

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARIA DO CARMO DE SOUZA MOTA AVELAR GOMES**

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CENTRO CIRÚRGICO  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE  
2009**

**MARIA DO CARMO DE SOUZA MOTA AVELAR GOMES**

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CENTRO CIRÚRGICO  
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Marília Alves

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Carla Aparecida Spagnol

**BELO HORIZONTE**

**2009**

*Dedico este trabalho aos meus pais, Bento e Edna (sempre presente),  
como parte da herança de quem me permitiu sonhar,  
além do que parecia ser possível.*

## AGRADECIMENTOS

Foram muitas as ocasiões em que pensei que não conseguiria. Nestes momentos, de um tempo que por vezes pareceu tão longo, algumas pessoas foram fundamentais para que eu prosseguisse. A elas a minha gratidão.

À professora Marília Alves por ter tido mais fé em mim do que eu mesma e ter me acolhido com carinho e orientado com maestria.

Aos meus filhos Sara e Guilherme, por acreditarem que eu sou capaz e me apoiarem, sempre.

Ao meu marido Antonio Carlos, por permanecer comigo todas as vezes que eu o deixei só.

À professora Carla Spagnol, pela pronta disponibilidade em me acompanhar neste difícil caminho da pesquisa.

À diretoria hospital onde trabalho, o HC-UFMG, que facultou minha participação no mestrado, possibilitando experiências enriquecedoras.

À professora Christine Caltero, que me recebeu em Rouen com respeito e carinho.

À meus amigos franceses, em especial à Nicole, que em Rouen me ajudaram a vencer a barreira lingüística e acolheram meu interesse por áreas tão diferentes da minha formação acadêmica.

Aos colegas do HC-UFMG que cooperaram com esta pesquisa e que torcem pela minha vitória.

E especialmente a Deus, sempre a minha gratidão, por tornar possível todas as coisas em minha vida.

*Desconfiai do mais trivial,  
na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht

## RESUMO

As instituições hospitalares se destacam como um centro de convergência dos diversos saberes e práticas na prestação de serviços de saúde. Consideradas instituições de alta complexidade, atravessadas por múltiplos interesses, vivenciam permanente e contínuo debate sobre as expectativas dos gestores, trabalhadores e usuários quanto ao seu papel na produção do cuidado, na busca pela qualidade, eficiência, controle de custos e integralidade. Neste contexto, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), instituição pública e universitária, implantou em 1999, uma proposta gerencial de descentralização das ações administrativas, as Unidades Funcionais (UF's). O novo modelo propõe reorganizar a lógica gerencial do Hospital, visando melhores resultados dos serviços. No entanto, o Centro Cirúrgico do HC/UFMG (CCI do HC-UFMG) somente se organizou como UF em 2005, passando a ser responsável pela gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais, processos e resultados, avaliação da assistência prestada e ensino e pesquisa no setor. A UF Centro Cirúrgico e Anestesiologia do HC-UFMG é grande geradora de receitas para o hospital e necessita do desenvolvimento de programas que garantam a qualidade e eficiência como obrigação ética e moral. Em 2007, os resultados de uma avaliação de desempenho nesta UF apontaram algumas deficiências e baixa produtividade, que necessitam ser corrigidas. Este estudo tem como objetivo analisar a organização e o funcionamento do CCI do HC-UFMG, a fim de compreender seu processo de gestão, os fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais que atuam na unidade. Para tanto, foi realizado um estudo de caso de natureza qualitativa, no qual os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 19 (dezenove) profissionais de diferentes categorias profissionais que atuam no CCI do HC-UFMG. Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo, utilizando a identificação de unidades temáticas, agrupadas por afinidade em categorias empíricas. Eles mostram que o CCI do HC-UFMG é um setor no qual o trabalho é tenso, há tempo ótimo para a realização do ato cirúrgico, as relações interpessoais e interprofissionais são conflituosas e há predominância do poder médico sobre os demais profissionais. A gerente do setor não possui autonomia suficiente para colocar em prática as mudanças necessárias, em decorrência da força das corporações profissionais, principalmente dos médicos. A unidade ainda não incorporou, de fato, o modelo de gestão descentralizada do HC-UFMG, mantendo um modelo tradicional paralelo às diretrizes do hospital, permeado pelos muitos poderes existentes no interior do serviço. A relação entre os diferentes profissionais que atuam na unidade é precária e moldada pela lógica corporativa das profissões. Os dados revelam, ainda, que o planejamento como instrumento gerencial não foi implementado. As iniciativas de organização e otimização dos recursos sofre a interferência do poder médico que exige na administração o mesmo poder de decisão que tem nos procedimentos cirúrgicos, desconhecendo as normas organizacionais. As dificuldades para a organização e funcionamento do CCI do HC-UFMG estão relacionadas à escassez de estratégias gerenciais capazes de equacionar os diversos poderes, visando um trabalho de equipe no qual predomine o respeito aos diversos trabalhadores e às normas do hospital. Há que se buscar, também, a integração com os outros setores do hospital como forma de organizar o trabalho cotidiano, minimizando as interferências externas.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde, centro cirúrgico hospitalar, hospitais universitários, administração hospitalar.

## ABSTRACT

Hospitals stand out as a convergence center of several knowledge and practical health service systems. As a complex institution, crossed by multiple interests, hospitals suffer permanent and continuous discussion about the municipal manager, workers and users expectation related to its role in integral care production with quality, efficiency and costs control. In this context, the HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (HC-UFGM), a public university institution, has introduced, in 1999, a new management proposal based on decentralization of administrative actions, creating the Functional Units (UF). The new management model proposes to reorganize the logical of hospital management, in order to obtain better results and better performance in health services. But, in 2005, the HC-UFGM surgical center has organized itself as a Functional Unit and also has started to be responsible for management of human, financial and material resources, processes and results, the evaluation of assistance, the teaching and the research developed in this sector. The surgical center unit is a great creator of costs to hospitals and, because of that, the development of programs which guarantee quality is a necessity in terms of efficiency and an obligation of ethical and moral point of view. In 2008 the results of a performance evaluation has pointed inefficiency and low productivity, requiring adjustments. This study has as objective to analyze the surgical center organization and functioning, in order to understand its management process, the factors that help and those that difficult the work process and the relationship between the different professionals who act in the unity. It has been done a qualitative case study, in which the data were collected through semi-structured interviews carried out with 19 professionals, of different areas, who act in the HC-UFGM surgical center. The results were subjected to the analysis of content, using the identification of thematic units, grouped into categories by affinity empirical. The analysis of data shows that the surgical center is a sector which the work is stressful, there is a great time for the completion of surgery, interpersonal relationships and between professions are conflicting and there is predominance of medical power on the other professionals. The management of the sector lacks the autonomy needed to put in place the necessary changes, due to the strength of corporate professionals, especially medical doctors. The surgical center did not incorporate, in its practice, the decentralized management model proposed to HC-UFGM, keeping itself in a management format, parallel to the directives of the hospital, crossed by multiples powers which exist inside the service. The relationship between the different professionals who act in the unity and the new management model and the organizational changes proposed happens formatted by the corporative logic of professions. The data show that the planning, as an instrument of management, does not exist. It also shows that the initiative of organization and efficiency suffers interference of the medical power, because they requires from the directorship the same power of decision that they have on surgical procedures, not recognizing the organizational standards. The difficulties for the organization and operation of the surgical center are related to the shortage of managerial strategies able to consider the various powers, seeking a team work in which the respect to the various workers and the hospital rules predominate. Is important also to seek integration with other sectors of the hospital as a way to organize the daily work, minimizing external interference.

**Key-words: health management, university hospitals, hospital surgical centers, hospital administration.**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BC – Bloco Cirúrgico

CCI – Centro Cirúrgico

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CCI do HC-UFMG – Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

CME – Central de Material Esterilizado

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

FM – Faculdade de Medicina

HC – Hospital das Clínicas

HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HU – Hospital Universitário

PA – Pronto Atendimento

PLIDERH – Plano Integrado de Desenvolvimento de Recursos Humanos

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Objetivos Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>3. REFERÊNCIAS TEÓRICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Breve histórico do Hospital das Clínicas e o modelo de gestão.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Contextualizando os micropoderes no hospital.....</b>	<b>28</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Tipo de Estudo .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. Cenário de Estudo .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3. Sujeitos da Pesquisa .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4. Coleta de Dados .....</b>	<b>38</b>
<b>4.5. Análise de Dados .....</b>	<b>39</b>
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>5.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados .....</b>	<b>41</b>
<b>5.2. A percepção sobre o Centro Cirúrgico no contexto do Hospital das Clínicas.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3. Organização e gestão do Centro Cirúrgico: a visão dos profissionais de saúde.....</b>	<b>60</b>
<b>5.4. O papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico .....</b>	<b>75</b>
<b>5.5. Relações de poder no Centro Cirúrgico .....</b>	<b>85</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE A - .....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE B - .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO A –.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO B - .....</b>	<b>122</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que expressa em sua organização uma atenção à saúde definida por níveis, considera demandas próprias da atenção básica, da média e da alta complexidade. Instituído formalmente no texto constitucional de 1988 (BRASIL, 1988), o SUS preconiza a saúde como direito de cidadania baseando-se dentre outros, nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade. Pelo princípio da universalidade, “a saúde é um direito de todos”, sendo responsabilidade do Estado prover atenção à saúde a toda a população brasileira.

As necessidades de saúde das pessoas ou de grupos devem ser levadas em consideração, em suas especificidades, mesmo que não sejam iguais às da maioria. O princípio da equidade prevê que todos devem ter igualdade nas oportunidades de usar o sistema de saúde, sendo respeitadas as diferentes necessidades de saúde dos cidadãos. A participação dos usuários na gestão do SUS se dá por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, sendo estes últimos, órgãos colegiados existentes nos diferentes municípios brasileiros (Brasil, 1988). Pelo SUS o cidadão deve receber atenção integral, e sua necessidade deverá ser atendida em qualquer um dos três níveis de complexidade, em uma estrutura hierarquizada que configura uma rede assistencial. Neste sentido, os hospitais brasileiros são entendidos como prestadores de assistência de média e alta complexidade, tendo progressivamente ao longo do processo de implementação do SUS, assumindo posição central nas ações assistenciais, tanto no setor público quanto no privado.

A reforma do Estado dos anos 80 foi, portanto, orientada para o mercado e marcada pelo gerencialismo, formatando o novo gerenciamento público em alguns consensos, apesar de sua aplicação obedecer a realidade social dos diferentes locais onde se estabeleceu. (COSTA, 2006)

Na saúde, esta perspectiva se traduziu especialmente na contenção de custos da assistência médica, busca de maior eficiência e descentralização das ações para níveis subnacionais e da iniciativa privada. (GARCIA PRIMO et al, 2008)

A restrição nas discussões sobre os aspectos da assistência médica, focados no desenvolvimento tecnológico e no hospital como local privilegiado de incorporação e distribuição de tecnologia, revelou a face conservadora da reforma do Estado. Os principais temas desta discussão se referiam às perspectivas de redução de gastos neste subsetor, em

reforçar o papel do comprador dos serviços enfraquecendo o poder dos monopólios dos prestadores, especialmente médicos, minimizando a autonomia destes profissionais (COSTA, 2006).

A respeito da pressão para a implantação do SUS e a ampliação da cobertura na área da assistência decorrente deste novo sistema, disponibilizaram poucos recursos para investimento na saúde e nas políticas sociais. Paralelo a este cenário, as proposições neoliberais que sustentavam a reforma do Estado à época, definiam ações promotoras de flexibilidade gerencial, centrando a discussão na avaliação de desempenho institucional, desdobrados em planos de metas, indicadores, cumprimentos de objetivos e resultados a serem alcançados.

No contexto de um período marcado pelo fortalecimento das idéias de reforma do sistema de saúde, sob o princípio ético político “Saúde: direito de todos e dever do Estado”, os hospitais universitários brasileiros, dentre os demais hospitais públicos do país, “foram progressivamente se inserindo nesse novo sistema e se tornando dependentes de seus recursos” (GARCIA PRIMO, 2008 p.31). Esta dependência, posteriormente gerou progressivas crises na gestão e nas finanças destas instituições.

Apesar da crise gerencial e financeira no setor saúde, as instituições hospitalares, nas diferentes sociedades do mundo moderno, vêm se destacando como um centro de convergência dos diversos sistemas contemporâneos de prestação de serviços de saúde (ANTUNES, 1991). A valorização desse espaço como elemento terapêutico confere ao hospital o sentido de lugar ideal para se lidar com a doença e os tratamentos. Para tanto, os hospitais devem contar com serviços que enfatizem o atendimento às demandas do usuário, respondendo com eficácia e eficiência às condições agudas e crônicas da população.

Carapinheiro (1998, p. 21), analisa o lugar que ocupa o hospital no sistema de saúde, sob a ótica da “consagração do imperativo tecnológico” como sendo uma “tendência de hegemonia do sistema cultural hospitalar”. O paciente acredita que todas as suas demandas de saúde, seja de propedêutica ou de tratamento, somente serão atendidas no universo das possibilidades do ambiente hospitalar. Este fato determina uma emigração ao nível secundário e terciário, de demandas de saúde passíveis de resolução no nível primário.

Vale ressaltar que o cuidado recebido pelo paciente, no ambiente hospitalar, é “produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital”. (CECÍLIO E FEUERWERKER, 2007, p.3). As ações destes cuidadores de diversas

especialidades devem convergir de forma harmoniosa a favor do paciente, resultando em um cuidado eficaz e de qualidade, o que constitui um desafio do processo gerencial de um hospital.

Cecílio e Merhy (2003) defendem que o desafio posto nas instituições hospitalares é maior do que somente agregar numa somatória de ações específicas do trabalho de cada profissional, mas é especialmente pensar e discutir a forma de operacionalização da gestão do cotidiano considerando a micropolítica do trabalho, de maneira que resultem em uma atuação mais solidária e concentrada de um grande número de trabalhadores que estão envolvidos no cuidado.

Sendo uma instituição complexa, atravessadas por múltiplos interesses apesar do reconhecimento social que tem, as instituições hospitalares sofrem permanente e contínuo debate sobre as expectativas dos gestores e dos usuários quanto ao seu papel na produção do cuidado, na busca pela qualidade, eficiência, controle de custos e integralidade (CECÍLIO E FEUERWERKER, 2007).

Neste contexto, repensando o modelo assistencial e considerando o desafio da gestão hospitalar, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), instituição pública e universitária, implantou em 1999, uma proposta gerencial baseada na descentralização das ações administrativas, as Unidades Funcionais (UF's). O novo modelo de gestão propõe reorganizar a lógica gerencial do Hospital, focalizando a gestão descentralizada, tendo em vista a missão das UF's, seus objetivos e metas, o planejamento e a reorganização do processo de trabalho, a fim de obter melhores resultados e desempenho nos serviços prestados. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999b).

Nessa nova concepção de modelo assistencial e gerencial adotado gradativamente no HC-UFMG, foram constituídas vinte e três UF's, que se responsabilizam pela gestão de resultados, pela captação e alocação de recursos humanos, financeiros e materiais; pela avaliação da assistência prestada; pelo ensino e pesquisa desenvolvidos nos setores de trabalho, levando em consideração a missão do Hospital. (SPAGNOL, 2006).

Em 2005, o Centro Cirúrgico e Anestesiologia se organizou como UF, sendo este o último setor do hospital a assinar o contrato de gestão com a Diretoria, critério obrigatório para se formalizar e implementar o Projeto de Reorganização Administrativo-Gerencial do HC-UFMG. Como centro cirúrgico de um hospital universitário, esta UF tem um papel crucial na estrutura, funcionamento, desempenho e produção de ações de saúde no HC-UFMG, tendo em vista, o lugar de destaque que ocupa, como prestador de serviços ao

município de Belo Horizonte e ao Estado de Minas Gerais.

De acordo com Mastrantonio e Graziano (2002, p. 333) “a unidade de centro cirúrgico é uma grande geradora de receitas para os hospitais” e em razão disto, o desenvolvimento de programas que garantam a qualidade “é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral”.

Neste contexto, Costa e Jansen (2006, p.39), destacam que “a verba destinada à saúde pública no Brasil, além de insuficiente, é mal aproveitada” e “os custos de manutenção de funcionamento dos hospitais públicos ultrapassam em cerca de seis a dez vezes os dos hospitais privados”. Desta forma, a redução de custos no tratamento cirúrgico é fundamental para a melhoria do desempenho de qualquer instituição hospitalar. Os referidos autores defendem que a utilização da capacidade cirúrgica encontra-se entre as principais medidas de eficiência de uma instituição e que o centro cirúrgico deve estar preparado para aumentar sua capacidade assistencial sem prejuízo da qualidade e sem sobrecarga de serviço.

Estudos indicam que o índice de ocupação de salas cirúrgicas nos hospitais de países desenvolvidos gira em torno de 85%, em comparação com os 53% de ocupação detectado em instituições de saúde pública do Brasil, principalmente aquelas com caráter de ensino e pesquisa (GATTO, 1998).

Quanto à qualidade do atendimento prestado e o nível de eficiência e eficácia dos centros cirúrgicos, existem poucos estudos realizados. Estudos recentes enfatizam as relações entre os demais profissionais que atuam no centro cirúrgico e o papel da enfermagem, deixando em segundo plano a discussão acerca da organização e funcionamento destes setores, mesmo que, principalmente os hospitais públicos, enfrentam inúmeras dificuldades, essencialmente, ligadas às condições de financiamento, infraestrutura e investimentos.

Dentre estudos que enfocam questões organizacionais dos centros cirúrgicos, Costa e Jansen (2006) apresentam uma pesquisa realizada em hospitais do Maranhão, São Paulo e Minas Gerais, em que o índice de cancelamento de cirurgias em serviços particulares é cerca de quatro vezes menor do que o encontrado nas instituições públicas brasileiras. Realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia localizado em Minas Gerais, no Hospital Sírio Libanês em São Paulo e no Hospital São Luiz no Maranhão, o estudo aponta, respectivamente, os seguintes resultados: o primeiro hospital, no período de fevereiro a abril de 2002, registrou um índice de cancelamento igual a 25,37%, entre as 2.207 cirurgias agendadas; o segundo, de janeiro a dezembro registrou um cancelamento de 7,5% das 10.300 cirurgias agendadas e o terceiro

hospital no período de 03 meses, registrou um índice de cancelamento de 19,08%, das 250 cirurgias agendadas (COSTA e JANSEN, 2006).

Ao comparar os resultados apresentados com uma avaliação de desempenho do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, realizada pela Assessoria de Planejamento referente a março e abril de 2007, alguns resultados mostram-se insatisfatórios, conforme descritos a seguir:

- Baixa produção cirúrgica: média de 780 cirurgias/mês para uma grade de 34 salas/dia x 12 horas de funcionamento/dia (desconsiderando o horário de funcionamento noturno);
- Utilização de apenas 48,65% da capacidade total do Centro Cirúrgico no que se refere ao uso das salas cirúrgicas x horas de funcionamento do setor/dia;
- Tempo de preparo das salas cirúrgicas de um procedimento para outro, superior a 90 minutos para 46 % das cirurgias realizadas, este foi o tempo usado para desinfecção e reorganização do ambiente;
- Percentual crescente de cancelamentos de cirurgias por mês: 14,47% em março/2007 e 16,31% em abril/2007 (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2007).

