

Segredos e impasses na gestão de um hospital público

Secrets and impasses in a public hospital management

Gastão Wagner de Sousa Campos¹, Susana Maria Moreira Rates²

RESUMO

Este trabalho traz uma breve análise dos modelos tradicionais dos hospitais públicos de urgência que, em geral, organizam a gestão e os processos de trabalho de forma centralizadora e por funções. Ressalta problemas comuns a esses hospitais, como a superlotação das urgências e a deficiência de vínculos, seja internamente, seja de um ponto de vista mais macro como o da sua interação em rede. A partir daí, insere diretrizes sobre uma nova forma de gestão que estimula organizações horizontais com Unidades de Produção e definição clara de responsabilidades das equipes de referência e de apoio matricial. O objetivo é estimular um debate sobre um modelo que busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), o estabelecimento de novas relações e compromissos e a integralidade da rede.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde; Administração Hospitalar; Hospitais Públicos; Hospitais de Emergência; Serviço Hospitalar de Emergência; Serviços Médicos de Emergência.

¹ Médico. Professor doutor titular da UNICAMP/SP
² Médica especialista em Administração Hospitalar. Superintendente do HOB

ABSTRACT

This work provides a brief analysis of traditional models of public hospitals of urgency that, in general, organizes the management and working processes in a manner and by centralizing functions. It pointed to common problems such as overcrowding in hospital emergency and deficiency of ties, either internally is a more macro as the interaction of its network. From there, insert guidelines on a new form of government that encourages organizations with horizontal production units and clear definition of responsibilities of the teams of reference and support matrix. The goal is to stimulate a debate on a model that seeks to expand capacity for analysis and intervention of the subjects (managers, workers and users) the establishment of new relationships and commitments and completeness of the network.

Key words: Health Management; Hospital Administration; Hospitals, Public; Hospitals, Packaged; Emergency Service, Hospital; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

Muitos desafios se apresentam para a organização da assistência à saúde com resultados eficazes e eficientes. Mas que resultados são estes? Sob qual ótica essa eficiência é avaliada? Do gestor? Do trabalhador? E o usuário, como participa dessa avaliação?

Os hospitais modernos, ainda que com seus conhecimentos técnicos, científicos e tecnológicos, trazem desafios organizacionais da assistência e do ensino acrescidos da crescente necessidade de financiamento.¹

Instituição:
Hospital Municipal Odilon Behrens / HOB - Superintendência

Endereço para correspondência:
Suzana Maria Moreira Rates
Rua: Formiga, 50 - Bairro: São Cristóvão
Belo Horizonte - MG
CEP: 31110-430

A superlotação das urgências é um problema comum a muitos prontos-socorros. Um estudo desenvolvido por O'Dwyer *et al.*² analisou nove hospitais com prontos-socorros e constatou que o problema de superlotação era comum. As causas dessa superlotação são a facilidade de acesso geográfico e baixa resolutividade da atenção básica.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2006, são 7.155 os estabelecimentos com internação (incluindo públicos e privados) que possuem unidades de urgência. Em Belo Horizonte, a produção de consultas de urgências realizadas todos os anos equivale ao atendimento de 36% do total de sua população.³

Muitos usuários buscam nos serviços de urgência acesso à atenção especializada e às tecnologias médicas. A incorporação tecnológica e de especialidades trouxe grande potencial de resolutividade para a assistência.⁴ Esse crescimento da oferta de equipamentos médicos no País não acontece de forma uniforme pelas diferentes regiões³. As regiões Norte e Nordeste apresentam índices inferiores à média nacional, a região Sudeste acima e as regiões Sul e Centro-Oeste próximas da média nacional.³

Outras causas destacadas no estudo de O'Dwyer *et al.*² dizem respeito à diversidade de vínculos dos trabalhadores (alguns temporários), à insuficiência de financiamento, ao gerenciamento precário de recursos e planejamento.

As dificuldades para internações de pacientes, pela insuficiência de leitos de alta complexidade ou para pacientes crônicos, é outra questão abordada. O IBGE salienta redução de 18,6% de leitos hospitalares de 1992 até 2005 no Brasil.³

É uma tendência mundial que os hospitais assumam cada vez mais a responsabilidade por pacientes críticos e complexos⁵. A idéia do hospital como centro de cuidados faz parte do passado, ainda que seja comum a dificuldade para “desospitalizar” moradores de rua, idosos solitários, portadores de necessidades especiais, entre outros. É fato que muitos países têm investido em programas de cuidados domiciliares que, além de mais baixos custos, possibilitam maior inserção do paciente no seu ambiente familiar.

Não é possível, atualmente, pensar um hospital como definidor de sua própria missão, seja por questões de mercado, seja pela idéia de integração em redes. Na lógica da integralidade em redes, o hospital torna-se referência para unidades de menor complexidade ou interage com outros hospitais para

potencializar a capacidade dessa rede.

