarefas de informação ao usuário e deve coordenar seu trabalho estreitamente com unidades, tais como: arquivo de fichas clínicas, arrecadação e finanças e unidades, especializadas de atenção ao usuário. Na gestão do paciente, é chave a introdução constante de métodos de melhoria da qualidade, já que a fluidez de seus processos dependerá, em grande medida, de eficiência dos processos clínicos principais. Na maioria das vezes, os processos de admissão se superpõem a processos relacionados com o faturamento do próprio paciente, da seguridade social ou das entidades privadas de financiamento. Da devida coordenação desses processos depende que sejam introduzidas melhorias, como as *janelas únicas*, o pessoal multifuncional, etc.

A unidade de arquivo não somente se deve encarregar da ficha clínica, mas de participar na gestão de seus fluxos, preservar a informação confidencial, bem como propiciar a melhoria contínua do instrumento e dos processos de auditoria. As tecnologias da informação estão miniaturizando o arquivo de informação e melhorando a eficiência do registro da atividade clínica, mesmo que, simultaneamente, estejam aumentando os problemas relacionados com o uso confidencial desta informação.

### **A gestão da atenção ao usuário**

É importante lembrar que o principal cliente (o usuário) não desfruta do privilegio de estar ingressado em um hospital: seus amigos e familiares prefeririam estar com ele em outro lugar, e ele percebe sua permanência no hospital como uma obrigação imposta por sua enfermidade. As circunstâncias em que se produz a relação entre o paciente e o pessoal do hospital não são sempre as mais favoráveis. A atenção médica de grande qualidade profissional que se dá no hospital para restituir a saúde do enfermo não se deve ver prejudicada pela falta de previsão e interesse nos demais serviços que o hospital oferece para que a permanência do paciente e dos seus familiares seja agradável.

Com maior frequência, os hospitais em países desenvolvidos analisam a possibilidade de incorporar novos serviços de apoio para que o paciente sinta sua permanência o menos desconfortável possível. Por mencionar um exemplo, cabe destacar, em primeiro lugar, o serviço de transporte. Dispor de serviços de ambulâncias para pacientes em estado crítico ou para deficientes físicos sempre modifica, favoravelmente, a percepção que possam ter do hospital. Isto implica que o estado dos veículos seja adequado para a função que realizam. Porém, as possibilidades do serviço não terminam nas ambulâncias: o transporte público que facilita a chegada de pacientes ambulatoriais ou visitantes é um aspecto que deve ser considerado devido à importância do hospital para a comunidade. Sempre convém estabelecer convênios e acordos com as autoridades para que sejam habilitadas vias de transporte público que comuniquem toda a área geográfica da localidade com o hospital, um aspecto que não somente beneficia a pacientes ambulatoriais, senão também aos trabalhadores e aos visitantes, e constitui um elemento importante da acessibilidade da população aos serviços do hospital.

Outro serviço importante é o estacionamento público para automóveis de visitantes. Mesmo que em muitos hospitais antigos não tenha sido planejada a criação de um espaço físico com este fim, todos os hospitais modernos devem dispor dele; os que não contêm estacionamento terão que construí-lo em médio prazo.

O paciente também deve ficar satisfeito em sua necessidade de comunicação com o exterior, de lazer e informação, mediante a instalação de telefones, rádios e televisores nos quartos. Os televisores também podem ser aproveitados para informá-los, por meio de vídeos documentais ou, na falta, de cartilhas informativas, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que vão ser submetidos no hospital.

Os visitantes e familiares, mesmo que entendam que há momentos em que não convém estar perto do paciente, sempre o desejam. Nos hospitais públicos do Chile, por exemplo, há alguns anos, somente eram permitidas visitas duas vezes durante a semana e por poucas horas. Esta norma tem mudado radicalmente e, por exemplo, no hospital de crianças Luis Calvo Mackenna<sup>10</sup> se criou, em 1995, um serviço de apoio chamado de *atenção ao cliente*. Esta unidade, que inclui escritórios de informação, tem-se preocupado por orientar as pessoas, dispor de instrumentos para obter sua opinião e receber sugestões dos usuários e, conjuntamente com a seção de enfermagem, desenhou e implantou um projeto denominado *hospital aberto e amável*, que inclui protocolos de capacitação dos pais, e especialmente das mães, para que a visita transforme-se em uma permanência de colaboração na qual a mãe assume parte dos cuidados da criança. Trata-se de um *contrato escrito*, desenhado por enfermeiras, no qual se estipulam os deveres e direitos dos familiares, que estes assinam quando uma criança é ingressada. Paralelamente, a seção de enfermagem do hospital, como atividade incluída nas ações do Conselho de Qualidade do hospital, tem desenvolvido iniciativas dirigidas a diminuir a percepção de que o hospital é um lugar pouco amável. Nessa linha, encontram-se, entre muitos outros, os projetos de arte no hospital, que têm permitido encher de cores e formas salas e corredores; o projeto de *zoológico móvel*, que permite a grupos de voluntários levar mascotes às crianças internadas, o projeto *conta contos*, por meio do qual grupos de voluntárias lêem contos para crianças; o projeto *biblioteca do hospital*; ou, por citar um último exemplo, a construção de uma escola autorizada pelo Ministério da Educação, que conte com professores de ensinos básico e médio.