Além disso, os motivos para cancelamento das cirurgias, identificados nos registros da equipe de enfermagem apontam os seguintes percentuais:

- Referentes à estrutura organizacional e infra-estrutura do hospital: falta de leitos para internação no pós - operatório- 27%;
- Relacionados às equipes médicas: atraso da equipe cirúrgica e do anestesista - 61,7%;
- Relativos aos pacientes: não comparecimento do mesmo (sem detalhamento do motivo)- 2,99%;
- Relacionados à equipe de enfermagem: demora no transporte do paciente da Unidade de Internação para o CCI - 1,79%;
- Outros motivos dentre os quais o principal é relativo ao longo período de duração da cirurgia precedente às cirurgias programadas - 6,88 % (HOSPITAL DAS CLINICAS, 2007).

Esse diagnóstico realizado no Centro Cirúrgico do HC-UFMG mostra que, 89,79% dos motivos de cancelamento de cirurgias no hospital dizem respeito ao âmbito gerencial, pois, estão relacionados ao planejamento dos leitos para receber os pacientes no perioperatório e às medidas de controle de pessoal, principalmente da equipe médica. Outros motivos, embora em menor escala, são importantes e passíveis de serem gerenciados, inclusive a aferição de intenção de comparecimento dos pacientes externos com cirurgia marcada. Estes dados evidenciam baixa utilização do Centro Cirúrgico, situação que necessita ser avaliada de forma ampla visto que, em primeira análise, múltiplos fatores institucionais, têm influenciado na utilização das salas cirúrgicas em percentual menor que 50%.

Mastrantonio e Graziano (2002) mencionam que o caminho para se alcançar o equilíbrio entre eficiência e eficácia em um centro cirúrgico obriga os gestores a conhecer detalhadamente a realidade, desde questões relacionadas ao desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico até à globalidade do processo de trabalho realizado neste setor. Para estes autores as “tentativas de mensurar os resultados de qualidade vem aumentando significativamente e com certeza continuarão à medida que forem documentados os valores dos programas e serviços prestados em centros cirúrgicos”. (MASTRANTONIO e GRAZIANO, 2002, p. 333).

Na perspectiva de um modelo de gerenciamento contemporâneo, o Centro Cirúrgico do HC-UFMG, como Unidade Funcional, deve ser responsável pela gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais, dos processos e resultados; pela avaliação da assistência prestada; pelo ensino e pela pesquisa desenvolvida. Há que se reconhecer que a construção de um novo desenho institucional é um processo dinâmico que necessita de contínua avaliação, corresponsabilização nos processos de trabalho, metas e indicadores, bem como o uso de diferentes estratégias de implantação, especialmente, em razão dos conflitos entre as equipes de saúde que compõem o cenário político institucional e setorial.

A dimensão histórica do modelo de gestão centralizada, adotado pelo HC-UFMG, até a implantação da nova proposta gerencial, é um aspecto fundamental para se compreender a estrutura e o processo de trabalho do Centro Cirúrgico neste Hospital. A ausência de avaliações regulares sobre o desempenho e a organização do setor, a falta de sistematização do processo de trabalho e a responsabilização pelos resultados a serem alcançados estão dentre alguns dos problemas gerados por uma estrutura centralizadora, constituída ao longo da história do hospital, os quais necessitam ser repensados nesse novo modelo de gestão, implantado em 1999.

Outro aspecto fundamental para a compreensão da estrutura organizacional do Centro Cirúrgico do HC-UFMG é a composição do seu quadro de pessoal que possui grande número de professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Estes docentes, médicos cirurgiões e anestesistas, não têm vínculo empregatício com o hospital. Atualmente, não existe nenhum tipo de regulação e controle sobre estes profissionais, restando à direção do Hospital das Clínicas e à gerência do Centro Cirúrgico, uma posição de permanente negociação com estes professores, a fim de cumprirem as metas pactuadas com o gestor municipal. Esta situação reforça o fato de ser este um hospital escola, no qual muitas vezes o processo de formação de recursos humanos define as condutas que muitas vezes estão voltadas prioritariamente ao ensino, o que diferencia o seu centro cirúrgico de outros localizados em hospitais que não são universitários.

Além dos médicos atuam também no Centro Cirúrgico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e técnico-administrativos, dentre outros profissionais, que respondem pelos processos de trabalho desenvolvidos no setor. No cotidiano fica evidente que as relações interprofissionais são hierarquizadas, assimétricas e caracterizadas por mecanismos instituídos de poder, o que dificulta o trabalho em equipe e a colaboração que deve existir entre os diferentes profissionais de saúde, que tem como característica ser essencialmente coletivo.

O Centro Cirúrgico é, portanto, uma organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico, equipamentos e aparelhagem sofisticada. O relacionamento destas partes é importante, tendo em vista que o seu funcionamento só ocorre de forma adequada quando os critérios destas relações estiverem bem definidos, ou seja, integrados. Nesta perspectiva, torna-se prioritária a identificação da estrutura organizacional e da posição da equipe de enfermagem no contexto administrativo geral do hospital como primeiro passo na análise da situação administrativa de um centro cirúrgico, considerando os papéis da equipe no funcionamento da unidade cirúrgica. Além disso, a definição de papéis e a clareza sobre os limites de atuação dos membros da equipe, especialmente da enfermagem, são imprescindíveis para o funcionamento adequado de qualquer setor na área da saúde.

De acordo com Carapinheiro (1998, p.53), “de todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autônoma é a profissão médica”. Para a autora, esta autonomia advém da dominação do saber e da competência técnica que os médicos possuem, sendo a categoria dirigente e reguladora das demais profissões, sem se deixar dirigir e ser regulada por outra.

Zagonel (1996, p. 80) estudando a natureza do hospital e da medicina, argumenta que desde o início do trabalho estruturado em saúde até o momento, o médico está no centro das relações organizacionais e “como gerenciador da assistência, delega funções parcelares aos outros trabalhadores sob o seu controle”.

A situação agrava-se ainda mais em uma instituição em que, para a maioria dos médicos, o ensino precede a assistência e as demandas administrativas não são consideradas prioritárias. Este dado, que comumente ocorre em hospitais universitários, é corroborado por Cecílio (1999) quando conclui que os médicos têm absoluta autonomia em relação às questões ligadas ao gerenciamento dos hospitais e dificilmente estão submetidos a mecanismo de controle.

Neste sentido, em nosso cotidiano como profissional de saúde, observamos que as definições administrativas postas para o Centro Cirúrgico do HC-UFMG, não são observadas pelos cirurgiões e anestesistas. As atividades burocráticas, relativas à resolução dos problemas que ocorrem no interior do centro cirúrgico, sob a responsabilidade da administração, que fica externa ao setor, muitas vezes não são executadas porque os enfermeiros que trabalham diretamente com a assistência, e, portanto acompanham o dia-a-dia do centro cirúrgico, não comunicam as avarias nos equipamentos e/ou estruturas físicas. Tal situação gera conflitos no momento da tomada de decisões, devido às relações de poder instituídas e à ausência de clareza na responsabilização sobre os diferentes aspectos do processo de trabalho.

Diante destas considerações acerca da organização e do funcionamento do Centro Cirúrgico, torna-se significativo para os gestores compreenderem os processos de gestão e os fatores que facilitam e dificultam o processo de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais que atuam neste setor. Para tal, há que considerar as mudanças organizacionais propostas no modelo de gestão implantado no HC-UFMG em 1999 e a repercussão nas relações de poder entre os membros da equipe.

Consideramos que essas análises sistematizadas permitirão uma primeira aproximação com a dinâmica do trabalho deste setor, possibilitando medidas gerenciais que visam a otimização dos recursos alocados. Reconhecemos a necessidade de outros estudos sobre gestão, tendo em vista a complexidade dessa Unidade Funcional, especialmente por fazer parte de um hospital universitário.

Portanto, a relevância desta investigação, está na possibilidade de aplicação prática imediata dos resultados, visando à (re) organização e melhorias nos processos de gestão do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, com a finalidade de realizar ações que

contemplem a missão do hospital. São necessárias mudanças para alcançar as metas pactuadas no modelo de gestão, bem como aquelas preconizadas para o atendimento das demandas cirúrgicas do SUS em Belo Horizonte e no Estado de Minas Gerais.

Segundo Schwartzman (1979, p.1), pesquisa aplicada é “aquela que tem um resultado prático visível em termos econômicos ou de outra utilidade que não seja o próprio conhecimento”.

Assim, considerando que o objeto de estudo proposto nessa investigação diz respeito à organização e funcionamento do referido Centro Cirúrgico, buscamos responder a questão: quais os fatores que facilitam e quais os fatores que dificultam o funcionamento e o processo de organização do Centro Cirúrgico do HC-UFMG? No percurso a fim de obter esta resposta, buscamos também a compreensão da forma de gestão e das relações de poder estabelecidas entre os diversos profissionais que atuam neste setor.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização e o funcionamento do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, focalizando os elementos facilitadores e dificultadores da dinâmica do trabalho, bem como as relações de poder estabelecidas entre os profissionais das equipes que atuam neste setor.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Identificar o processo gerencial do Centro Cirúrgico do HC-UFMG;
- Identificar os elementos que interferem no funcionamento do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, considerando aspectos facilitadores e dificultadores na prestação de serviços;
- Compreender as relações de poder entre os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico do HC-UFMG.

### **3. REFERÊNCIAS TEÓRICAS**

#### **3.1. Breve histórico do Hospital das Clínicas e o modelo de gestão**

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) é um hospital público universitário, de grande porte, que tem como missão “desenvolver a assistência na área da saúde com eficácia e eficiência e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão, constituindo-se como referência junto à sociedade”. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2008, p.08). Como um hospital de média e alta complexidade, tem como objetivos prestar serviços de atenção integral à saúde, atendendo a uma clientela universalizada, de forma equânime e em todos os níveis e integrado ao SUS; formar e capacitar recursos humanos para as necessidades do setor de saúde; produzir e divulgar conhecimentos e incorporar criticamente novas tecnologias para o setor que confere direcionalidade às suas diretrizes, tornando-o uma instituição complexa.

Na atenção à saúde, o HC-UFMG, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, presta relevantes serviços, visando atender a pacientes do SUS em até 95% de sua clientela, complementando-a com clientes particulares e beneficiários de planos de saúde suplementar. Aproximadamente 40% do total de pacientes que atende em regime ambulatorial e hospitalar são residentes em municípios do interior de Minas Gerais, sendo os demais, moradores da capital mineira e entorno. Agregando a utilização de diversos serviços e tecnologias existentes com o trabalho dos diversos profissionais das equipes, o HC busca responder com resolutividade às necessidades dos seus usuários. Sob este propósito, realizou no período de 2004-2005, uma média de 17.294 internações, 40.866 atendimentos de urgência e emergência, 295.980 consultas ambulatoriais, 1.282.812 exames, 3084 partos, 11.908 cirurgias ambulatoriais e 9.973 cirurgias hospitalares (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2008).

Reconhecido internacionalmente como centro de investigação científica e produção do conhecimento na área da saúde, no HC-UFMG os processos da assistência e de ensino ocorrem de forma indissociável. O hospital é campo para o ensino de graduação e pós-graduação para os cursos de Medicina, enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia na UFMG e em outras instituições de ensino do Brasil e outros países, sendo que,

[...] a participação do estudante no universo e no cotidiano hospitalar proporciona uma nova dinâmica institucional, qualificando a ação dos profissionais e destacando o HC como espaço estratégico de formação e proficiência na prestação do serviço essencialmente público de saúde. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2008, p.48)

Inaugurado em 21 de agosto de 1928, o complexo hospitalar surgiu a partir do agrupamento de algumas clínicas ao redor da Faculdade de Medicina da UFMG. Ao longo de sua história tornou-se administrativamente independente da Faculdade de Medicina, tendo sido em janeiro de 2004, transformado em unidade especial da UFMG. Atualmente é formado por um prédio central, o Hospital São Vicente de Paulo, e seis prédios anexos destinados ao atendimento ambulatorial. A partir de 2004 foi certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como centro formador de recursos humanos, se constituindo em um campo privilegiado de aprendizagem de alunos e profissionais de saúde, na medida em que proporciona contínua atividade de formação, treinamento, capacitação e aperfeiçoamento na área de saúde. Tem se apresentado, também, como parceiro em intercâmbios internacionais destinados aos profissionais ligados ao hospital com o objetivo destes profissionais estagiarem em países como Cuba, França e Espanha. (SPAGNOL, 2006).

Historicamente, o Hospital, ligado administrativamente à Faculdade de Medicina, atuava marginalmente ao Sistema de Saúde, atendendo a população indigente e aquela excluída do sistema previdenciário. Os recursos eram orçamentários, independentes da prestação de serviços, dotados no início do ano. Com a crise financeira dos anos 70 e o aumento progressivo da inflação, o HC-UFMG passou a ter problemas de custeio, chegando a reduzir o número de leitos no início dos anos 80. Em 1986, com o convênio MEC-MPAS, houve maior valorização dos procedimentos executados nos Hospitais Universitários em comparação aos demais hospitais, ocorrendo superávit financeiro e possibilidade de investimento. Em 1991, a diminuição da valoração dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais e a necessidade de notificação detalhada dos procedimentos ambulatoriais, colocaram o HC-UFMG novamente em déficit financeiro.

Como resposta à grave crise financeira em meados de 1997, que gerou atraso no pagamento das dívidas hospitalares (quitadas somente em 1999) a gestão do HC-UFMG propôs medidas que envolviam estratégias para redução dos custos e captação de recursos. Entre estas medidas encontrava-se, a assinatura de um contrato de gestão junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, ampliação do número de leitos para convênios e particulares, racionalização do consumo de água, luz e telefone e a captação de recursos por meio de projetos de pesquisa financiados por diversos órgãos de fomento

(HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999c). Organizado sob um sistema de gestão centralizado na Diretoria Geral, os setores não realizavam nenhum tipo de planejamento das atividades pelas quais eram responsáveis, nem se preocupavam com os custos dos setores. O entendimento do corpo funcional do HC-UFMG era que as questões orçamentárias ficavam sob a responsabilidade exclusiva da Diretoria (SPAGNOL, 2006).

No histórico das mudanças organizacionais do HC-UFMG, Lemos (1998), aponta para o fato de que a ausência da responsabilidade setorial com os custos hospitalares e a morosidade no processo decisório dificultavam a busca de solução para a situação financeira do Hospital e impediam a gestão de seus recursos físicos, humanos e materiais de forma adequada. Por outro lado, a conjuntura em que se verificam inflexões na estruturação do sistema de saúde sempre esteve vinculada a processos e questões políticas mais amplas, que não estão referidas exclusivamente ao campo da saúde. O corte no orçamento para a saúde, os pacotes econômicos e as medidas provisórias definidas pelo governo federal, impôs a redução de recursos para os hospitais públicos, dificultando ainda mais o cumprimento da missão e do compromisso com a população. (SPAGNOL, 2006).

Neste sentido, para responder a este quadro institucional, estabeleceu-se um processo de reorganização administrativa gerencial, que culminou em maio de 1999, com a proposição de um novo modelo de gestão, a criação das Unidades Funcionais (UF's), aprovado pelo Conselho Administrativo do HC-UFMG, órgão máximo de deliberação da instituição. Estas unidades seriam responsáveis, em conjunto com a Direção, pelo processo de planejamento e gestão do Hospital incluindo a captação e alocação de recursos.

A nova estrutura visa descentralizar as funções de gerenciamento de recursos humanos, orçamento, investimentos, bem como as ações de planejamento que implicam na definição de prioridades, elaboração de indicadores e definição de metas assistenciais, financeiras, de ensino, pesquisa e extensão. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999d, p.01).

Este novo modelo preconizava uma organização mais flexível, com a descentralização das ações administrativas para as Unidades Funcionais recém criadas. Com uma gestão descentralizada, as UF's poderiam, a partir da definição de sua missão, compatibilizadas à missão geral do hospital; dos seus objetivos e metas, realizar o planejamento e reorganizar internamente seus processos de trabalho, visando melhor desempenho dos serviços e melhor integração da assistência com o ensino. Torna-se importante destacar que as UF's deveriam compreender a atividade acadêmica sob uma nova

inserção, com visibilidade de acordos que permitissem a otimização das relações entre os serviços/setores e as unidades acadêmicas.

De junho de 2001 a dezembro de 2006, a partir da implementação do modelo de gestão descentralizada no HC-UFMG, foram realizadas pela direção do hospital, avaliações semestrais relativas ao desempenho das UF's, além do acompanhamento sistemático do novo modelo de gestão. Estas avaliações evidenciaram nas UF's um desnivelamento significativo relacionado às diferenças de engajamento dos profissionais ao novo modelo, fato refletido nos índices de desempenho das unidades. Entre 2006 e 2008, as avaliações semestrais foram suspensas e somente em 2008 foram retomadas as discussões sobre o modelo de gestão por UF.

As discussões, realizadas pela diretoria, gerencias e conselho diretor do hospital (HOSPITAL DAS CLINICAS, 2008b), concluíram que as UF's configuram-se como um modelo de gerenciamento baseado no planejamento participativo e democrático que possibilita a implementação do projeto institucional e dos planos de trabalhos específicos a partir da gestão cotidiana e colegiada. Apontaram também vários elementos considerados estratégicos para o sucesso desta reorganização. A qualidade do processo de gerenciamento, a definição das responsabilidades, atribuições e resultados esperados, a atuação efetiva da estrutura gerencial e de fóruns colegiados internos às UF's, foram aspectos identificados, em diferentes medidas, como ausentes no processo de gestão destas unidades. Portanto, a causa do desnivelamento de desempenho das UF's deve-se, prioritariamente à falta de uma estrutura gerencial capaz de coordenar, em cada UF, o planejamento e a operacionalização do plano de trabalho, readequar o modelo, de acordo com avaliações freqüentes e sistemáticas, incentivando a participação e articulação das equipes multiprofissionais.

Questões relacionadas à gestão, planejamento e gerenciamento emergem com intensidade, exigindo uma análise objetivada destes aspectos da prática organizacional.

Torna-se importante ressaltar que a reestruturação administrativa e gerencial defendida com a implantação do projeto de Unidade Funcional pretende,

[...] qualificar o atendimento prestado no HC-UFMG, fazendo com que através da pactuação de compromissos e metas nas UF todos se responsabilizem com a melhoria do desempenho dos serviços, trabalhando na perspectiva de uma assistência/ensino/pesquisa de qualidade. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999b)

A partir do entendimento da necessidade de uma reorganização administrativa e reconhecendo que na ponta do sistema, os hospitais convivem com graves

questões gerenciais, como ausência de autonomia administrativa, necessidade de readequações organizacionais e/ou assistenciais, incorporações de mecanismos de avaliação de custo/benefício e eficiência, avaliação de qualidade institucional, optou-se por uma mudança completa do modelo gerencial. O novo modelo de gestão deve conferir ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos serviços, além de se apresentar como um dos requisitos para a viabilização de uma modalidade de gestão descentralizada.