Quanto ao modelo de gestão, o que se vê, em geral, são organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, com um diretor geral e o corpo clínico organizado em departamentos.¹

A assistência é impessoal e fragmentada. Essa fragmentação já é verificada pela organização das jornadas de trabalho dos profissionais e se dá, de maneira geral, por plantões de 12 horas. O usuário não consegue saber quem é o responsável pelo seu cuidado.⁶ O paciente é avaliado cada dia por um médico, um enfermeiro e técnicos diferentes e, até em um mesmo plantão, é comum que diferentes médicos o avaliem.

Se considerarmos um hospital de maior porte, com diferentes especialidades, essa situação pode ser ainda mais crítica. A indefinição de responsabilidades e vínculos dos pacientes com os profissionais propicia o retrabalho, o aumento de solicitações de exames e de solicitações de interconsultas que - pela forma burocrática e desvinculada entre os profissionais que as solicitam e aqueles que as realizam - só atrasam o diagnóstico e a terapêutica.

Um serviço de saúde organizado exclusivamente no poder dos profissionais e sem estabelecimento de vínculos tende a gerar descompromisso, fragmentação do trabalho, insatisfação dos trabalhadores e não são potentes para enxergar a singularidade dos sujeitos e estabelecer a integralidade da assistência. Essa organização do trabalho em hospitais de urgência nem sempre possibilita assegurar a reabilitação da saúde do usuário e provoca alienação aos profissionais da saúde que não vislumbram os resultados do seu trabalho.

Três são as corporações com maior representação nos hospitais: a dos médicos, a da enfermagem e a do corpo administrativo.

Geralmente, a dos médicos representa o poder central que busca, segundo Cecílio⁷: “uma relação de autonomia em relação à organização, rejeitando qualquer processo gerencial que coloque em risco seu *statu quo*”. Ainda segundo Cecílio:

O corpo médico funciona como cliente do hospital, no sentido de que vê tanto a enfermagem como o corpo administrativo como fornecedores de insumo para seu trabalho.

As enfermeiras são as gerentes efetivas das unidades assistenciais, embora as “chefias” sejam, em geral, os médicos. E o corpo administrativo que detém os recursos estratégicos para o cotidiano da vida da organização.

Não se pode negar os conflitos advindos dos interesses e poderes diferenciados e a conseqüente fragmentação da assistência ainda que, contraditoriamente, todas as categorias defendam a missão de prestar assistência humanizada e de qualidade.

Lembrando Benevides e Passos⁸: “transformar o modo de construir políticas públicas impõe o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo”.

CONSTRUINDO UM NOVO MODO DE GESTÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) tem por objetivo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, norteados por valores como a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.⁹

Em geral, organizações estruturadas por função apresentam dificuldades para atender às necessidades dos usuários. Já a abordagem de construção do trabalho por processos, permeados pelos apoios administrativos e logísticos, potencializam resultados mais eficientes, no caso, a promoção à saúde.

A co-gestão privilegia organizações horizontais com Unidades de Produção e definição clara de responsabilidades das equipes de referência e de apoio matricial.

A co-gestão amplia a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos → co-produção → estabelecimento de novas relações com contratos de metas → contratos de gestão.

Unidade de Produção é o espaço onde o processo de trabalho é construído e desenvolvido por equipes multiprofissionais e não mais por um agrupamento de profissionais e pode mudar positivamente os resultados para os usuários e melhorar a satisfação dos trabalhadores que passam a enxergar os frutos do seu trabalho. A estruturação dessas e o estabelecimento de equipes de referência facilitam a reorganização dos processos de trabalho, da lógica gerencial e a pactuação pelos diferentes atores.

Equipes de referências passam a se responsabilizar pelo cuidado integral ao doente, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos onde o olhar de cada membro da equipe possibilita ampliar as visões do sujeito e seu projeto terapêutico.⁹ Ou seja, todo usuário passa a ter um profissional (ou

equipe) de referência a quem se dirigir, ante suas demandas, como afirma Onocko¹⁰.

Segundo Campos e Domitti¹¹:

A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” [...] “Que objetiva produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões” e [...] pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na autonomia dos usuários.

As equipes de referência contam com o suporte das equipes de apoio matriciais, também organizadas em jornadas diárias, responsáveis pelo suporte técnico-pedagógico. De forma compartilhada, as equipes estabelecem diretrizes clínicas que passam a nortear o trabalho e definir responsabilidades de cada integrante das equipes. Segundo Campos¹², o apoio matricial tem um núcleo distinto daquele dos profissionais de referência; deve agregar conhecimentos e aumentar a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde.

A definição das equipes de referência possibilita a ampliação da clínica propondo uma mudança de paradigma para além da tradicional terapêutica com fármacos. Um novo conceito, que combine a objetividade da clínica e da epidemiologia com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades.

Campos¹³ avalia que a clínica ampliada reconhece os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e busca outros conhecimentos em diferentes setores (intersetorialidade), combina semiologia e indicadores de risco, de morbidade e mortalidade com escuta à demanda dos sujeitos; amplia diagnóstico e terapêutica da racionalidade clínica considerando interesses e desejos dos usuários; busca a autonomia do sujeito. Autonomia como capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e no contexto no qual se insere.