Junto com os aspectos já mencionados, a gestão integral do paciente deve-se preocupar também com os seguintes âmbitos:

- Desenvolver capacidades para que o hospital possa dar apoio de caráter social ao paciente e a sua família, para garantir a continuidade do tratamento; preocupar-se com a reinserção do paciente em sua comunidade e com a existência de redes de apoio local que possam seguir apoiando o paciente e a sua família.
- Desenvolver capacidades na organização para dar apoio ao paciente e sua família, de caráter psicológico e espiritual, respeitando a cultura e as crenças de todos.
- Desenvolver capacidades na organização de pacientes em entidades comunitárias, tais como: os equipamentos de pacientes, os clubes de pacientes crônicos ou as associações de pacientes ou familiares que desejarem continuar ligado com o hospital para apoiar outros pacientes ou suas famílias. Estas organizações são muito efetivas em atividades como: colaborar na continuidade dos tratamentos, desenvolver novos hábitos e costumes ou manter atitudes solidárias e estabelecer nexos entre hospital e comunidade.
- Desenvolver capacidades na organização para (por intermédio de escritórios de atenção ao público, correio ou pesquisas): obter reclamações e sugestões dos pacientes e seus familiares e transformar os dados obtidos em informação útil para a gestão, especialmente no âmbito da qualidade.

Todas estas capacidades podem ser desenvolvidas por meio de unidades especializadas, tais como: os serviços de atenção ao usuário ou às unidades similares. Frequentemente, todas elas estão presentes em diferentes pessoas e unidades do hospital. Por isso, é, sumamente importante coordenar e unificar seus objetivos.

## Conclusões

Os hospitais, por serem empresas sociais de grande e crescente complexidade tecnológica e de intensivo uso de recursos humanos cada vez mais qualificados, devem tomar decisões estratégicas sobre a forma de melhorar a produtividade e a qualidade em suas áreas principais de produção. Para isso, devem concentrar suas energias no *giro central do negócio hospitalar*, isto é, a gestão clínica. Neste sentido, cada vez há mais interesse em explorar como, com quem e onde obter produtos intermediários com rendimentos em eficiência e qualidade. Na gestão dos processos que geram estes produtos intermediários essenciais para os clínicos, surgem diferentes alternativas e instrumentos, tais como: a terceirização ou as parcerias com outros estabelecimentos ou em rede, dirigidos a trabalhar ou a negociar em conjunto e a obter vantagens em volumes, preços e qualidade. Todas estas modalidades têm que ser analisadas cuidadosa, crítica e pragmaticamente. Sempre frente a cada solução deve-se ter uma alternativa contrária para assim poder avaliar a possibilidade de explorar economias de escala, tomando este tipo de decisão.

Por outro lado, surge a necessidade, também estratégica, de gerar ou reforçar unidades especializadas de apoio em âmbitos novos, tais como: a gestão do risco hospitalar e a atenção ao usuário em um contexto mais amplo da gestão da atenção do paciente.

Na filosofia da gestão clínica e com objetivo de terminar com a brecha existente entre clínica e administração, o líder ou o gestor clínico deve conhecer e ter responsabilidade sobre o processo completo e participar nos processos intermediários dos quais é cliente. A gestão dos serviços de apoio à gestão clínica não tem que continuar sendo uma chatice para a direção e a administração do hospital. Se os hospitais do futuro desejam mudar sua imagem atual e completar a qualidade já alcançada pelos serviços médicos profissionais, encontrarão nos serviços de apoio um aliado útil na tarefa de conseguir que o hospital do presente antecipe, na prática, o que para todos deve ser o hospital do futuro.

## Bibliografía

- 1 Departamento de Sanidad, Servicio de Salud Vasco. *Gestión clínica*. Vitoria: Departamento de Sanidad, Servicio de Salud Vasco, 1997.
- 2 Vielmas J. *Gestión clínica*. Santiago de Chile: Ministerio da Salud, Unidad de Gestión de Servicios; 2001.
- 3 Waker D. *El cliente es lo primero*. Madrid: Díaz Santos; 1991.
- 4 Durand-Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C. *An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France*. Br Med J 1997; 315: 943-946.
- 5 Ackoff R. *Planificación de la empresa del futuro*. México, DF: Limusa; 2000.
- 6 Diario Oficial de la Federación. *Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público*. Primera sección. México, 4 de enero de 2000.
- 7 Cruz ML. *Principios generales de compras*. México, DF: Continental S.A. de C.V.; 1986.
- 8 Secretaría de Salud de México. *Norma Oficial Mexicana para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica*. México, DF: Secretaría de Salud de México; 1995.
- 9 Verdejo M. *Programa nacional de protección radiológica en el diagnóstico médico con rayos X*. México, DF: Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- 10 Artaza O, Cabello X, Cortés V. *Hospital Luis Calvo Mackenna: la calidad y la satisfacción usuaria, pilares estratégicos del cambio*. Cuad Méd Soc 1997; 38:41- 47.

ISBN 85-87943-36-7

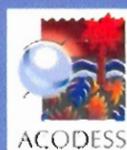


**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**

Exatidão Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde



MINISTÈRE DES AFFAIRES  
ÉTRANGÈRES



Com a cooperação técnica da Associação  
de Cooperação para o Desenvolvimento  
dos Serviços de Saúde

**Ministério  
da Saúde**