Na discussão do papel do gerente em processos de reestruturação administrativa, Brito e Alves (2003) argumentam que nos novos modelos de gestão adotados recentemente nos hospitais, é evidenciada a figura de um gerente que tenha novas posturas, com práticas orientadas no sentido de adequar-se às demandas e expectativas da clientela. Evoluindo do papel de mantenedor da ordem e disciplina no ambiente buscando a valorização da equipe e o desenvolvimento profissional e pessoal dos grupos de trabalho. Estas mesmas autoras apontam que a realidade atual da administração hospitalar opera no sentido da racionalidade absoluta, exigindo dos dirigentes novas competências e uma administração que se pautar na flexibilidade e adaptabilidade.

“Nesta perspectiva, a importância do aspecto político da gerência deve ir além da administração dos recursos organizacionais, ou seja, a gerência atual tem como principal papel traçar políticas e administrá-las”. (BRITO E ALVES, 2003, p. 114).

No HC-UFMG, para que cada UF tivesse um gerente que administrasse os recursos físicos, financeiros, materiais e humanos da sua área de trabalho, foi promovido em 2000, um curso de capacitação gerencial, para os profissionais indicados aos cargos pelas próprias UF's. O curso: Gerência de Unidades Hospitalares foi organizado pelo HC-UFMG, com o objetivo de instrumentalizar os participantes para assumir a coordenação e avaliar todos os processos relativos à UF, possibilitando maior autonomia nos processos decisórios (SPAGNOL, 2006). Assim, ao mesmo tempo em que se apropriavam das ferramentas de administração em saúde, os participantes, por meio dos trabalhos de campo realizados, iniciavam um exercício de planejamento para as suas futuras unidades gerenciais.

Da UF Centro Cirúrgico e Anestesiologia participaram do curso três profissionais médicos: dois anestesistas e um cirurgião, sendo que somente um destes profissionais trabalha, atualmente, no Centro Cirúrgico e esteve, no período de setembro de 2005 a março de 2008, exercendo o cargo de gerente da referida UF. O contrato de gestão da UF Centro Cirúrgico, instrumento formal que define sua estruturação referendada pela diretoria do HC-UFMG e por seu gerente, foi assinado em setembro de 2005. Neste

documento consta a definição dos papéis de gerente, da estrutura gerencial, a missão da UF, seus indicadores, metas e as obrigações da diretoria para com o desenvolvimento da respectiva UF. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2005). Considerando o processo de organização de todas as unidades funcionais pretendidas para o HC-UFMG, no projeto de reorganização administrativo gerencial, o Centro Cirúrgico foi a última unidade a assinar o contrato, passando desde então, a implicar-se com este novo modelo de gestão.

Entendemos que os setores destinados às intervenções cirúrgicas em um hospital, são unidades que funcionam como o que aqui denominaremos de "setor locatário", haja vista que os cirurgiões das diferentes especialidades cirúrgicas, utilizam as dependências físicas do setor, material, seu corpo de profissionais de enfermagem e outros (técnicos de RX, farmacêuticos, etc.), para realizarem as cirurgias que lhes interessam. Comportam-se como "clientes", de um "fornecedor de insumos".

Conforme Cecílio (2000), o trabalho médico para ter sucesso, depende de "vários insumos", fornecidos por outros profissionais e pela estrutura hospitalar. Consideramos que o centro cirúrgico de um hospital é, juntamente aos ambulatórios de consulta, um local onde esta relação e situação descrita por Cecílio são mais reais. Um centro cirúrgico não tem vida própria. Ele é um setor prestador de serviços. Talvez seja esta a maior dificuldade para a operacionalização de uma nova proposta de gestão que funcione sob a óptica da responsabilidade coletiva própria da existência de equipes estáveis.

Ainda segundo Cecílio (2000), trabalhar em equipe implica necessariamente em mudanças no arranjo tecnológico relativo ao processo de atenção, em novas relações éticas entre os trabalhadores e no compartilhamento de alteridades, que significam uma mudança no conceito do que denominamos equipes. Sob este argumento, avaliamos que um centro cirúrgico não possui uma única equipe. Ele possui um conjunto básico de profissionais (anestesistas e a equipe de enfermagem responsável pelas salas cirúrgicas), mas mesmo estes profissionais, circulam entre os muitos espaços ocupados pelas diferentes clínicas cirúrgicas e os anestésistas podem atender em outros locais do hospital (CTI, PA e enfermarias).

O processo de intervenção cirúrgica se caracteriza por ser um tipo de assistência momentânea que inicia e termina dentro do centro cirúrgico. Após o procedimento, o paciente permanece recebendo cuidados assistenciais em outra unidade, onde os cirurgiões que realizaram o ato cirúrgico, nesta outra unidade, estabelecem novas relações com os profissionais desta outra unidade (médicos clínicos, enfermagem e outros profissionais não médicos), diferente das relações que momentaneamente existiram durante a

execução do procedimento cirúrgico. Mesmo a permanência do paciente/usuário dentro do centro cirúrgico se restringe ao cuidado per e imediatamente pós-cirúrgico, sendo logo após, transferido para a enfermaria e/ou quarto particular, tendo uma permanência transitória naquele local, ainda que reincidente.

Há que se considerar também, que um centro cirúrgico é uma unidade dentro de uma instituição hospitalar, que está permanentemente preocupado com todos os procedimentos que ali são realizados no que se refere aos riscos de contaminação. Portanto, existe ou deveria existir máximo rigor no controle de fluxo de pessoas, dos materiais e equipamentos que ali circulam, bem como com a qualidade dos atos executados. A arquitetura específica de um centro cirúrgico deve ser regida por procedimentos que chegam ao extremo do tratamento dado ao ar do ambiente. A relação com todas as áreas do hospital (central e esterilização, rouparia, setor de internação, farmácia central, transporte, manutenção e outros), confere ao centro cirúrgico, um papel relevante entre os transmissores ou facilitadores de infecções nosocomiais. Hoje, os limites estruturais e arquitetônicos são os aspectos mais lembrados para explicar os problemas organizacionais de um centro cirúrgico. Porém, estudos franceses apontam para o fato de que problemas comportamentais dos profissionais que atuam nos centros cirúrgicos representam hoje os principais obstáculos à organização do setor.

Considerando que no centro cirúrgico não há uma equipe estável, a maior aposta deste novo modelo se dá nas modificações gerenciais e neste sentido, o gerente precisa lidar, com a maior competência possível, com a força de atração do hospital e com tudo o que isto significa (olhar para dentro) ao mesmo tempo em que deve contribuir para a construção de novos fluxos e circuitos entre os serviços de saúde, de maneira a construir uma rede de serviços organizada, para atender de forma mais efetiva, as necessidades de atenção das pessoas (CECÍLIO, 2000).

Ainda citando Cecílio (2000), são atribuições do gerente na condução de um setor que presta serviços:

- Conviver com a autonomia imanente à prática médica, monitorando a assistência prestada (atividade formal e legal exclusiva aos médicos);
- Estimular a qualidade técnica e ética dos profissionais que atuam na unidade, garantir ao paciente atenção integral e de qualidade;
- Lidar com a fragmentação que existe nos processos de trabalho;

- Prover os insumos necessários à boa prática profissional;
- Relacionar-se adequadamente com as linhas de poder ao mesmo tempo em que se responsabiliza por uma racionalidade finalística no cumprimento da missão institucional;
- Manter o controle dos inúmeros procedimentos diagnósticos e terapêuticos que garantem a integralidade ao paciente;
- Realizar avaliação da qualidade dos serviços prestados, estimular a equipe a não perder a dimensão total do paciente/usuário;
- Articular e contemplar os diferentes interesses dos múltiplos atores envolvidos no processo de trabalho;
- Lidar com o engessamento financeiro da instituição e;
- Identificar as reais relações de poder a fim de criar espaços públicos de discussões sobre os processos organizacionais do setor.

Nenhuma das responsabilidades gerenciais citadas cabe exclusivamente à gerência como fenômeno individual. O cumprimento destas atribuições, pela extensão que denotam, exige parceria entre gerente e os que são por ele gerenciados. Segundo Mota: “o uso efetivo do poder baseia-se menos na autoridade do cargo, nas ordens ou persuasão e mais nos recursos dos liderados: resulta em menor submissão e consentimento e maior aliança” (MOTTA, 1997, p. 119).

Estes são desafios que certamente remetem à necessidade de maior investimento na área gerencial. Contudo, um novo modelo de gestão que preconiza uma gerencia eficaz, ainda que plena de desafios e expectativas "trabalha menos com a busca de conformidades às suas próprias idéias e mais com o estímulo à iniciativa e à liberdade das pessoas para alcançarem resultados" (MOTTA, 1997, p. 119).

### 3.2. Contextualizando os micropoderes no hospital

Não existe uma única definição de poder como verdade estabelecida. Max Weber, Hanna Arendt, Talcott Parsons, Michel Foucault, principais estudiosos do poder, apresentam diferentes conceitos, focalizando as múltiplas dimensões do poder, analisadas sob contextos sociais e diferentes enfoques.

De acordo com Souza (2007), Foucault (1926-1984) entende o poder como uma relação de forças, que se manifesta em todas as práticas sociais. No pensamento foucaultiano (FOUCAULT, 2006) o poder não tem origem e se manifesta não só no Estado ou em qualquer aparelho central, mas também em toda a periferia da estrutura social. O poder circula, se exercendo em rede, onde os indivíduos ora exercem, ora sofrem o poder. Isto é, os indivíduos mudam de posição em relação ao exercício do poder. Esta ideia relaciona-se diretamente com o exercício do poder no âmbito molecular, isto é, com o fato de acontecer nas extremidades da estrutura social. Foucault (2006) também defende que essas relações de poder se dão não diretamente sobre os indivíduos, mas essencialmente sobre as ações destes indivíduos, havendo para tanto, certo grau de consentimento dos que sofrem esta ação. Na realidade, o diálogo entre poder e liberdade em uma relação de poder, implica no consentimento daquele que se submete ou permite que sua ação seja alterada pela ação do outro (FOUCAULT, 2006). Assim, é na periferia que o poder pode ser analisado de forma a se compreender a diversidade das forças atuantes em uma organização.

Nesse sentido, Cecílio e Moreira (2002, p. 597) consideram que “o poder se expressa na microfísica das relações organizacionais, em função de uma dinâmica de interesses que são disputados e defendidos por atores, isolada ou coletivamente”. Considerando que o poder se exerce nas práticas sociais reais, atender aos seus interesses é o fator que norteia a conduta e as ações organizacionais dos indivíduos. Portanto, o consenso ou dissenso dos profissionais com as diretrizes de uma organização está diretamente relacionado ao índice de coerência que estas diretrizes têm com os projetos pessoais ou coletivos destes trabalhadores.

De acordo com Cecílio e Moreira (2002), o tema de conflito de interesses nas organizações pode ser especialmente analisado a partir de duas concepções: a primeira que entende ser o conflito a tradução de inconciliáveis interesses entre o trabalhador e o

padrão ou mesmo entre os trabalhadores e a tecnoburocracia que existe entre os mais altos escalões da empresa. A segunda concepção que considera o conflito como a difícil conciliação de interesses individuais com os objetivos organizacionais. A análise reitera o fato de que as organizações são atravessadas, todo o tempo, por interesses diversos, e, portanto seriam “condensações de múltiplos vetores de força que as atravessam” (CECÍLIO E MOREIRA, 2002, p. 599).

Sorin (2003) apresenta distinção entre três tipos de conflitos que podem surgir em uma organização: *conflitos de valores*, classificados como as divergências de opinião como resultado de crenças, gostos ou personalidades diferentes; *conflito de interesses*, que são baseados na defesa de um objeto ou uma vantagem ameaçada pelo outro e *conflito de poder*, nominação dada quando alguém considera que seu campo de influência está ameaçado ou corre o risco de sofrer restrições frente ao aumento da influência do outro. Além da questão do psiquismo individual, da comunicação e das relações entre diferentes grupos, são também causas de conflitos os modos de organização do trabalho e as relações de influência entre os profissionais que compõem a estrutura de poder estabelecida formalmente. “Toda organização deve funcionar, sobretudo baseada numa divisão clara das tarefas entre os membros da equipe, não sendo as responsabilidades e prioridades de uns as mesmas que dos outros”. (SORIN, 2003, p.19). Além disto, dois aspectos são particularmente importantes na discussão de Sorin sobre a questão do conflito, na medida em que afetam profundamente a margem de relações de poder que se estabelecem na organização: o grau de autonomia dos profissionais e as relações operacionais do processo de trabalho.

Cecílio e Mehry (2001), assim como Sorin (2003), consideram que os conflitos modelam a organização e regulam o sistema de relações. Apesar do reconhecimento que faz de que os conflitos podem às vezes ser também negativos, Sorin (2003, p.20) defende que os conflitos “são um meio possível de restabelecer a unidade do grupo, mensurando o nível de desequilíbrio e auxiliando a definir elementos de coesão”.

Nas organizações muitas vezes, existem determinados conflitos que são enrustidos no cotidiano e compõem desconfortos percebidos pelos profissionais, porém não enfrentados por estes. Cecílio e Merhy (2001) trabalham com a idéia de que os conflitos são manifestações na superfície das tensões constitutivas da vida organizacional, que, ao serem melhor analisados, identificarão questões profundas desta estrutura. Os conflitos abertos relacionam-se especialmente à concepção do poder soberano, onde os mecanismos verticais de controle estão presentes. O conflito potencial, isto é, aquele que não se explicita no

cotidiano da organização, mas que existe e se relaciona com o poder soberano que modela as reações do outro sem que haja resistência à ordem das coisas tal como são definidas. Seja porque este outro não percebe alternativas para a ordem estabelecida, ou porque percebe estas ordens como divinamente ordenada e benéfica (CECÍLIO E MOREIRA, 2002). A este respeito, consideramos que os conflitos potenciais, como expressão do poder supremo também denota a produção de sujeitos “assujeitados”, na medida em que este tipo de conflito aponta a ausência de vontade e o não reconhecimento do interesse pelo dominado, levando-o à não resistência. Cecílio (2002) cita os “conflitos encobertos” como conflitos que existem, mas não consegue se impor à agenda da direção, no sentido de serem apreciados e modificarem de alguma forma o *status quo* da organização. A este tipo de conflito que não move o contexto para solucioná-los, Cecílio (2002) os denomina como “ruídos”. Para o autor, o verdadeiro conflito é aquele que escapa, se apresenta, denuncia, invade a agenda de quem faz gestão, incomoda, e na verdade se apresenta como sendo comportamentos observáveis que exige tomada de providências (CECÍLIO, 2002).

A referência ao conflito potencial e ou “conflitos encobertos” nos remete às relações de poder existentes nas instituições de saúde, em especial nos hospitais, onde coexistem conflitos abertos e conflitos encobertos. Estes últimos, especialmente, regem as relações de trabalho nos setores hospitalares, na medida em que os processos e a dinâmica dos serviços são determinados pelas relações de poder existente na área da saúde. Discursar sobre as questões de poder na área da saúde esbarra, contudo, em dificuldades próprias de referir-se a um contexto multifacetado. A discussão sobre o poder nas organizações de saúde obedece a agenda dos interesses de múltiplos atores que atuam sob o propósito de distintas intencionalidades. Costa (2006, p. 66) considera que “a característica mais específica do hospital moderno é a existência de um sistema dual de autoridade, composto por uma estrutura administrativa burocrática e pelo poder e autonomia dos médicos”. A este respeito, Cecílio e Moreira (2002, p. 589) defendem que no campo da saúde “a temática do poder se expressa de forma mais evidente em torno do controle e da autonomia dos seus profissionais”. Ainda neste sentido, Costa (2006) registra que no âmbito político organizacional, as instituições de saúde e seus diferentes e diversos profissionais são,

[...] protagonistas e defensores de diferentes projetos, saberes e práticas, de natureza marcadamente multidisciplinar e que disputam cotidianamente espaços de poder formal ou informal que assegurem o exercício de sua autonomia e a concretização de seus interesses, contrapondo-se à macrorracionalidade imposta pelos objetivos institucionais (COSTA 2006, p. 26).

A realidade descrita acena para um cenário onde múltiplos interesses se entrecruzam na busca pela execução de ações e projetos que respondam a objetivos profissionais específicos.

Carapinheiro (1998) considera que o hospital é uma instituição complexa, dinâmica, detentora de alto nível de autonomia e inserida em contexto social e histórico definidos, onde a produção do saber médico e a prática da medicina moderna efetivamente ocorrem. A partir de uma discussão sustentada pelos estudos sociológicos, a autora analisa o hospital a partir de três perspectivas teóricas. A primeira distingue o hospital como uma instituição burocrática, mas que se diferencia das definições weberianas por ter em sua estrutura autoridade hierárquica, divisão do trabalho baseada em competências técnicas e possuir regras e normas sistematizadas. A segunda perspectiva é construída sobre a análise de Foucault relativo ao tema saber-poder por onde a autonomia do profissional médico é amplamente discutida por Carapinheiro (1998), sob a ótica de que este profissional regula e dirige o trabalho de outras categorias profissionais, mas não se deixa regular por ninguém, seja pela administração ou por outras categorias profissionais. O saber inerente à prática médica constitui-se em poderoso subsídio do poder exercido por este profissional. Pela terceira perspectiva, sustentada pela fenomenologia e aspectos da teoria de Weber, Carapinheiro (1998) apresenta o funcionamento do hospital sob a ótica de uma estrutura negociada, onde a existência de uma autonomia, denominada pela autora como elástica, substitui o conceito burocrático de autoridade permitindo uma ordem negociada. Esta ordem negociada é traduzida pela capacidade que os profissionais da instituição têm de identificar os problemas e resolvê-los, aumentando ou diminuindo sua autonomia pela capacidade técnica que apresentam frente a estes problemas.

Outro tipo de entendimento são as lógicas de coordenação que existem nos hospitais é apresentado por Cecílio e Merhy (2003), nas quais entendem que o hospital é marcado por três lógicas de coordenação. A primeira é a lógica das profissões, corporações ou especialidades, que a lógica está inscrita nos organogramas tradicionais, com linhas bem marcadas de comando vertical e graus distintos de autonomia em relação à direção superior. A segunda lógica refere-se às coordenações por serviços ou unidades de produção, onde predominam orientações técnicas ou administrativas. Também esta lógica se insere nos cronogramas tradicionais. A terceira lógica defendida por Cecílio e Merhy (2003), é a lógica do cuidado, que apesar da sua importância não encontra lugar nos organogramas hospitalares tradicionalmente conhecidos. A desqualificação desta lógica ocorre, segundo estes autores,

devido ao fato de que ela é feita pela enfermagem, que, no “complexo território de poder do hospital tem uma relação de subalternidade em relação aos médicos” (CECÍLIO E MERHY, 2003 p. 115). Neste argumento está reconhecido um conflito que se refere às questões gerenciais do hospital, na medida em que, surgem dois profissionais diretamente ligados ao cuidado. O médico, que dita os fluxos e a direção deste cuidado e o enfermeiro que operacionaliza o cuidado no cotidiano das unidades assistenciais.