Mattos¹⁴ traduz como integralidade a capacidade de resposta que a organização dos serviços de saúde deve ter na abordagem não só das doenças, mas também de perceber as necessidades da população atendida.

Sem dúvida, reconhecer o que o usuário, ainda que subjetivamente, considera como o necessário para o restabelecimento ou promoção de sua saúde, pode parecer simples, mas algumas vezes incompreensíveis para a equipe, seja pelas diferenças culturais, religiosas, raciais, políticas de cada um ou pela formação centrada exclusivamente nos conhecimen-

tos técnicos. O reconhecimento dos diferentes saberes técnicos pela equipe, por si só, já é um grande desafio. Porém, a falta de uma área de intersubjetividade nos grupos, como Onocko¹⁰ ressalta, coloca toda a responsabilidade dos acertos e desacertos no outro. Isto é ainda uma questão freqüente. Por isso, a necessidade de estabelecer contratos.

Campos¹⁵ propõe uma metodologia para esses acertos: o Método da Roda. Esta nova racionalidade na gestão de coletivos reconhece a multiplicidade de lógicas e procura lidar com esta polaridade dos coletivos, tomando os trabalhadores como “sujeitos sociais”. A gestão participativa cria uma rede de espaços coletivos para a co-gestão do trabalho em saúde: conselhos, colegiados, etc. Sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes com capacidade de construir um pensar e agir coletivo capazes de enfrentamento de conflitos com pactuações de compromissos.

Os contratos indicam caminhos para co-construir as relações entre os trabalhadores e as instituições, apesar de diferenças de interesses e ideologias que possam existir. São construídos por meio de processos de co-gestão e da prática política tomada em sentido amplo, com pactuação de compromissos e definição de metas.

CONCLUSÕES

Os desafios que se apresentam para aqueles que buscam para a organização da assistência à saúde com resultados eficazes e eficientes são gigantescos.

Do ponto de vista de sua organização interna, os hospitais com desenhos mais verticais e centralizadores não estimulam a capacidade de construir um pensar e agir coletivo com cada uma das pessoas envolvidas e inseridas no processo social, político e subjetivo. Tendem a trabalhar com os interesses individuais e desconsideram os desejos, desautorizam iniciativas não previsíveis.

A co-gestão convida os grupos à reflexão: críticas generosas para mudanças inevitáveis. Desenvolve mais capacidade reflexiva, mais capacidade de interferir sobre os fatores estruturados externos e internos (culturais, familiares, de personalidade e de caráter).

A organização em Unidades de Produção e a composição das equipes possibilitam o desenvolvimento do planejamento e pactuação de metas a partir de contratos internos de gestão.

A clínica ampliada, nos seus aspectos mais amplos, propõe construções de projetos terapêuticos singulares

que valorizem os saberes dos profissionais (equipes) e também do usuário. O reconhecimento e respeito pelos conhecimentos do usuário e o encontro harmonioso dos saberes das diferentes categorias profissionais, atividades aparentemente simples, exigem disponibilidade para o repensar e recriação de toda a clínica.

O que não podemos é incorrer no erro de estabelecer uma forma única de implementação dessa organização, co-gestão, sem considerar as especificidades regionais e locais dos diferentes hospitais de urgências e emergências.

Também não se resolve o problema das urgências rotulando o paciente de menos gravidade como “inadequado ao serviço de urgência”, tendo como única ação “encaminhá-lo” para outra unidade. Os hospitais assumem importante papel no desenho da rede. O caminho que se vislumbra é o da construção coletiva que potencialize a integralidade da rede com pactuações claras e transparentes para o objetivo maior que é a produção de saúde e vida.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves EL. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do Hospital Moderno: sua ordenação. In: Gonçalves EL, organizador. O Hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira; 1983. p.3-17
2. O'Dwyer G, Oliveira SP, De Seta MH Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(5):1637-48.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Caderno de Estatísticas do IBGE. Brasília: IBGE; 2006.
4. Teixeira JMC. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: Gonçalves EL, organizador. O Hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira; 1983. p.19-51.
5. Silva KL. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005; 39 (3): 391-7.
6. Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? 10. In: Merhy EE, Oncko R. organizadores. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.10, p.321-39.
7. Cecílio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE, Oncko R. organizadores. Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. cap.9, p.293-319
8. Benevides R, Passos E. Humanização na Saúde: um novo modismo? Interface Com Saúde Educ. 2005; 9(17): 389-406.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha-Equipe de referência e apoio matricial. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Brasília: Editora MS; 2004.
10. Onocko R, Campos GWS. A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Planejamento e Razão Instrumental

- tal. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p.122-49.
11. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.
 12. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. v.1, p.197-9
 13. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2):393-404.
 14. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde na atenção e no cuidado à saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERG- CEPESC- Abrasco; 2006.
 15. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos, São Paulo: Hucitec; 2000.
-