De acordo com Cecílio e Merhy (2003) sobre a questão da coordenação, os médicos “passam” pelo cotidiano do hospital, enquanto a enfermagem “coordena” a gestão do cuidado. Está, portanto identificado uma dialética: “quem coordena o cuidado é o pólo dominado em uma relação de dominação” (CECÍLIO E MERHY, 2003 p.116). Fica evidente no contexto hospitalar, que se de um lado, o conjunto de profissionais que formam a categoria “enfermagem” consegue negociar com algumas categorias profissionais a operacionalização de um cuidado integral através de discussões que respeitam os diferentes conhecimentos técnicos, com os médicos esta relação não ocorre de forma pacífica, visto que nos espaços micropolíticos do hospital, a hegemonia médica se impõe e se refaz a todo momento. Neste contexto de dominação, a equipe de enfermagem volta para si, e a despeito de que no contexto hospitalar não se reconheça e seja percebida como um vetor que impacta nos processos decisórios do cuidado, mantém uma estrutura de poder historicamente taylorista e cristaliza cada vez mais linhas verticais de comando internos.

Esta análise nos remete a Carapinheiro (1998) quando afirma ser o hospital uma estrutura negociada, onde os saberes se interpõem e definem o grau de autonomia. A competência técnica dos profissionais que atuam no hospital traduz um saber que define condutas e racionalidades institucionais marcadamente a favor dos profissionais médicos e introduz uma nova leitura para a questão do poder na ambiência hospitalar.

Com efeito, normas e valores profissionais dos médicos e particularmente dos docentes afetam mais a estrutura hospitalar do que são afetados por ela e as relações formais de autoridade administrativa são de natureza predominantemente consultiva. Apesar de mecanismos de coordenação/gerência desenvolvidos pelos novos arranjos organizacionais objetivarem a supervisão sistemática do trabalho médico e o cumprimento de normas administrativas, eles mantêm preservadas a autoridade e a autonomia individual de cada profissional, não garantindo, inclusive o cumprimento das orientações gerais. (COSTA, 2006, p. 67).

A relação entre saber e poder, fica clara na análise de Foucault (2006) ao defender que não existe poder sem saber, e todo o saber gera novas relações de poder. De

acordo com Souza (2007), a despeito das diferenças de natureza porquanto o saber pode ser estratificado, classificado e arquivado, o poder ao contrário, é diagramático, sendo as relações de poder microfísicas, difusas, estratégicas heterogêneas e singulares, o saber se constitui no diagrama do poder, e o poder se estabelece nas malhas do saber.

Neste sentido, e considerando que o poder médico é conferido pelo saber da medicina, que realiza e profetiza sobre os corpos e suas anomalias, o que inclusive, levou a história a confundir esta disciplina com a noção moderna de ciência (FOUCAULT, 1994), define no campo da saúde, a hegemonia da profissão médica sobre os demais profissionais de saúde. Carapinheiro (1998) argumenta que a profissão médica não só orienta, mas avalia o trabalho das outras categorias profissionais, não sendo nunca objeto de avaliação destas outras profissões. A autora ressalta que, em razão desta autonomia médica, existe no essência do hospital, uma hierarquia de competências não só do profissional médico em relação às outras categorias profissionais, mas também entre seus pares.

Na prática, dos centros cirúrgicos hospitalares, o que se observa é que os enfermeiros priorizam o atendimento às solicitações dos cirurgiões e anestesistas, muitas vezes em detrimento ao cuidado direto ao paciente ou penalizando questões administrativas, principal instrumento de trabalho dos enfermeiros nesta área. Segundo Stumm, Maçalai e Kirschner (2006, p. 467) “o cirurgião é denominado de totem, o qual o enfermeiro deve servir”. O autor observa em seus estudos as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no centro cirúrgico, porque tudo neste setor gira ao redor do cirurgião e é a partir das necessidades, dos desejos deste profissional, que os atos são realizados para ele e não para o paciente. Novamente a dialética entre o dominado e o dominador.

Neste contexto hospitalar, a proposição de novos modos de gestão certamente impacta as relações de poder instituídas. As respostas às mudanças administrativas são distintas e relacionam-se com o entendimento que os diferentes profissionais têm do processo de democratização proposto e o impacto que este novo negócio trará ao grau de autonomia que tem o profissional. Neste sentido, Cecílio (1999) argumenta que os médicos consideram que tem tudo a perder com o novo modelo de gestão e, portanto, numa oposição clara ou velada, deslegitimam a nova gestão participando dela. Os enfermeiros, que poderiam entender o processo de democratização como uma possibilidade de nivelar seu poder com o dos médicos, temem se abrir aos questionamentos dos subalternos e por isto, não aderem ao novo modo de gestão. Os demais membros da equipe de enfermagem, que a princípio seriam os que mais ganhariam com o processo de democratização da vida organizacional, se

posicionam contrários ao modelo, como uma estratégia de dominado. Os demais profissionais de saúde, segundo Cecílio, numericamente inexpressivos na equipe, aderem às estratégias hegemônicas, agregando-se ora a um, ora a outro grupo de coligação mais poderosa. Uma perspectiva de democratização da vida organizacional hospitalar, pensada para permitir canais de participação, ou no mínimo, para abrir espaços de diálogo e negociações coletivas, com o fim de um projeto institucional consensual é percebido pelos profissionais de saúde como um modo de controle sobre o sentido de trabalho e na ampliação da autonomia e da responsabilização sobre o trabalho. Cecílio (1999) considera que a construção da autonomia é um fim em si mesmo e o desafio de redefinir as autonomias no campo da saúde permanece. “As autonomias hoje existentes (não só do médico que é mais evidente, mas de todos os trabalhadores de saúde em algum grau) sejam recolocadas em outras bases, com outro sentido e que este sentido seja compartilhado pelos trabalhadores” (CECÍLIO, 1999, p. 15).

Contudo, a realidade hospitalar ainda hoje aponta para o fato de que os médicos, usufruindo de grande autonomia no ambiente hospitalar, compõem com outros profissionais de saúde, equipes que se estruturam sobre saberes assimétricos, com definições de poderes também assimétricos, estruturando neste formato, arranjos institucionais complexos e interesses voltados para projetos distintos. Neste contexto, perde o paciente, perdem os profissionais e perde a instituição.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Tipo de Estudo

A motivação para a construção do objeto de estudo foi o desafio posto pela necessidade de compreender o funcionamento do Centro Cirúrgico de um hospital público e universitário num processo investigativo para além dos conteúdos explícitos das competências técnicas específicas, objetivando as questões essenciais que permeiam o processo de organização desta área assistencial. Para tanto, tendo em vista as dificuldades de gestão no setor público e a possibilidade da existência de micropoderes que interfiram no processo gerencial, a pesquisa qualitativa se apresenta como a mais adequada para abordar o caráter complexo e contraditório do objeto proposto, tornando possível desvelar as especificidades de um setor fechado e seus reflexos na assistência.

De acordo com Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada, devido ao fato de trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A possibilidade de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, avançando além da coleta, ordenação e classificação de dados (TRIVINÕS, 1987), permite que este estudo seja particularmente denominado “estudo de caso” além de ter um caráter descritivo. De acordo com Gil (2006, p.42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relação entre variáveis”. O autor afirma que os propósitos do estudo de caso, como estratégia de uma pesquisa é explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos, descrever a situação do contexto em que está sendo feita a investigação, explicar as variáveis causais de determinados fenômenos em situações muito complexas, preservando o caráter unitário do objeto estudado.

Referindo-se ao estudo de caso como estratégia de pesquisa, Dionne e Laville (1999), consideram que:

[...] a vantagem mais marcante desta estratégia de pesquisa repousa, é claro, na possibilidade de aprofundamento que oferece, pois os recursos se vêm concentrados no caso visado, não estando o estudo submetido às restrições ligadas a comparação do caso com outros casos. Ao longo da pesquisa, o pesquisador pode, pois, mostrar-se mais criativo, mais imaginativo; tem mais tempo para adaptar seus instrumentos, modificar sua abordagem para explorar elementos imprevistos, precisar alguns detalhes e construir uma compreensão do caso que leve em conta tudo isso, pois ele não está atrelado a um protocolo de pesquisa que deveria permanecer o mais imutável possível. (DIONNE E LAVILLE, 1999, p.156)

As limitações deste estudo referem-se principalmente ao fato de que as conclusões de tal investigação são dificilmente generalizáveis. Nesse sentido, se por um lado esta abordagem dificilmente poder servir à verificação de hipóteses gerais e teorias que ela terá, de acordo com Dionne e Laville (1999), certamente pode ajudar a melhor compreender uma situação ou mesmo um fenômeno complexo.

#### **4.2. Cenário de Estudo**

Como cenário para o estudo, foi escolhido o Centro Cirúrgico do HC-UFG, denominado UF Centro Cirúrgico e Anestesiologia (UF CCI), que se localiza no 5º andar do prédio principal do Hospital. A Unidade Funcional Centro Cirúrgico e Anestesiologia é fundamental para o funcionamento do hospital, tendo em vista o tipo de assistência que oferece, o relacionamento com todos os setores do hospital, a interligação de várias áreas internas e o trabalho de equipes multidisciplinares.

Localizado em área física específica, compreende recursos humanos, tecnologia e material médico-hospitalar adequados à execução do processo cirúrgico. Possui 17 salas cirúrgicas (16 para especialidades médicas e 01 para procedimentos odontológicos) e tem como missão oferecer a assistência médica cirúrgica, odontológica e de enfermagem ao paciente interno e externo, formar recursos humanos na área cirúrgica e possibilitar pesquisa em diferentes especialidades da área médica e de enfermagem.

Toda a logística deste serviço deve objetivar prover condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar e atender as necessidades dos pacientes antes, durante e no pós-cirúrgico imediato. O trabalho realizado no Centro Cirúrgico é por natureza multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, enfermeiros, anestesistas, técnicos de radiologia, de laboratório e de enfermagem e outros profissionais. Tais condições, associadas à prática do ensino na área de cirurgia para os diversos cursos da área de saúde, principalmente a prática médica em diversas especialidades, torna de alta complexidade o processo de gestão, como forma de garantir assistência de qualidade pelo Centro Cirúrgico do HC-UFG. Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito às relações interpessoais, tendo em vista o grande número de pessoas distribuídas por áreas especializadas, submetidas por sua vez às coordenações técnicas dos serviços, que necessitam de acompanhamento da gerência.

### **4.3. Sujeitos da Pesquisa**

Ao se propor um estudo sobre gestão, que estão circunscritas ações do tratamento cirúrgico, admite-se que os profissionais da equipe assistencial sejam atores importantes na compreensão dos elementos associados à proposta desta natureza. Portanto, foi fundamental a aproximação com os conteúdos subjetivos destes atores sociais. Buscou-se captar impressões, opiniões, sentimentos e saberes dos diferentes profissionais que compõem a equipe, mas também interessa-nos conhecer os recursos e dificuldades de cada um destes profissionais em promover a ação assistencial de acordo como seu papel.

Foram, portanto, sujeitos deste estudo, 19 profissionais que atuam no Centro Cirúrgico do HC-UFG, escolhidos por meio de sorteio aleatório, considerando-se no processo, profissionais que tivessem atribuições referentes às seguintes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, farmacêutico, técnica de farmácia, administrativos, técnico de radiologia, chefes de serviços cirúrgicos. Tendo em vista que o tema desvendado no presente estudo referiu-se à organização e gestão do centro cirúrgico, nesta amostra também estão incluídos, os membros da estrutura gerencial.

Foram definidos como critério de inclusão na pesquisa, além da livre anuência em participar do estudo, possuir vínculo com o HC-UFG por meio da UFG ou empresas terceirizadas e atuar no Centro Cirúrgico por período superior a 06 meses.

Considerando o quantitativo de profissionais que atuam no Centro Cirúrgico do HC-UFMG e a impossibilidade de serem todos entrevistados, *a priori* foi definido como 20 o número de profissionais a serem entrevistados, sendo que, após convite e explanação do objetivo do estudo, um dos indicados, recusou-se a participar da pesquisa.

#### **4.4 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que segundo Minayo (2004) é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador), em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo. Essa modalidade de entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVINÕS, 1987).

Trivinõs (1987) argumenta que o processo de entrevista semiestruturada dá melhores resultados quando se trabalha com diferentes grupos de pessoas. Portanto, como estratégia de operacionalização das entrevistas, a amostra considerou os profissionais que no Centro Cirúrgico, desempenham papel significativo, não só no ato do cuidado cirúrgico, mas também no processo de gestão colegiada, contemplando para tanto os diferentes profissionais que compõem a equipe, entendendo-se nesta população, docentes da área médica e de enfermagem, pessoal administrativo, equipe de enfermagem e demais profissionais que atuam na assistência ao paciente dentro da unidade.

Após contato com os sujeitos a serem entrevistados, e feito o convite para participar do estudo, as entrevistas foram agendadas e posteriormente realizadas. A realização das entrevistas ocorreu em diferentes locais, considerando as condições de comodidade, tranquilidade, silêncio, privacidade e disponibilidade de tempo dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, obedecendo um roteiro semiestruturado, gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra, a fim de garantir a totalidade e a fidedignidade das informações.

Todos os aspectos éticos de uma pesquisa desta natureza foram respeitados, sendo obedecidas todas as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde. Inicialmente, foi feita uma apresentação formal do pesquisador, sendo a participação de membros da equipe do Centro Cirúrgico nas entrevistas precedida de esclarecimentos sobre o objetivo da mesma, seguido da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

O projeto foi submetido à análise e aprovação do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, do colegiado Interno da UF CCI, da Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão do HC-UFMG, e posteriormente, encaminhado para apreciação do COEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG (ANEXO A).

O acesso aos documentos e relatórios do HC-UFMG foi precedido de autorização fornecida pela Diretoria Geral da referida Instituição (ANEXO B).

#### **4.5. Análise de Dados**

Os dados coletados como material bruto, não permitiram extrair tendências claras e muito menos chegar a uma conclusão. Para tanto, é necessário empreender um estudo minucioso do conteúdo das entrevistas, de forma a elucidar os sentidos das palavras, captando as intenções, comparando, avaliando, descartando o acessório, reconhecendo o essencial, selecionando-o em tornos das ideias principais. Assim, foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas que “consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação”. (DIONNE E LAVILLE, 1999, p. 214). Os autores consideram que a análise de conteúdo não é um método rígido, que possui etapas bem circunscritas. Antes de estudo consideram este método como um conjunto de vias possíveis para a revelação de um conteúdo.

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1977, P.31) e “a partir dos resultados da análise, se pode regressar às causas, ou até descer aos efeitos das características dessas comunicações”. (BARDIN, 1977, p.22). Esta técnica de investigação permite, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, a interpretação destas mesmas comunicações.

Neste estudo utilizou-se a análise temática pela qual são identificados os temas abordados pelos entrevistados, que, agrupados por afinidade, constituem as categorias

empíricas. Foi feito um recorte dos conteúdos em elementos ordenados dentro de uma mesma categoria, detendo-se, por exemplo, em palavras-chave que traduzem idéias conectadas direta ou indiretamente ao objeto de sua investigação. A ordenação por temas, que, para além da aproximação com estrutura lexical ou gramática, permitiu construir análises a partir da compreensão do conteúdo das entrevistas.

## **5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados**

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados observa-se que a maioria é do sexo feminino (60%) e os demais do sexo masculino (40%). São 52,6% os que ocupam cargos de nível superior no HC-UFMG, 42,2% ocupam cargos de nível médio e 5,2% ocupam cargos de nível fundamental. 84,2% dos entrevistados pertencem ao quadro funcional da UFMG e 15,8% são trabalhadores terceirizados. Quanto ao tempo que trabalham no HC-UFMG, os entrevistados têm em média 13 anos e meio e 11 anos e meio de atuação no Centro Cirúrgico. Com relação à categoria profissional foram entrevistados 03 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 02 auxiliares de enfermagem, 01 farmacêutica, 01 técnica de farmácia, 01 técnico de radiologia, 01 assistente social, 02 assistentes administrativos, 01 roupeiro e 05 docentes da área médica, sendo 01 anestesista e 04 cirurgiões.

Na análise dos resultados, foram identificados quatro categorias empíricas:

- A percepção sobre o Centro Cirúrgico no contexto do Hospital das Clínicas
- Organização e gestão do Centro Cirúrgico: a visão dos profissionais de saúde.
- O papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico.
- Relações de poder no Centro Cirúrgico.

### **5.2. A percepção sobre o Centro Cirúrgico no contexto do Hospital das Clínicas**

Nesta categoria, vários aspectos relacionados às características do Centro Cirúrgico do HC-UFMG são abordados pelos entrevistados, possibilitando uma visão do serviço no contexto do Hospital e da área de saúde.

Os entrevistados percebem o Centro Cirúrgico como um setor complexo, um local tenso, agitado, que exige agilidade e sincronia entre as ações nele desenvolvidas e os demais setores do hospital, como a Central de Material Esterilizado, Farmácia, Centro de Tratamento Intensivo e outras unidades. Esta sincronia, considerada importante para assegurar

a qualidade da assistência se confronta com a realidade dos processos de trabalhos fragmentados e respostas morosas em função da burocracia hospitalar. Como consequências, ocorrem conflitos e problemas que interferem nos resultados a serem alcançados.

*O bloco cirúrgico é um ambiente tenso por natureza. Mas o bloco cirúrgico tem especificidades que são minúcias que têm que casar uma com a outra, entendeu? É isto que eu vejo no bloco. Tem que ser tudo sincronizado, muito sincronizado. (E1)*

*Mas é um bloco difícil, porque você lida com muitas variáveis. (E 3)*

*O bloco cirúrgico é mais complexo mesmo. (E9)*

Por ser um ambiente fechado, de fluxo restrito, o Centro Cirúrgico exige uma organização específica, em que há um tempo determinado para o desenvolvimento dos procedimentos da assistência cirúrgica, isto é, a anestesia, o ato cirúrgico, a recuperação pós-anestésica e o encaminhamento do paciente às unidades de internação de origem e ou ao centro de tratamento intensivo. Assim, a necessidade do controle de todos os procedimentos e a exigência dos recursos necessários para realizar o ato cirúrgico, acelera o ritmo de trabalho e aumenta a complexidade das ações. Os entrevistados relatam que o trabalho é realizado em ritmo acelerado, o que inevitavelmente gera estresse na equipe:

*Aqui é muita correria, é correria demais. (E14)*

*Tudo é muito rápido, tudo é muito urgente. (E16)*

Possari (2007), afirma que o centro cirúrgico pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especificidade e presença constante de estresse. Nesta perspectiva, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, SOBECC (2007), também define o centro cirúrgico como uma área complexa e de acesso restrito. Torna-se importante ressaltar que diferentes áreas de um hospital são mais ou menos tensas, dependendo do tipo de atividade, do nível de complexidade, do tipo de arsenal tecnológico e o caráter permanente de relação entre a vida e a morte. Tendo em vista estas características, o centro cirúrgico pode ser visto como área de tensão, sendo que parte desta tensão também sobrevém do fato de ser uma unidade isolada, de pouco contato com o ambiente externo e de ter uma característica de confinamento pessoal.

Gonçalves e Silva (2005), ao afirmarem que em um centro cirúrgico erros não podem existir, explicitam a “lei deste setor” que é obter o máximo de perfeição no trabalho, o que denuncia um clima de estresse e necessidade de regulação máxima sobre os fatos e atos relativos aos procedimentos cirúrgicos. Os autores consideram que no centro cirúrgico convivem lado a lado, máquinas e humanos, sendo dos últimos, exigido a eficiência dos primeiros. Alta perfeição, memória para detalhes e ausência de erros determinam um ambiente estressante, haja vista que os homens não são máquinas e embora detalhistas e responsáveis, são passíveis de erro. Nesta perspectiva, a gestão do centro cirúrgico deve assumir o papel de prever e prover os recursos necessários ao funcionamento do setor, bem como o desenvolvimento de pessoal para atender as demandas com menor desgaste dos trabalhadores.

No entanto, segundo os entrevistados, a ausência de uma lógica clara do processo de trabalho aliados ao funcionamento inadequado também geram estresse e tensão nos profissionais repercutindo de forma negativa nas relações interpessoais e na assistência:

*É tudo muito fragmentado, não existe uma lógica de funcionamento do bloco cirúrgico... Então eu fico pensando assim: eu ainda vejo o bloco numa nuvem. De fato, o que tem por trás disto é um mistério porque as coisas não funcionam. (E1)*

*O bloco cirúrgico é um setor muito pesado, acho que para todas as equipes. (E6)*

*O bloco, eu diria que é um setor bastante dinâmico sabe? É um setor tenso. Talvez por ser burocrático, o bloco se torna um setor tenso e as coisas têm que ocorrer rápido, então uma pessoa altera mais às vezes. (E7)*

Para os entrevistados, outra característica do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, refere-se à diferença na relação deste setor com as clínicas em que os pacientes são atendidos. Os sujeitos da pesquisa alegam que algumas clínicas são mais consideradas que outras, no que se refere ao planejamento para a ocupação das salas cirúrgicas, e identificam uma diferenciação entre os serviços cirúrgicos. Os entrevistados consideram que essa diferenciação não é somente no Centro Cirúrgico, mas em todo o hospital, sendo esta valorização sustentada pela direção do hospital, considerando que é de sua responsabilidade a decisão sobre os encaminhamentos que servem de base aos serviços.

Ao mesmo tempo, apesar de questionarem esta valorização, os entrevistados entendem ser mérito de alguns serviços o maior reconhecimento, considerando o melhor desempenho em número de cirurgias realizadas que estes serviços possuem. Contrapondo-se a essa postura que questiona a diferenciação de tratamento, há o entendimento de que as clínicas cirúrgicas que apresentam melhor desempenho devem ser mais bem atendidas pelo Centro Cirúrgico. Assim, os relatos evidenciam ao mesmo tempo uma percepção de diferenciação, mas também uma necessidade de avaliação de mérito que pode melhorar o desempenho do Centro Cirúrgico.

*Umás clínicas são beneficiadas, outras não, e isso acaba atrapalhando. Por quê? Vem uma pessoa de uma clinica e reclama porque que aquela clinica teve aquele benefício. (E12)*

*Se é um setor que não está produzindo nada, ele não tem o mesmo peso, inclusive no atendimento do que estão pedindo. Estão pedindo outra sala no bloco, como é que pode? Se não estão produzindo, eu não posso dar... O setor que está produzindo eu acho que faz por merecer. Mérito. Meritocracia. Meritocracia em todos os níveis. Não está produzindo é lógico que não podem ser também atendidos em tudo, porque não vai produzir mesmo. (E9)*

Esta visão de mérito defendida pelos entrevistados, por um lado acena com a perspectiva de estímulo às clínicas para que melhorem seu desempenho, mas, também significa perdas para outras que, no contexto hospitalar, possuem menores demandas cirúrgicas. Estas clínicas, consideradas de pequeno porte, usualmente possuem uma agenda mais restrita em função do número de pacientes a elas encaminhadas. No entanto, os gestores do Centro Cirúrgico devem prover condições em termos de recursos humanos, físicos e materiais, para atender a todas as clínicas, de acordo com a demanda e em tempo hábil, com qualidade e livre de riscos para os clientes e trabalhadores.

Associado ao entendimento de que algumas clínicas recebem tratamento diferenciado em função do seu desempenho, as entrevistas permitem evidenciar um descontentamento dos trabalhadores relativo às diferentes condições de trabalho no setor, no que diz respeito à infraestrutura e o quadro de pessoal. Para os entrevistados as diferenças existentes entre as clínicas são entendidas como privilégios dados pela diretoria do hospital a determinadas especialidades sem explicitar os diferentes critérios de alocação de recursos. Isto evidencia falta de planejamento do setor de acordo com as demandas, recursos alocados e estabelecimento de prioridades, comunicadas claramente a todas as equipes.

*Algumas salas têm o foco bom. Porque que conseguiram? Porque que algumas salas têm e a nossa não?. A sala de cirurgia cardíaca eles conseguiram trocar o foco, mas acho que foi com uma verba específica. Não sei como foi. A circulante ser fixa, na ortopedia já é assim. O técnico de enfermagem fica só na ortopedia, ele conhece tudo. Porque se bota um lá que não conhece, vai dificultar. Então facilita muito ter uma pessoa que já conhece tudo. Os outros conseguiram através da diretoria, então eu falei “eu quero também”, porque algumas áreas têm mais privilégios que os outros. Eles pediram, então eu vou pedir também. Ai eu fiz por escrito. Melhorou sem dúvida. (E9)*

Gonçalves e Silva (2005, p. 41) admitem a existência de diferenciação entre as clínicas em um bloco cirúrgico. A divisão das salas por especialidades aponta para uma ordem de controle e organização, não necessariamente com vistas à notoriedade vazia, por si só. Consideram que a demarcação destes campos profissionais “se alia à delimitação de valores distintos a cada um deles”, o que denuncia um reforço das corporações. A única competição admitida pelas autoras refere-se a um lugar mais alto na correria pela manutenção da vida, o que sugere a busca pelo maior saber, pelo maior poder. O poder que vem pelo saber.

Os entrevistados reconhecem ainda que o maior desempenho das clínicas no Centro Cirúrgico está relacionado à atuação e postura dos profissionais, que fazem a agenda acontecer em tempo hábil, obtendo melhores resultados. Tal fato nos leva a crer que em determinadas situações a instituição torna-se refém do comportamento dos seus trabalhadores. Assim, torna-se necessário haver intervenção na gestão de pessoas e na gestão do setor, no sentido de equalizar o desempenho do Centro Cirúrgico de forma que todas as clínicas apresentem resultados positivos de acordo com seu tamanho e necessidades institucionais.

*A minha sala funciona por causa da minha equipe. As outras salas não funcionam. Nós criamos uma ilha dentro do bloco e talvez dentro do hospital porque a gente consegue colocar o doente para dentro da sala de cirurgia rápido. (E8)*

Em relação ao funcionamento do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, os entrevistados apontam a complexidade nas relações internas e externas, tendo em vista a necessidade que estas ocorram de forma satisfatória, considerando a importância deste setor no contexto hospitalar e as dificuldades enfrentadas pelo setor no cotidiano.

*Ele funciona com todo o serviço de apoio porque a gente presta serviços para as clínicas cirúrgicas. O bloco presta serviço; é como se alugasse uma sala para cirúrgica I e cirúrgica II.(E2)*

*A gente trabalha mesmo é com as dificuldades. Não achei um fator que nos facilite. O que dificulta tem muito. (E9)*

*Atende várias clínicas e é um setor muito complexo que atende várias clínicas. Eu acho que o bloco cirúrgico é como se fosse o coração do hospital, porque atende quase todos os andares. (E12)*

As entrevistas mostram que as relações do Centro Cirúrgico com as unidades de internação dos pacientes são difíceis. O Centro Cirúrgico, como local de permanência transitória do paciente, necessita de articulação com as unidades de internação e com os demais setores fornecedores de insumos, o que parece não estar ocorrendo a contento em razão da escassez ou ausência de diretrizes para a organização do serviço. E, ainda, em relação a essa dependência de outros setores do hospital, existe uma queixa importante dos entrevistados sobre o não fornecimento dos insumos adequados em tempo hábil para que o Centro Cirúrgico possa atender às expectativas e tenha seu desempenho otimizado. Contudo, a falta de insumos é apenas um dos fatores que afeta a produtividade do setor.

*Bom, o que dificulta, eu acho, tem a ver com questão de ter que estar tudo muito sincronizado. Se na internação não faz a internação a tempo, o paciente atrasa... As cirurgias são canceladas porque o hospital não tem material suficiente, porque a CME não tem pessoal suficiente e não dá conta de esterilizar no tempo hábil. (E1)*

*A dependência em relação aos outros setores. Se eles não estão funcionando adequadamente, nós aqui também não conseguimos funcionar... Então se lá existe também a falta, por exemplo, dos materiais, por qualquer motivo que seja, ou por compra, ou porque acabou, não encaminhando em tempo hábil à CME, isto também vai trazer transtornos para gente. (E6)*

Os entrevistados reconhecem a dependência que o Centro Cirúrgico tem dos demais setores do Hospital e atribuem parte das dificuldades de funcionamento às deficiências

destes setores, que também têm as mesmas dificuldades. Esse reconhecimento aponta a necessidade de não olhar o ato cirúrgico como um fato isolado, mas de forma contextual, tendo em vista que é parte de uma organização e que as carências são comuns a todas as unidades. Questões concretas como falta de material esterilizado, sangue, vagas no Centro de Tratamento Intensivo e outras, são problemas administrativos do hospital que afetam o trabalho dos profissionais, cujo impacto é maior no Centro Cirúrgico por constituir-se como insumos básicos para o seu funcionamento.

*É difícil mesmo, porque se a gente expande o nosso lado e outros setores, por exemplo, não conseguem acompanhar, então não adianta também só expandir, sendo que dependemos muito do CTI... São muitos fatores. (E9)*

*Bloco cirúrgico e CME têm que andar junto, porque até hoje eu não sei quem é realmente o centro da organização do bloco cirúrgico, se é interno ou externo... CME não devia ser à parte, mas uma coisa anexa ao bloco cirúrgico. No entanto, existe uma separação grande. (E17)*

Os relatos apontam problemas somente externos ao Centro Cirúrgico. Contudo, é possível perceber que o funcionamento do Centro Cirúrgico depende de um conjunto articulado de relações internas e externas, na qual a responsabilidade possa ser compartilhada entre seus profissionais e os de outras unidades do hospital. Ressaltamos que o Centro Cirúrgico não é somente um aglomerado de técnicas. É um setor constituído de vários subsistemas que necessitam de planejamento e organização, de forma articulada, para atender a filosofia e metas não só do hospital, mas do sistema de saúde, cuja expectativa é grande em relação ao hospital universitário.

Os investimentos para o funcionamento adequado do Centro Cirúrgico devem considerar estes subsistemas, na perspectiva de um planejamento que englobe não só o setor cirúrgico, mas todas as áreas que se articulam para a assistência integral. Esta não é uma tarefa simples. Há que se considerar a necessidade de intervir em vários aspectos, desde mudanças estruturais amplas até mudanças de comportamento dos profissionais, articulação dos setores, estrutura física, inclusive os elevadores do Hospital, principal meio de transporte dos pacientes ao Centro Cirúrgico.

Por outro lado, os entrevistados revelam perda da visão sistêmica do Hospital, isolando o Centro Cirúrgico de outros setores, colocando-o em uma posição central,

a ser atendido por todos os demais serviços, de acordo com suas necessidades. Essa visão fragmentada dificulta a dinâmica de trabalho, uma vez que a realidade das demais unidades não é considerada, apesar de terem dificuldades semelhantes. O Centro Cirúrgico é um setor fechado, possui normas de funcionamento diferente de unidades abertas, relacionamento intenso entre os profissionais e necessidade de intercâmbio permanente com o exterior.

*Eu acho que pro bloco cirúrgico deveria ter um fluxo diferente. Não que os outros sejam menos importantes, mas a gente tem paciente na sala, precisa do material com urgência.*  
(E5)

Em seus estudos, Ghellere (1993), Silva (1997), Mastrantonio e Graziano (2002), Stumm, Maçalai e Kirchener (2006) afirmam que o centro cirúrgico é um setor especial dentro de um hospital. Reiteram que é um setor onde se realizam procedimentos invasivos, em que, condições específicas de funcionamento, suporte adequado nos aspectos técnicos administrativos referentes à planta física e localização, equipamentos, regimentos e normas e a segurança de mecanismos de controle e prevenção dos riscos são exigidos. Ghellere (1993) defende que tais exigências sustentam, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição. Características como estas, tão específicas, conferem ao centro cirúrgico um caráter de especificidade no contexto hospitalar, ainda que não represente a centralidade requerida pelos entrevistados. Ser diferente, não implica estabelecer prioridades para o Centro Cirúrgico, pois o mesmo depende do funcionamento adequado dos outros serviços.

O caráter complexo e emergencial dos procedimentos cirúrgicos exige dos profissionais respostas imediatas às demandas, o que implica em planejamento e gestão eficiente. Os profissionais esperam que os demais setores, fornecedores de insumos, considerem as demandas do setor como prioritárias, quando na realidade cada unidade assistencial tem seus processos de trabalho, metas, problemas e necessidades, sendo a relação com o Centro Cirúrgico é apenas parte de seu cotidiano. Nesta perspectiva, os setores que fornecem materiais e ou medicamentos, reagem à falta de planejamento do Centro Cirúrgico com resistência e indiferença, revelado nas entrevistas com certo isolamento do mesmo na dinâmica organizacional.

Na perspectiva dos problemas internos ao setor, os entrevistados rotulam o Centro Cirúrgico de ineficiente, relacionando a sua ineficiência ao comportamento de

trabalhadores do setor público como uma das causas do comportamento inadequado destes trabalhadores.

*Eu acho que outra coisa é o espírito do funcionário público. Funcionário público no Brasil ele não pode ser mandado embora... Então espírito de funcionário público pra mim é um fator limitante terrível. Assim como nós temos excelentes profissionais, nós temos péssimos profissionais que às vezes são deslocados de uma área para outra, e continuam péssimos, sem nenhum interesse de melhorar e a instituição não pode fazer nada quanto a isto. (E10)*

Nos relatos é possível identificar dois aspectos importantes: desconfiança em relação ao funcionário público e a dificuldade para administrar as pessoas que compõem o quadro funcional do Centro Cirúrgico que, na maioria das vezes, apresentam baixo desempenho. Quanto a estes profissionais, seja professor ou técnico-administrativo, entre os quais se encontram pessoas produtivas e improdutivas, significa um quantitativo de cerca de 200 pessoas (HOSPITAL DAS CLINICAS, 2009). As dificuldades enfrentadas pelo Centro Cirúrgico levam os entrevistados a acreditarem que parte delas está relacionada às condutas de trabalhadores no setor público, que compromete o conjunto do trabalho realizado cotidianamente. Apontam uma “cultura de desorganização”, “um espírito de funcionário público”, como uma condição cristalizada ao longo dos anos, sem que haja, em razão da burocracia pública, punições e ou restrições a estes comportamentos. No entanto, cada um relata o comportamento do outro como se estivesse fora da situação, mas ao falar do outro coloca, em parte, sua visão de mundo e seu próprio comportamento. Ressentem-se da ausência de capacitação para as equipes e desenvolvimento de estudos no hospital relativos às condições e qualidade de vida no trabalho, como relatado a seguir:

*Eu não tinha nunca trabalhado em bloco cirúrgico, eu entrei aqui, como se diz, nua e crua. Minha primeira semana, no sábado aqui eu não sabia como funcionava. Eu não sabia nada, não conhecia nada de material. É ruim estar sempre perguntando: o que faço? É ruim porque a gente nunca sabe a resposta da pessoa. (E15)*

O entrevistado foi alocado no Centro Cirúrgico sem experiência prévia e parece que sem treinamento introdutório, o que faz aumentar as dificuldades do profissional e penalizar o setor com baixa produtividade.

Na realidade, há uma expectativa de que os trabalhadores tenham uma postura crítica, autônoma e sejam capazes de articular responsabilidade e compromisso no desempenho de suas atividades profissionais. No entanto, poucas vezes os trabalhadores são ouvidos nas dificuldades relativas às condições de trabalho e, portanto, a resposta que este oferece nem sempre é a esperada. Pereira (2004), estudando as relações de trabalho em um hospital universitário público, argumenta que o nível de complexidade das organizações hospitalares possui características de sistemas altamente burocráticos, rígidos, mecanicistas, o que muitas vezes gera nos trabalhadores de saúde, diante da possibilidade de mudanças, comportamentos defensivos, indiferentes ou conformistas.

Torna-se importante ressaltar que a análise de uma estrutura que envolve pessoas e processos deve considerar para além do comportamento dos sujeitos, o contexto onde ocorre o fenômeno. Neste sentido, Gonçalves e Silva (2005) ao analisarem as condições de alta tecnologia e os riscos de morte que muitos procedimentos cirúrgicos oferecem no dia-a-dia de um centro cirúrgico, consideram que estes dois aspectos do contexto de uma unidade cirúrgica, imprimem no trabalhador um novo modo de relações entre as pessoas e destas com o trabalho. Define, também, um distanciamento, perda da afetividade e alterações na sensibilidade, o que por sua vez pode ser expresso em um descompromisso do trabalhador com o trabalho. Os autores consideram que a fragmentação e a parcelização das tarefas presentes no cotidiano de um centro cirúrgico, além da demanda de aceleração no cumprimento destas, normalmente tira a dimensão intelectual do trabalho, retomando nesta prática, elementos comuns ao modo de produção taylorista/fordista. Portanto, a consequência deste processo obviamente será uma relação despersonalizada com o trabalho, na medida em que o trabalhador não percebe um significado e valor distinto nas tarefas que executa.

O quadro de pessoal do HC-UFMG possui diferentes vínculos empregatícios com profissionais desempenhando funções similares, trazendo consequências para o gerenciamento de pessoal. No Centro Cirúrgico, esta diferenciação, segundo um dos entrevistados, impacta negativamente no processo de trabalho, prejudicando os resultados do serviço.

*Existem pessoas que são remuneradas de fontes diferentes. E elas acham que são tratadas de forma diferentes. Ela acha que é preterida, e talvez não trabalhem adequadamente ou talvez trabalhe diferente da pessoa que recebe de outra fonte. E isto é um dificultador em minha opinião. Dentro da instituição. A pessoa que recebe de determinada instituição, de determinado setor, não sei se trabalha menos ou se trabalha menos motivada. E a outra*

*acaba perdendo a motivação porque acha que pode ser mandada embora a qualquer momento. Então isso algumas vezes atrapalha... Os diferentes vínculos empregatícios. Até do ponto de vista só médico, não só técnico. (E8)*

Como resposta às dificuldades impostas pela esfera governamental em autorizar concursos públicos, o Hospital realiza contratações terceirizadas, na tentativa de suprir a falta de pessoal. Como consequência, as expectativas e comportamentos dos trabalhadores do HC-UFMG, relativas ao seu processo de trabalho, são desenhadas em concordância com o tipo de vínculo empregatício que possuem na instituição. Trabalhadores do quadro permanente sentem-se seguros, estáveis, sem risco de demissão, o que, às vezes, resulta em menor grau de rigor no desempenho de suas atribuições. Aos trabalhadores terceirizados, falta o sentimento de pertença, que, acrescido à insegurança quanto à manutenção do emprego, gera permanente sensação de temporalidade, colocando o trabalhador à margem de compromissos efetivos com a instituição. Nesse sentido, Alves, Godoy e Brito (2008) destacam que a motivação para o trabalho está relacionada à auto imagem positiva construída ao longo da trajetória profissional, sendo esta auto imagem ligada, entre outros fatores, à credibilidade conferida por superiores hierárquicos e outros atores do processo produtivo. Pereira (2004) por sua vez, afirma que o sentimento de pertencimento à organização motiva o trabalhador a implicar-se com os objetivos da instituição, levando-o a esforçar-se para alcançar estes objetivos. Os argumentos destas autoras permitem uma crítica ao processo funcional do HC-UFMG, a despeito das restrições que este hospital, como instituição pública federal, tem sobre a captação de recursos humanos e as dificuldades que enfrenta para o envolvimento dos mesmos no processo de trabalho.

Os entrevistados relatam questões referentes a subutilização do Centro Cirúrgico e à cobrança institucional por melhoria no desempenho, em termos de produtividade, embora de forma defensiva, principalmente por se tratar de um centro cirúrgico de um hospital público e universitário, em um contexto de elevada demanda por cirurgias eletivas de pacientes do SUS.

*Nosso interesse de estar dentro do bloco é operar, né? A gente quer fazer a cirurgia. A instituição quer o bloco cada vez opere mais. (E1)*

*Existe grande dificuldade de agilizar as atividades do bloco cirúrgico... E a operacionalização dele é muito aquém da sua capacidade. E com isto, o funcionamento do*

*bloco fica limitado a atividades principalmente na parte da manhã. Ele é subutilizado, o bloco cirúrgico daqui é subutilizado. (E10)*

*O funcionamento deste bloco difere de outros blocos dos outros hospitais porque ele é cheio de particularidades, devido ao perfil dos pacientes e dos médicos que freqüentam este bloco... Estamos em um hospital universitário, que está mudando o perfil para o hospital público. Trabalhamos com grande número de residentes... É um bloco que tem alunos de medicina, de enfermagem e médicos da UFMG, professores, médicos pesquisadores só em período de pesquisa, que sazonalmente freqüentam o bloco e depois desaparecem. Então é diferente. (E3)*

As entrevistas evidenciam as deficiências de funcionamento e o baixo desempenho do Centro Cirúrgico, considerando que parte destes problemas está atrelada às características do HC-UFMG, por ser um hospital de ensino. Essa argumentação pauta-se no fato de que o aprendizado exige tempo e maiores recursos para a assistência e formação de recursos humanos, razões pelas quais o tempo gasto em procedimentos cirúrgicos é maior que nos hospitais privados, o que resulta em um menor número de cirurgias realizadas.

Os entrevistados associam a alta complexidade do paciente e a questão do ensino como fatores que causam a morosidade do Centro Cirúrgico, mas que são características inerentes a um Hospital Universitário, aspectos que impactam as contas hospitalares. Sendo assim, descrevem que o atendimento aos pacientes com patologias mais graves e o consumo de materiais utilizados na assistência prestada pelo aluno determinam um aumento nos custos hospitalares.

O funcionamento do Centro Cirúrgico, restrito aos horários da manhã como afirmam os entrevistados, deve ser reconhecido como item do diagnóstico administrativo, sendo previsto um planejamento que o permita funcionar integralmente, prevendo a assistência a pacientes graves e a atuação dos discentes.

Por ser um centro cirúrgico que focaliza a formação de recursos humanos tem um grande número de médicos da Faculdade de Medicina atuando em seu quadro funcional, o que constitui um fator positivo se comparado a outros hospitais, principalmente os privados. No entanto, esse quantitativo de cirurgiões e anestesistas, segundo os entrevistados não aumenta a produtividade do setor, mas, ao contrário, favorece a sazonalidade e define o tipo de cirurgias realizadas, tendo em vista que, os principais focos destes profissionais são ensino e pesquisa e não a produção de ações assistenciais. Essa

contradição necessita ser superada, pois como hospital integrado ao SUS tem compromissos firmados com o gestor municipal, em relação ao número de cirurgias oferecidas pela instituição.

*O funcionamento não vou dizer que seja caótico, mas é diferente... Não tem a característica de profissionalismo que um bloco de instituição privada teria. Ele funciona mais pausadamente, as cirurgias são mais lentas, as coisas se desenvolvem um pouco mais devagar do que deveria. O que segura um pouco é o fato de ter pessoas em aprendizado. Pessoas em aprendizado têm mais dificuldade, então você toma mais tempo com elas, você tem que ter uma paciência maior, as coisas têm que correr um pouco mais lento. (E3)*

*A gravidade dos pacientes que chegam dentro do hospital também um fator de custo muito alto... Os pacientes ficam no mínimo, ns filas, uns dois anos pra chegar aqui e quando eles chegam ao bloco cirúrgico, eles estão agravados, necessitam de cuidados muito mais complexos, muito mais caros. (E17)*

Os relatos apresentam três perspectivas que justificam o ritmo hospitalar: a questão do ensino, o perfil de alta complexidade dos pacientes e os altos custos hospitalares. Segundo os entrevistados estes três aspectos são especificidades de um hospital universitário que se opõem a uma assistência profissional e à otimização dos recursos. Pelas entrevistas infere-se que não é possível operar muito e ensinar ao mesmo tempo. Os entrevistados consideram que o ensino imprime ao ato cirúrgico um ritmo mais lento, mais pausado, exige comportamentos profissionais e uma dinâmica contrária a alta produção de atos cirúrgicos como acontece nos hospitais privados.

A despeito de se constituir como uma característica de hospitais universitários, o atendimento a pacientes portadores de patologias mais graves não pode se constituir em razão para morosidade no processo de trabalho. Ao contrário, pacientes mais graves, exigem tratamentos mais ágeis. As exigências do processo de ensino, a despeito da sua legitimidade, não devem impactar o desempenho e a produção do Centro Cirúrgico, como é relatado pelos entrevistados. Existem mecanismos de planejamento, normas e rotinas que, se utilizados, asseguram o funcionamento do Centro Cirúrgico por tempo maior que o turno da manhã, como registrado pelos os entrevistados, possibilitando aprendizagem adequada.

Em relação aos custos hospitalares, Médici (2001, p. 154), afirma que “os HU’s são instituições caras, por concentrarem atendimentos de alta complexidade, além de

atividades que mesclam atos médicos com procedimentos didáticos”. A baixa produção aliada ao excesso de gastos com material médico-hospitalar, medicamentos e exames de propedêutica são marcas do ensino em hospitais universitários, fato reconhecido inclusive pelos docentes. Portanto é necessário rever esta equação. Sem descaracterizar o hospital como uma instituição de ensino, faz-se necessário refletir sobre a questão da eficiência, não como um estímulo ao racionamento de serviços ou restrição ao processo acadêmico, mas como critério de avaliação de gestão.

Entendemos como uma forma simplista de analisar a situação, vincular o ensino à baixa produção e morosidade na execução dos atos cirúrgicos. Neste sentido, a melhora na produção, conseqüente ao planejamento adequado que considere as especificidades de um hospital universitário, viabiliza sua sustentabilidade, visto que a arrecadação de recursos advém do pagamento da assistência prestada. A este respeito, Campos (1999) defende que não se pode debater sobre a formação de recursos humanos em saúde sem considerar o papel da assistência neste processo. Para o autor, os desafios da formação médica estão ligados aos desafios da assistência e o segredo para que esta formação seja adequada relaciona-se com os modos de reformar a clínica. O ensino deveria então acontecer nas mesmas e difíceis condições oferecidas pelos serviços públicos, na medida em que o aluno deve, a favor de sua formação, conhecer a realidade social no qual ele vai futuramente trabalhar.

*É um hospital universitário. Não é um hospital de assistência pura...O hospital é público e tem que atender...Eu vejo assim... Fazer assistência, fazer volume não. Eu vou atender ambulatório, eu vou operar, eu vou fazer um pouco mais devagar mesmo porque aqui é um hospital universitário. (E9)*

Tais argumentos são relevantes, mas devem ser equalizados com a lógica financeira definida pela instituição, na medida em que esta baliza o processo de sobrevivência do hospital. Vecina Neto e Malik (2007) analisando as tendências da assistência hospitalar no Brasil apontam que os hospitais universitários públicos são responsáveis por cerca de 3% dos leitos ofertados no âmbito nacional e neles são realizados quase 12% dos procedimentos, com concentração em atos de alta complexidade. Para a rede pública, onde estão inseridos se observa a busca por mais e melhores resultados. Afirmam, também, que a rede hospitalar brasileira não é dirigida pela relação custo-volume-lucro, e admitem que a tendência seja criar escalas econômicas para os serviços com maior complexidade. A captação de recursos

destinados ao financiamento dos hospitais públicos torna-se primordial como uma das diretrizes da gestão institucional, diante do aumento da demanda. Essa permanente necessidade de captação de recursos financeiros com fim de garantir a sobrevivência dos HU's hipertrofiou a assistência, relegando o ensino e a pesquisa a um plano secundário.

Quanto à relação ensino-assistência, Pereira (2004) caracteriza o trabalho dos hospitais universitários como uma possibilidade das universidades intensificarem seu papel social, proporcionando condições necessárias ao ensino, pesquisa, extensão e assistência. Considera ainda estes quatro fatores da formação acadêmica como indissociáveis. Neste sentido, Fraga (1990) citado por Pereira (2004) defende que, para a prática do ensino na área da saúde, os hospitais universitários continuam sendo os maiores e melhores centros de formação de recursos humanos. Essa opinião é compartilhada por Lemos (1998), que entende estarem os hospitais universitários, hoje, contribuindo para a formação, não só de profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, mas também de profissionais de outras áreas, como engenheiros, arquitetos, administradores e outros. Este dado agrega valor ao papel do hospital universitário como formador de recursos humanos, à medida que tem se inserido cada vez mais no mundo do trabalho, para além do seu papel na área da saúde.

Na prática, frente às crises enfrentadas para a subsistência dos HU's, observa-se que “a assistência tornou-se, operacionalmente, o carro chefe dos hospitais universitários” (PEREIRA, 2004, p. 22). Esta mudança na lógica de funcionamento dos HU's deve-se ao fato de que a permanente necessidade de captação de recursos financeiros que garantam a sobrevivência dos hospitais universitários hipertrofiou a assistência e relegou a um plano secundário a questão do ensino e da pesquisa. Foi necessária então uma ágil reestruturação da dinâmica de atendimento e funcionamento dessas organizações a fim de garantir a excelência no ensino (PEREIRA, 2004). Era preciso organizar a assistência, garantindo a pesquisa e o ensino de qualidade.

Em relação ao desempenho do Centro Cirúrgico, os entrevistados, questionam as relações da instituição com a rede de assistência pública à saúde. O pano de fundo deste questionamento refere-se à possível perda de autonomia que o HC-UFMG passa a vivenciar a partir das relações com a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Dentre os médicos, docentes da Faculdade de Medicina, esta dúvida é corrente e têm embasado muita resistência destes profissionais às diretrizes de aumento de produção definidas pela direção do hospital.

*Você acha que esta atual política do HC é o caminho certo mesmo? Nós que antes éramos ligados a FM, somos um HU, não estamos muito atrelados às normas, as orientações que vem da SMSA? Isto é uma coisa que muita gente tem perguntado. (E9)*

O questionamento dos entrevistados remete ao tempo anterior à inserção do HC-UFMG ao SUS, quando o hospital pertencia à Faculdade de Medicina e recebia recursos exclusivos do Ministério da Educação. Hoje o hospital é uma unidade especial da UFMG, conveniado com o SUS, cujo gestor dos serviços de saúde no município é a SMSA, que determina normas de produção para todos os hospitais públicos vinculados ao SUS.

Anterior a esta realidade, o HC-UFMG viveu situação em que o paciente permanecia hospitalizado por um longo período de tempo, muitas vezes sem a justificativa de necessidade clínica. Na maioria das vezes, as internações se prolongavam por problemas sociais ou desenvolvimento de pesquisas. Além disto, o acesso aos serviços de saúde e o número de cirurgias realizadas era menor. Atualmente, a monitorização dos fluxos dos pacientes, dos processos assistenciais e o período de hospitalização contam com instrumentos mais eficientes e eficazes, haja vista que a mudança da lógica institucional definida pelo SUS, opera no sentido de possibilitar maior acesso, com maior resolutividade no menor tempo possível. O hospital continua sendo administrado pela UFMG, mas também, passa a ser parte do sistema de saúde e não um isolado hospital universitário vinculado à Faculdade de Medicina.

As entrevistas, contudo, apontam prejuízos para o ensino e para o paciente a partir da inserção do hospital na rede municipal de saúde. Novamente a perda da autonomia é registrada, e as queixas sobre o não reconhecimento das especificidades de um hospital de ensino são evidenciadas.

*Este é um hospital de graduação que atende a área da saúde. Não só da medicina, enfermagem, fisioterapia, e outras áreas. Inclusive odontologia. Então eles acham que nós estamos seguindo muito o caminho assistencial puro, esquecendo, desligando um pouco da parte acadêmica. Nós perdemos aquela capacidade de decisão aqui, né? Quando nós atendíamos ambulatório a gente discutia este caso... Agora tudo tem que ser encaminhado para a central. Ai o paciente sofre com isto. Nós somos um hospital diferente, e é isto que a gente gostaria, que a secretaria nos visse também como hospital diferente. (E9)*

Antes de o HC-UFMG integrar-se ao SUS, o ensino no hospital era somente nos ambulatórios e enfermarias. Hoje as possibilidades estendem-se por toda a rede. Novas oportunidades de ensino se abriram e devem ser valorizadas. Os serviços de saúde mudaram mais do que o ensino e se aproximaram da população através dos centros regionais de saúde, programa de saúde da família e outras iniciativas do SUS. Aprender em novos cenários, como Unidades Básicas de Saúde permite a construção de novas posturas a partir de maior e melhor aproximação com os problemas existentes no campo da saúde.

Quanto ao papel dos HU's na formação de recursos humanos em saúde, Campos (1999) considera que o Brasil precisa de hospitais especializados, porém aponta a inadequação destes hospitais especificamente para o ensino de medicina ou enfermagem. O autor considera que a despeito de serem serviços ótimos para residência, pós-graduação e realização de pesquisa de ponta, “não estariam servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral” (CAMPOS, 1999, p.189). Neste sentido, defende o deslocamento dos espaços práticos do ensino, sugerindo que “haveria que se formar profissionais de saúde, treinando-os também em centros de saúde, hospitais dia, em domicílio, na comunidade, na escola, etc.” (CAMPOS, 1999, p.190).

Além disto, a respeito da relação dos HU's com a rede pública de serviços de saúde, após a reforma sanitária dos anos 80, a criação do SUS e uma grave crise de recursos para investimentos na área da saúde e nas políticas sociais dificultavam essas mudanças, definindo uma pressão pela ampliação da cobertura impingida ao processo de implantação de um sistema universal de saúde (GARCIA PRIMO et al, 2008). Os HU's, como todos os demais hospitais públicos, passaram a receber e depender dos recursos governamentais, repassados através da compra e venda de serviços.

Nesta perspectiva, em 2001, foram iniciadas as negociações para o Convênio Global a ser estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Este convênio definiu os compromissos do HC-UFMG com o SUS, estabelecendo as metas de produção, qualidade e assistência. Com vistas a reiterar o interesse do governo federal no estabelecimento das relações dos HU's com o SUS, em 2004, respondendo a crise crônica dos hospitais de ensino, os Ministérios da Saúde e da Educação publicaram uma série de portarias interministeriais, que alteraram a forma de certificação e financiamento destas instituições, reintroduzindo a modalidade de orçamento global, modalidade esta que já vinha sendo experimentada pelo HC-UFMG. (GARCIA PRIMO et al 2008).

Reiterando, portanto as conclusões de Garcia Primo et al (2008) quando se refere às novas bases de financiamento do HC-UFMG, temos:

O Hospital das Clínicas, como estratégia de sobrevivência e em resposta à nova realidade política e de financiamento do setor saúde, tem procurado se adaptar às mudanças que lhe são impostas, seja por meio da regulação, do aporte de recursos ou dos critérios de credenciamento. O desafio, na relação com o Sistema Único de Saúde, é que seja preservada a identidade do hospital como instituição de ensino universitário, mantendo seu papel, não apenas de prestador de serviços, mas também de formador de profissionais, realizando pesquisas e incorporando novas tecnologias na área de saúde. (GARCIA PRIMO et al 2009, p. 37).

O HC-UFMG é hoje o principal hospital da rede estadual em valor de serviços prestados e sua produção ambulatorial e hospitalar se assemelha a de outros grandes prestadores, como a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital das Clínicas de Uberlândia (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2008). Tal postura assumida pela instituição reforça os argumentos de Carapinheiro (1998) ao considerar que é característica dos hospitais, em geral, adaptarem-se às mudanças políticas e econômicas, conservando uma margem de definição e tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares, sendo que a estas, correspondem a processos específicos de produção.

Os entrevistados referem-se às limitações do hospital quanto às perspectivas de investimentos tecnológicos e estruturais para a ampliação dos serviços cirúrgicos. Relatam as dificuldades na resolução de problemas, entendendo que estes não são passíveis de resolução, tendo em vista o engessamento imposto aos hospitais públicos universitários no que diz respeito à contratação de pessoal, manutenção e compra de materiais.

*Então você esbarra na questão da burocracia institucional, que é do público mesmo, você tem que licitar, você tem que conversar com as equipes sobre o tipo de material. Você esbarra na questão de ter que licitar o material, é burocrático mesmo. (E1)*

*É coisa de serviço público, tem que fazer licitação. A coisa é demorada mesmo. Mas tinha que ter uma maneira mais ágil de fazer estas coisas. Estou precisando deste material agora, posso comprar rápido, como é que faz? A gente pede, mas vai demorar um ano, dois anos. Uma pequena peça que você tem que comprar para uma máquina estragada tem uma dificuldade tremenda, uma burocracia absurda, para no final o cara falar que custou R\$90,00. Tive um caso deste que eu tirei dinheiro do bolso e dei para que eu trabalhe tranquilo, com segurança para o paciente. A instituição não me deu isto, a instituição nem meu grupo. Isto não pode ser assim, tinha que ser mais fácil. Ai é que está a dificuldade. (E9)*

O HC-UFMG como instituição pública federal é regido por normas e leis específicas, quanto à questão de obras e aquisições tecnológicas, deve atender à Lei 8666 de 21 de junho de 1993. Em seu artigo 1º esta lei estabelece norma sobre licitação e contratos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações e locações, exigindo em seu artigo 2º e artigo 3º que estas ações sejam precedidas de licitações, obrigando à seleção da proposta mais vantajosa para a Administração em consonância com os princípios básicos da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo correlato. A obediência a este processo significa morosidade em qualquer ato de investimento na estrutura física e ou tecnológica do hospital, tornando-se difícil para os profissionais que atuam na assistência direta ao paciente, o entendimento da falta de agilidade na aquisição do material solicitado. O não cumprimento desta lei impõe à instituição severas penalidades administrativas, financeiras e até mesmo responsabilidade civil impingida aos seus diretores.

O processo de recuperação da saúde, cumprido em intervenções que exigem uma instrumentalidade diagnóstica e terapêutica resolutiva, na maioria das vezes não anda em sintonia com os meios gerenciais de que dispõe as instituições de saúde públicas. A este respeito, Vecina Neto e Malik (2007) argumentam que:

O instrumental de gerência do Estado brasileiro é insuficiente e gerador de ineficiências. Concursar, licitar, orçar (no sentido da administração pública) não garante a alegadamente pretendida isonomia e ainda gera falta de transparências e excesso de burocracia. As regras para a gestão da coisa pública estão voltadas para os meios e não para os resultados. (VECINA NETO E MALIK, 2007 p.836.)

Assim, a demora na aquisição de serviços e equipamentos é a realidade das instituições públicas e gera grande desgaste nos trabalhadores que atuam nas atividades fim.

O processo de compras no HC-UFMG considera a padronização de materiais, medicamentos e equipamentos usualmente utilizados. Ao serem padronizados, estes produtos são regularmente adquiridos em maior quantidade, considerando o planejamento baseado na média histórica do uso do produto. Os problemas ocorrem quando o material demandado é pouco utilizado, e, portanto, não é padronizado, tais como peças de reposição de equipamentos cirúrgicos e outros similares. Estas exceções são frequentes e, geralmente, estão relacionadas à falta de planejamento para atendê-las, considerando que são passíveis de acontecer em um hospital do tamanho do HC-UFMG. No campo da saúde é importante lidar com eventualidades, mas planejamento e organização adequados e flexíveis devem ter

prioridade, considerando que a falta dos mesmos penaliza freqüentemente trabalhadores e pacientes.

### **5.3. Organização e gestão do Centro Cirúrgico: a visão dos profissionais de saúde**

A maioria dos entrevistados teve dificuldade em falar sobre a gestão do Centro Cirúrgico. Os motivos podem ter sua origem nas experiências com os modelos de gestão de vários anos, a proposta de mudança atual e não internalização do modelo descentralizado de UF, em vigor desde 2005. Parece que o novo modelo de gestão implantado no Centro Cirúrgico não foi compreendido ou aceito, em sua totalidade, pela maioria dos trabalhadores, que se referem a uma fase de transição vivenciada no setor.

*Atualmente, durante estas décadas que eu já passei aqui... no momento eu sinto que está tendo uma transição né? Digamos também, da gente estar acompanhando o modelo de gestão do hospital, de estar se enquadrando na questão da unidade funcional. Mas, no momento estou achando um pouco tumultuado, sabe?(E 7)*

*Eu estava comentando aqui outro dia que nós já sabemos que tem uma nova gerente e tal, mas o pessoal não fez uma reunião para nos apresentar, eu acho que seria importante. (E 6)*

Segundo os entrevistados, participar da implantação do novo modelo de gestão significa uma discussão com os trabalhadores sobre as diretrizes da proposta gerencial, visando à apropriação do significado que esta terá em seus processos de trabalho. Este modelo de gestão foi apresentado a um número limitado de pessoas do Centro Cirúrgico, com restrição das discussões amplas e abrangentes, o que, de forma geral, dificultou a implicação dos trabalhadores no novo modelo de gestão.

Merhy, Cecílio e Campos, citados por Pereira (2004), enfatizam que considerar os trabalhadores de saúde como simples instrumentos de trabalho condicionados apenas a executar as decisões sem delas participarem, inviabiliza que mudanças ocorram. Um modelo de gestão participativa só tem e faz sentido na medida em que alcança os micros espaços políticos da instituição, isto é, os trabalhadores que atuam na ponta do sistema.

Para obter sucesso na gestão é importante que exista clareza entre os trabalhadores, sobre os processos organizacionais propostos bem como sobre a prática gerencial. O compartilhamento de informações e a democratização das discussões em espaço coletivo são importantes para motivar e promover o interesse do trabalhador. A gestão compartilhada com os trabalhadores, segundo Deus (2009), é o motivo de aumento da implicação e responsabilização do trabalhador nos processos de trabalho. No entanto, a gestão descentralizada do novo modelo de gestão do hospital não encontrou no Centro Cirúrgico a adesão pretendida. A falta de entendimento acerca das diretrizes do modelo de UF parece estar refletindo no cotidiano da unidade.

*Tem um gerente geral do bloco e depois tem os coordenadores: coordenação de enfermagem, coordenação médica, e administrativa e cada uma passa o seu trabalho direto para a gerencia geral que acredito, está ligada à diretoria. Eu imagino que a gestão do bloco se dá neste formato. Eu entendo assim. (E11)*

*Nós temos três gerentes, cada um no seu setor. Tem a gerente do bloco, administrativo, para o bloco inteiro, da unidade funcional, tem o coordenador médico, o dos anestesiologistas e de enfermagem. E tem a coordenadora administrativa. (E14)*

*A gestão do bloco cirúrgico é uma coisa difícil de dizer, porque devido a estas próprias características diferentes deste centro cirúrgico, tem necessidade de mais de um gestor. (E3)*

As diferentes categorias profissionais que atuam no Centro Cirúrgico reconhecem as relações hierárquicas entre elas e entre as suas respectivas coordenações técnicas. Quanto às estas coordenações, as entrevistas relatam que estas coordenações não interagem a favor de um projeto assistencial e gerencial comum para o Centro Cirúrgico. O trabalho desenvolvido é fragmentado e realizado em uma lógica corporativista.

*Na minha avaliação, hoje, não temos no centro cirúrgico uma gestão assim, em questão da organização perfeita. Acho que está implantando isto agora. A gente tem uma forma de organizar, de coordenar, mas não da forma que seria adequada. Mas tem (E 2)*

*Olha, na minha visão é que o bloco cirúrgico é dirigido por uma coordenadora de enfermagem mais as enfermeiras supervisoras. Tem também o coordenador médico... Que juntos dirigem, fazem a gestão do bloco cirúrgico. (E5)*

*Pelo que eu entendo do bloco cirúrgico nestes anos todos, tem uma coordenação médica do bloco cirúrgico e uma coordenação de enfermagem que são, a meu ver, os que coordenam as atividades mais na área assistencial do bloco cirúrgico. Pelo que eu sei tem uma coordenação administrativa também operacional do bloco e que se responsabiliza pelo faturamento do bloco, despesa, aquisição de material, etc. A maneira que eu vejo o bloco cirúrgico é deste jeito. Uma coordenação médica, uma de enfermagem e uma administrativa. (E10)*

Os entrevistados reconhecerem ainda o autogoverno de cada coordenação técnica, na prática diária do serviço, e da ausência de uma interação destas múltiplas chefias. São gerências tradicionais que assumiam a gestão técnica e administrativa e que vão continuar com o modelo de UF, respondendo pelas corporações.

*Eu avalio que a gestão é dividida, ela é totalmente fragmentada e falta uma interação entre estas áreas para poder ficar uma coisa, fluir melhor né? (E15)*

*Fica o administrativo com a parte dele e não consegue entrar na área da enfermagem. Então ela... Não, é questão de fazer algumas argumentações que se fazem necessária. (E1)*

*O que facilita é a posição, principalmente do coordenador, que eu acho é o elo da equipe. Porque por mais que o ambiente esteja com estresse, conflituoso, ele harmoniza equipe. Não só o gerente, mas o coordenador médico, trabalhando em harmonia com o coordenador de enfermagem. (E13)*

As entrevistas apontam uma aderência particular ao modelo de gestão anterior, conhecido e confortável para todos, por que não opera mudança alguma, nem no processo de trabalho nem nas relações que estão estabelecidas no Centro Cirúrgico. Cecílio e Merhy (2003) consideram que são complexos, sutis, pouco explícitos e ambíguos os mecanismos de coordenação nos setores dos hospitais sempre existindo a sensação de uma orquestra funcionando sem regente. A análise dos autores reforça nossa posição de

considerarmos fundamental que haja clareza entre os trabalhadores sobre o modo da gestão definido para a unidade, pois ao contrário, torna-se difícil o cumprimento da missão e das diretrizes estabelecidas. Para isso, o trabalhador de qualquer categoria profissional necessita conhecer como estão definidas as regras do processo de trabalho e de funcionamento, quem define, quais os objetivos, metas, fluxos, enfim, toda a dinâmica do setor.

A gestão descentralizada do novo modelo de gestão implantada em todo o HC-UFMG não encontrou no Centro Cirúrgico a ressonância pretendida. A falta de entendimento das diretrizes do modelo isolou o Centro Cirúrgico I do novo contexto gerencial do hospital, onde prevalecem equipes das UF's. De acordo com Bernardes et al (2007, p. 865) “os métodos de gestão colegiada assentam-se na idéia de participação e democratização das decisões, de forma que ninguém deveria decidir sozinho ou no lugar dos outros”. Neste sentido, fica evidente pelas falas dos entrevistados, que as coordenações do Centro Cirúrgico, caminha no sentido contrário ao proposto pelo modelo de gestão colegiada às UF's, ao insistirem em centralizar as decisões nas mãos dos coordenadores técnicos. Reconhecemos que é difícil quebrar paradigmas hegemônicos, principalmente quando se pretende criar novas instituições, novas formas de fazer a gerência, baseando-se numa política de diálogo, com responsabilidades e decisões compartilhadas.

Um dos princípios do modelo de UF é a presença e atuação de um gerente que possa conduzir de forma adequada os trabalhos. Contudo, pelos relatos, este gerente, formalmente instituído, ainda não foi reconhecido como autoridade no centro cirúrgico. Entendido mais como um interlocutor privilegiado da Diretoria do hospital, o gerente lida com práticas corporativas autoritárias, exercidas num ambiente chamado democrático. Os entrevistados percebem que ainda há uma centralização das decisões nos coordenadores técnicos (médico, enfermeiro e administrativo), em detrimento das ações do gerente, como responsável pelos recursos físicos, materiais e humanos do setor, bem como um articulador entre os diversos profissionais do Centro Cirúrgico.

O projeto de gestão no HC-UFMG preconiza que para planejar e monitorar o desempenho das Unidades Funcionais, o gerente “deverá ser capaz de coordenar a gama de atividades desenvolvidas nas áreas assistenciais e administrativas”. (HOSPITAL DAS CLINICAS, 1999d, p.7)

Neste sentido, Scraiber et al (1999), argumentam que a prática do administrador e do gerente de unidades e serviços do setor público de produção de assistência à saúde, enfrenta grandes desafios ao ocupar este novo lugar e tem como função:

Garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços, possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico científica das ações que serão produzidas. (SCRAIBER et al, 1999, p.224 -225.).

Em síntese, a missão do gerente da UF, como unidade produtiva, é promover e incentivar a qualidade técnica do cuidado a partir de definições negociadas entre os profissionais, estabelecendo em contra partida, estratégias de avaliação e controle deste processo, resgatando o profissionalismo e valorizando o trabalho. É uma tarefa difícil porque abriga uma posição contraditória: uma permanente negociação e o manejo de mecanismos de regulação e controle, com as resistências peculiares.

Quanto à estrutura gerencial, alguns entrevistados argumentaram sobre diferentes aspectos tais como: qual profissional gerencia o Centro Cirúrgico, inexistência de controle dos processos e insumos, apresentação das expectativas sobre as condutas gerenciais no setor, explicitação das diferenças de atitudes entre as coordenações técnicas e o tipo de parceria entre os coordenadores e o gerente.

*Bom, o bloco não tinha gestão. Então quem que vai dar a direção no bloco? Não tem. Não tem quem faça. Hoje é o que percebo no bloco cirúrgico. É a enfermagem? Não é. É o anestesista? Todo mundo é dono de tudo, e ao mesmo tempo ninguém é responsável por nada. (E1)*

Não há clareza sobre quem é o responsável pela gestão do Centro Cirúrgico, apesar de todos terem conhecimento que hoje a unidade é uma UF. No entanto, os entrevistados reconhecem que está em construção uma nova forma de gerência e novas condutas. Neste contexto, há expectativas favoráveis quanto a atuação da nova gerência, entendida como responsável por processos de trabalho mais resolutivos.

*Outro fator facilitador eu acho que a gerencia que está no momento, embora não seja da área, ela ouve muito. Ela sempre, nenhum momento que eu fui discutir alguma coisa com ela, ela não estava disponível. Ela é muito disponível para nos ouvir. (E11)*

*Hoje a gente tem uma gerente que corre atrás realmente dos problemas do bloco. Agora com a nova gestão a gente sabe, as coisas estão bem mais claras. Nós temos uma gerente que gerencia o bloco. (E12)*

Percebemos um paradoxo na gestão da UF CCI, pois, os entrevistados não reconhecem o gerente formal, mas falam de um “novo tempo” no Centro Cirúrgico, no qual se busca melhor delimitação dos papéis e atribuições na estrutura gerencial. Há um destaque para a mudança do papel do gerente que passa a ser reconhecido como uma possibilidade de resolução dos problemas. Neste sentido, existe uma expectativa quanto ao desempenho deste profissional, na medida em que ele vem responder aos anseios de organização revelados pelos entrevistados.

Apesar de mudança da gerência, as entrevistas apontam que a conduta gerencial ainda está pautada no modelo clássico de gestão, no papel de autoridade, à qual se submetem os coordenadores técnicos. Não falam dos colegiados como instâncias deliberativas, conforme preconiza o modelo de UF. Pelo conjunto das entrevistas, parece que aguardam uma posição do gerente, embora não haja um desejo real de mudanças. Já se passaram três anos e as mudanças não aconteceram.

A perspectiva da reestruturação administrativo-gerencial do HC é que cada UF tenha seu próprio colegiado interno, sendo este composto por representantes dos serviços/setores existentes na unidade. A função deste colegiado, que funciona sob a coordenação do gerente, é definir coletivamente os objetivos, metas e indicadores, sendo pactuados e negociados os recursos existentes na UF com a Diretoria do hospital, definindo as prioridades para seus investimentos (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 1999d). Contudo, no Centro Cirúrgico, somente em 2008, com a mudança de gerente, foi organizado o colegiado interno da unidade. Até então, a resistência à estruturação das instâncias colegiadas na unidade, impediu a organização deste fórum deliberativo.

Interessante ressaltar que dentre os entrevistados somente um deles, ao ser questionado sobre a gerência do Centro Cirúrgico, reconheceu a necessidade do estabelecimento de uma relação da visão ampla do gerente e dos chefes de serviço relativo ao atendimento das necessidades da unidade.

*Como coordenador do serviço tenho que fazer a coisa funcionar. Eu sou responsável também. A posição de chefe, ele tem que ver o que está acontecendo e abrir o diálogo. Tem algumas pessoas que não abrem, acham que mandam e desmandam... Precisa mostrar a*

*necessidade, porque o administrador está na função dele. Avaliar primeiro se é importante ou não. Ele não pode atender de primeiro tudo que chega. (E9)*

Os entrevistados aspiram por um formato de coordenação que atue em uma estrutura de comando horizontalizada, que considere o outro e contexto do trabalho e da unidade, a despeito de admitirem que no centro cirúrgico existam coordenadores que assumem posturas características de linha de comando vertical, baseadas no exercício do poder autocrático.

O discurso dos entrevistados permite identificar dois tipos de coordenação: uma que é parceira, que compartilha não só o trabalho, mas as responsabilidades sobre este, permeando sua autoridade com diálogo e crítica, e outra que, se distancia dos trabalhadores, se posiciona hierarquicamente, exercendo poder sem se responsabilizar com os resultados do processo de trabalho.

Motta (1997) discutindo a liderança nos processos de mudança organizacional aborda três conceitos importantes: gerência, liderança e poder. O autor considera que a liderança é uma função gerencial e o uso do poder é uma habilidade primordial da liderança. A liderança devidamente exercida deve estimular a iniciativa, a não conformidade, o diálogo, a autonomia dos subordinados, e neste processo, desenvolver o sentimento de interdependência entre as partes sendo respeitadas as individualidades do coordenador e dos coordenados.

Por outro lado, Motta (1997, p.213) apresenta uma liderança, em que, o dirigente, sustentado pela posição hierárquica, mantém uma distancia social do trabalhador que o transforma em “indivíduos autocentralizados, amantes do poder, que dificilmente estabelecem com seus subordinados, relações adequadas de liderança”.

A crítica na fala do entrevistado E9 anteriormente registrada, nos parece apontar para a perspectiva de que, em um ambiente como o centro cirúrgico, as lideranças internas deveriam ser, não uma condição passiva, inerente à hierarquia, mas resultado de participação, envolvimento, comunicação, cooperação, negociação, iniciativa e responsabilidade. Vale ressaltar que cabe aos dirigentes de uma organização o papel fundamental de conduzir os processos da forma racional e otimizada possível (PENA, 2006). Portanto, a estrutura gerencial tem a atribuição, diante de todos os problemas do Centro Cirúrgico, de otimizar os recursos que este setor possui, buscando alcançar os objetivos. Para

tanto, é necessário que disponha de instrumentos e, neste sentido, o planejamento é uma ferramenta eficaz, mas o Centro Cirúrgico do HC-UFMG não tem tradição em planejamento.

Os entrevistados revelam que não há ações regulares voltadas para o planejamento do setor e as poucas iniciativas, neste sentido, quando existem, não chegam ao conhecimento de quem operacionaliza a assistência. O planejamento existente e conhecido refere-se apenas à agenda cirúrgica, usada como norteadora para a organização das salas cirúrgicas. Contudo, os relatos evidenciam que usualmente esta escala não é cumprida. Considerando que o cirúrgico depende do tipo de cirurgia e da idade do paciente, as constantes mudanças na agenda obrigam às vezes em caráter de urgência, a fazer remanejamentos e readequação dos equipamentos da sala cirúrgica. Estes reajustes ocorrem em caráter emergencial, causando estresse na equipe de enfermagem, porque quase sempre, são comunicadas no dia da cirurgia.

*Bom, é o planejamento diário, que a gente segue mesmo. Cada um tem... É igual formiguinha. Às vezes, o planejamento fica falho, porque ou chega em cima da hora, e às vezes o próprio planejamento existe, mas a própria divulgação dele, a comunicação fica um pouco falha.*  
(E4)

*Outro fator que também eu acho agravante é eles não seguirem a escala cirúrgica porque você monta a sala, vamos supor, para uma cirurgia de adulto e de repente, vai ser uma criança. Ai você tem que ir à farmácia e pegar outros materiais, atrasa. Para o anestesista também é complicado. Se ele prepara o material de anestesia para adulto e de repente é criança, ele tem que trocar todo o material. Você tem que mudar todo o seu material, muda duas, três vezes na sala. Está tudo montado para adulto e vai ser criança de novo. Tem hora que duas ou três vezes você está mudando.*(E5)

O que se percebe é que, no Centro Cirúrgico do HC-UFMG, existe uma distinção entre quem pensa e quem executa. A organização da agenda cirúrgica é feita pelo coordenador médico do centro cirúrgico, que recebe das clínicas, 48 horas antes da cirurgia, a solicitação para a intervenção cirúrgica, com a identificação dos pacientes e os tipos de cirurgia a que serão submetidos. A agenda cirúrgica é discutida pelo coordenador médico e coordenador do serviço de anestesiologia. Após, a enfermagem é comunicada e o administrativo recebe as demandas de material.

O processo é fragmentado, pois a enfermagem, que gerencia o cuidado, não participa da elaboração da agenda. Há problemas decorrentes deste aspecto organizacional, haja vista que quem conhece as condições de infra-estrutura e material do centro cirúrgico é a equipe de enfermagem, excluída do processo decisório. A este, soma-se o fato de que também o gerente não acompanha a organização da agenda, mas é acionado quando surgem os problemas decorrentes do planejamento. Ele responde pelo setor, mas também é excluído dos processos decisórios relativos à agenda do Centro Cirúrgico.

*Eu acho que o planejamento está ainda lento pra muitas coisas. Há muitos pontos de estrangulamento. Se for enumerar são muitos ainda. Já corrigiram alguns, mas ainda tem uns pontos de estrangulamento. Então o funcionamento ainda está precisando ser melhorado.*  
(E9)

*Na minha visão, no processo de organização do BC existem falhas significativas para que o funcionamento ocorra de uma forma adequada.* (E8)

A falta de planejamento gera problemas no dia a dia do centro cirúrgico que levam a gerência da unidade, a utilizar boa parte do seu tempo “apagando incêndios”, gerenciando o imediato, não sobrando tempo para planejar e avaliar a qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, o Centro Cirúrgico do HC-UFMG passa a ser refém das áreas operacionais, pois:

Por um lado as equipes são altamente autônomas no que lhes é de interesse (montagem de escalas, estabelecimento de rotinas de trabalho, adoção de esquemas terapêuticos e outros esquemas), por outro lado, têm uma tendência a encaminhar para cima um conjunto de problemas conflitivos, demandantes de decisão, mas que, na maioria das vezes, poderiam ser resolvidos na base da organização. (CECÍLIO 1997, p.37).

A expectativa dos entrevistados converge na direção de um Centro Cirúrgico gerenciado de forma eficiente e eficaz, capaz de operacionalizar os procedimentos cirúrgicos.

*O funcionamento ideal do bloco, eu diria que seria colocar o paciente de forma rápida dentro do bloco cirúrgico, ser operado adequadamente, com nenhuma falta de material, problema da esterilização ou perda de material, de forma econômica, mas sem prejuízo para o paciente. Este paciente ser colocado num CTI ou num setor de pós-operatório. Esta sala*

*rodar rapidamente, ser limpa de forma adequada em poucos minutos, sem precisar que ninguém da equipe cirúrgica precise ficar em cima para que alguém limpe esta sala, ou seja, espera-se que isso aconteceria de forma automática. (E8)*

Reconhecemos que, na área da saúde, os processos de trabalho devem considerar possíveis intercorrências, em razão do desconhecimento e dos limites da própria condição de ser humano. Porém, as organizações de saúde não podem trabalhar na base da improvisação, de acordo com as circunstâncias, sem controle sobre o contexto e ou processos de trabalho, sendo necessário planejar com margens de segurança.

De acordo com Chiavenato (2000, p. 195) “o planejamento figura como a primeira função administrativa, por ser aquela que serve de base para as demais funções”. Para o autor planejamento é “um processo que começa com objetivos e define os planos para alcançá-los”, esse instrumento gerencial mostra aonde se quer chegar, o que deve ser feito, quando, como e em que seqüência se deve fazer.

Em um centro cirúrgico, a dinâmica e a realidade postas pelas exigências de uma assistência complexa, muitas vezes emergencial e estressante, o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, especialmente dos médicos, se confronta com a necessidade de coordenação das ações e de organização como um todo. Esta situação, somada as dificuldades de diagnósticos organizacionais precisos, torna o processo de planejamento mais difícil de ser operacionalizado.

Pena (2006) considera que o planejamento permite identificar os problemas, selecionando os de maior prioridade, estabelecendo os objetivos que modifiquem a situação, determinando ações a serem desenvolvidas, permitindo ao fim, a avaliação dos resultados. Neste sentido, o planejamento no contexto da saúde, tem sido discutido sob várias perspectivas, desde a “concepção normatizadora enquanto instrumento de dominação a uma visão de planejamento como tecnologia de articulação e de mudanças no campo da saúde” (Pena, 2006, p.11). Concordando com a autora, acenamos com o entendimento de que o planejamento deve ser considerado como a ferramenta central para o melhor desempenho da UF Centro Cirúrgico. É necessário compreender que na produção dos cuidados em saúde, o planejamento e a gestão estão intimamente relacionados com a articulação do político, do técnico e do científico. (SCHRAIBER et al, 1999).

Para tanto, atendendo os princípios de organização por UF, defendemos a necessidade de um planejamento coletivo, acordado entre as partes integrantes do processo de trabalho da unidade, a fim de adequar seus serviços às necessidades da população que atende,

isto é, pacientes e alunos. Ainda neste sentido, destacamos a posição do gerente, como figura central na condução do deste trabalho, possibilitando um processo participativo, não excludente e amplamente divulgado.

No entanto, os entrevistados relataram existir fragmentação, falta de interação e de responsabilização de alguns profissionais com os processos de trabalho do Centro Cirúrgico. Os entrevistados apontam que a racionalidade que organiza o trabalho nesse setor está voltada para os interesses corporativos, dificultando uma visão sistêmica do Centro Cirúrgico.

*As pessoas têm uma dificuldade de entender o processo, o que está acontecendo... Os processos que estão por trás. É como se eles não fossem também responsáveis por eles. Na verdade, as pessoas não têm entendimento de um contexto maior, do porque aquilo aconteceu. Porque, no bloco, são vários processos dentro de um só. Então são muitos processos que interferem, um interfere no outro e se um sair do lugar, a reação é em cadeia. Os outros todos saem do lugar. O que eu percebo é uma falta de interação, interação dos processos. (E1)*

Torna-se importante ressaltar que processos constituem um “conjunto de operações sucessivas e ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido, um produto” (DEUS, 2009, p. 4). Neste sentido, considerando que o produto do centro cirúrgico é a prestação de cuidados cirúrgicos, em caráter eletivo ou emergencial, suas atividades são complexas e os processos necessários na produção do resultado sejam desenvolvidos de modo “harmonioso, sincronizado e eficiente, com vistas à segurança dos recursos humanos atuantes e do paciente” (SILVA, 1997, p. 21).

Nesta perspectiva, atuar no processo de trabalho significa ter disposição para “escutar” os ruídos que ocorrem no cotidiano da assistência prestada. Bernardes et al (2007, p. 863) definem ruídos como os elementos destoantes, os “estranhamentos”, as “falhas” ou contradições que aparecem na organização do trabalho. Um ruído existente no Centro Cirúrgico do HC-UFMG, apontado pelos entrevistados é a ausência de trabalho em equipe, com o objetivo de articular os diferentes processos de trabalho.

*Eu acho que a enfermagem cuida do que é dela, o médico faz a parte dele, o cirurgião cuida do que é dele, o administrativo cuida da parte dele. Eles não se vêem num conjunto tendo como referência a cirurgia. Não tem interação, é isto que eu fico percebendo. Então está tudo*

*fragmentado, não existe uma lógica de funcionamento do bloco cirúrgico. A enfermagem funciona no ritmo que ela dá conta, o cirurgião acha o que tem que ter e o anestesista fazendo o que acha que deve fazer. As coisas não se encaixam. (E1)*

*Como a gente fica sempre na correria, ninguém senta pra acertar umas coisas. Cada um faz de um jeito, na hora. Cada enfermeiro tem uma conduta. Se você chega pra um enfermeiro, ele tem uma conduta. Se você chega pra outro, ele toma outra. (E15)*

Os relatos apontam falta de articulação e diretriz administrativa, permitindo a cada um fazer o que acha melhor, com prejuízos para os profissionais, pacientes, e para o hospital que não consegue cumprir as metas pactuadas. A alegação da urgência dos procedimentos precede o processo de organização da agenda dos profissionais do Centro Cirúrgico, interferindo no planejamento de todas as ações necessárias à realização do ato cirúrgico. Este cenário parece encobrir dificuldades de comunicação e de gestão do setor, tendo em vista que:

A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado a lado, sem articulação e comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços, na perspectiva proposta da atenção integral. (SCRAIBER et al , 1999, p. 232)

Segundo os autores, as ações articuladas e interação dos membros de uma equipe integrada, seriam resultados de uma intervenção ativa de cada agente dos distintos trabalhos, lidando objetiva e formalmente com as conexões existentes entre as ações e ou trabalhos especializados. O trabalho organizado de forma integrada permitiria o reconhecimento das autoridades e o entendimento dos diversos saberes e autonomias técnicas no fazer em saúde e no Centro Cirúrgico.

A comunicação entre os profissionais, também, necessita ser exercitada e pode se transformar em um fator facilitador ou dificultador do processo de gestão do centro cirúrgico e do exercício das autonomias profissionais. A maioria dos entrevistados entende as falhas de comunicação como um problema que interfere no funcionamento adequado do centro cirúrgico. Sob esta perspectiva, as entrevistas apontam os aspectos organizacionais que mais sofrem com uma comunicação ineficiente.

*Então eu vejo que estas áreas, elas têm que se comunicar entre si e muitas vezes falta comunicação entre estas quatro áreas. Às vezes passa informação pra farmácia e a secretaria*

*não está sabendo, ou então, a enfermagem passa informação da secretaria e a farmácia não fica sabendo. É comunicação mesmo no final das contas. (E15)*

A falta de planejamento e de fluxos de informações leva ao isolamento e fragmentação dos processos, gerando estresse e ineficiência. Pelos relatos, a ausência de uma comunicação efetiva entre os trabalhadores das diversas áreas inviabiliza encaminhamentos corretos, fluxos de materiais e diretrizes da gestão.

*A falta de comunicação entre as equipes do bloco cirúrgico. Entre a enfermagem, o administrativo e mesmo o cirurgião dificulta. Às vezes você vai ter um probleminha que vai atrapalhar o andamento da cirurgia, eu não fico sabendo, alguém não me informou que isso vai dificultar o andamento do trabalho dentro do bloco. E até no planejamento, tem que ter essa comunicação entre a enfermagem, o administrativo e os cirurgiões. (E2)*

*A comunicação também está um pouco deficiente, porque às vezes as modificações que são feitas não chegam com clareza a toda equipe de uma vez, né? E paulatinamente. Tem 30% do pessoal que está trabalhando com a nova orientação e ainda tem, às vezes, 40%, que está na dúvida e 30% que está trabalhando sob a orientação anterior ainda. (E4)*

Os entrevistados relatam dificuldades na realização das cirurgias em razão de problemas, previamente identificados, porém não comunicados às instâncias responsáveis pela resolução dos mesmos. Relatam, também, distorções no entendimento das diretrizes, tendo em vista que as informações não chegam a todos que delas necessitam para operar o trabalho no CCI. Nesse sentido, ressalta-se que a comunicação entre as pessoas é essencial a qualquer atividade de grupo e é esta comunicação, o elemento que viabiliza qualquer tipo de empreendimento ou organização (MENEHIM, 1991).

De acordo com Peduzzi (2001), no mundo do trabalho, existem três formas de comunicação. A primeira diz respeito à comunicação que aparece externa ao trabalho. É uma comunicação esperada, mas não exercida, ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica. Nessa situação, observa-se um padrão restrito de comunicação entre os profissionais, sendo a comunicação um recurso de otimização da técnica. A segunda forma de comunicação é aquela em que a comunicação se dá estritamente em caráter pessoal. Baseia-se no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. A dimensão de sujeito sobrepõe-se a dimensão do técnico ocorrendo a redução

da interação no trabalho, com o que se reduz a noção de trabalho em equipe na mesma direção: a das boas relações interpessoais, independentemente da reiteração das relações hierárquicas de subordinação. A terceira forma é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho de equipe. Os membros da equipe têm linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum. Enfim, constroem um projeto assistencial comum, por meio da intrínseca relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais.

No Centro Cirúrgico, a comunicação efetiva é essencial, por ser um setor fechado, tenso, onde a realização de procedimentos invasivos não admite a postergação de soluções aos problemas que ocorram. Por outro lado, ser um setor restrito poderia facilitar a integração e colocar a criatividade do trabalhador na busca de alternativas viáveis e localizadas na solução dos problemas. Merhy (2003) aponta que a exploração desta criatividade num espaço público e coletivo reinventa processos de trabalho e possibilita abrir linhas de fuga do que está instituído. No entanto, o grande desafio para a gestão moderna é estabelecer uma comunicação que promova a interação entre grupos e pessoas, constituindo-se um fim em si mesmo, construindo consensos pertinentes a cada contexto onde ocorram as interlocuções. (PEDUZZI, 2001).

Um fator positivo, observado nos relatos dos entrevistados, diz respeito ao perfil da equipe do centro cirúrgico que viabiliza o trabalho. Há diferenças, situações de conflito, mas, também, reconhecimento da qualidade técnica dos trabalhadores. As diferentes categorias profissionais entrevistadas relatam um sentimento de satisfação por fazerem parte de uma equipe qualificada, que atua a favor do resultado do trabalho.

*As cirurgias são muito extensas, de alta complexidade, mas as equipes são muito competentes, com pessoas de um nível muito bom, de excelência, o que, de certa forma ajuda a corrigir a outra parte, entendeu?(E3)*

*O que facilita? Eu acho que tem certo empenho da equipe. Ela é empenhada. (E4)*

*Quando o colega, auxiliar ou técnico, recebe um comando da chefia: "vai ter uma cirurgia na sala tal", eu não vi ninguém demorar em preparar este material. O pessoal que tem mais tempo de casa, monta a sala cirúrgica em menos de 5 minutos, deixa todo o material... Agilidade, compromisso dos colegas, que eu percebi aqui sabe? A equipe é boa mesmo. (E7)*

De acordo com Possari (2007, p. 123) “o centro cirúrgico precisa de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos”. Em outras palavras, uma equipe qualificada é também condição essencial para a assistência cirúrgica, sendo, portanto, necessários considerar as pessoas, no exercício profissional, como peças fundamentais em todo o processo. As entrevistas mostram que a atuação comprometida e qualificada dos profissionais do Centro Cirúrgico do HC-UFMG ameniza as dificuldades de infraestrutura, planejamento, comunicação e outros problemas que a unidade enfrenta no seu dia-a-dia.

*Um facilitador é o compromisso da equipe do bloco e a boa vontade dos profissionais, que a despeito das dificuldades de infra-estrutura, nunca me deixou na mão em 22 anos que eu trabalho no HC. (E 18)*

A despeito das dificuldades explicitadas, a base para o funcionamento adequado do Centro Cirúrgico do HC-UFMG existe. Coloca-se em destaque a necessidade de utilização das habilidades para organizar e gerenciar os recursos humanos e materiais disponíveis, o que não é tarefa fácil nem simples, mas depende de uma gestão que tenha sensibilidade para identificar os pontos fortes e fragilidades existentes para atuar sobre eles. Considerando que o funcionamento dos hospitais se assenta essencialmente sobre a qualificação do seu corpo de trabalhadores, o nível técnico dos profissionais é um ponto forte para a excelência da assistência prestada.

Entendendo que um hospital universitário tem muito a contribuir na formação e capacitação de seus trabalhadores, concordamos com Possari (2007), ao afirmar que o desenvolvimento de pessoal não termina nunca, e na medida em que se constrói este desenvolvimento, como uma base sólida, é possível construir progressivamente outras coisas sobre esta base. É possível construir o entendimento da visão global do processo de trabalho, de forma que o trabalhador perceba sua importância neste movimento e assim, possa progressivamente participar da formação do outro, enquanto constrói e operacionaliza um projeto terapêutico comum, na visão integral do paciente.

*É a resistência que a gente tem com a assinatura de papéis, o preenchimento completo, de forma adequada. As pessoas têm muita resistência de escrever as coisas completas, tanto os médicos, quanto a enfermagem. Então quando ele quer o kit dele, na hora, mesmo se ele não preencheu a folha. . Mesmo que a gente tenha alguma coisa para seguir, não tem como negar as coisas pra ele. É entrar às vezes, numa briga desnecessária. (E16)*

No HC-UFMG, há déficit no faturamento das contas hospitalares também pelo fato de que muitos impressos não são devidamente preenchidos. Outra questão é que os setores de apoio, por não receberem as demandas formalmente registradas, deixam de atender o Centro Cirúrgico gerando estresse e conflitos no setor. A burocratização excessiva impede que os processos assistenciais sejam ágeis e de qualidade. Por outro lado, o não cumprimento das normas institucionais por alguns profissionais pode ser caracterizado como uma autonomia perniciosa, que dificulta a gestão e desgasta as relações profissionais.

#### **5.4. O papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico**

Os entrevistados destacam a atuação da equipe enfermagem, revelando um aspecto positivo do seu trabalho no Centro Cirúrgico. Os relatos evidenciam a capacitação técnica da equipe, que ao longo de anos tem garantido a excelência dos serviços prestados nesse setor, estabelecendo uma relação de confiança com a equipe médica.

*A equipe de enfermagem do bloco é uma equipe bem qualificada. É uma equipe, eu tenho funcionários muito antigos. E, além de ser qualificada, é uma equipe que gosta de estar no bloco, e gosta de fazer o seu trabalho. Isso é muito importante por estar dentro de um bloco cirúrgico, que é um ambiente estressante e que você trabalha com varias equipes com vários objetivos, que pode até surgir conflitos. (E13)*

Parece-nos que o perfil da equipe surge como elemento motivador para a continuidade do trabalho no Centro Cirúrgico, aglutinando os profissionais em torno da assistência ao paciente cirúrgico, objetivo que muitas vezes pensam em abandonar face às muitas dificuldades que enfrentam. A agilidade, disposição, responsabilidade e competência são estratégias utilizadas para vencer os obstáculos que surgem no desenvolvimento das atividades. Nesse sentido, Mastrantonio e Graziano (2002) e Pinho (2006), concordam ao afirmarem que o nível de conhecimento, habilidades, motivação e criatividade das equipes impactam o sucesso da organização. Assim, acreditamos que uma equipe, trabalhando de forma harmoniosa e competente, pode redesenhar os processos de trabalho, promovendo a qualidade dos serviços prestados.

O atendimento a uma clientela de perfil complexo e os avanços tecnológicos e de medicamentos, característicos em um hospital escola, propicia ao aluno e ao trabalhador,

um treinamento em ato que os leva a um nível de conhecimento e capacidade profissional, reconhecido pelo mercado de trabalho. Ao mesmo tempo em que educa e capacita, também obriga trabalhadores e alunos a atuarem com competência e disponibilidade para a aprendizagem constante.

O papel de cada membro da equipe e a implicação com o produto final do centro cirúrgico, bem como as relações entre os profissionais também impactam a gestão do setor. Nesse sentido, os entrevistados apontam questões relacionadas à definição de papéis e comunicação, o que dificulta a cooperação e trabalho em equipe.

*E tem a ver com a ausência de papéis. O que a enfermagem tem de fazer, qual é a função dela, o que o administrativo tem que fazer e ao mesmo tempo uma falta de colaboração. Eu faço uma avaliação que é porque as pessoas não têm clareza do seu papel. Eu acho que a gente tem uma estrutura gerencial que de fato não assumiu o seu papel. Então eu vejo uma ausência completa de entendimento do que cada um tem que fazer. (E1)*

*Então na verdade, as pessoas trabalham, mas sem saber qual é a função delas no contexto. Ela não entende que ela trabalhando mais, ela melhora o hospital, melhora o serviço, todo mundo fica tranqüilo e a coisa vai fluir naturalmente nesse processo. Ai é que eu te falo que cada pessoa tem que entender a sua posição. (E8)*

Para os entrevistados, no dia-a-dia do Centro Cirúrgico ocorrem algumas situações, nas quais as fronteiras de atuação ainda se entrecruzam, ocorrendo certo desconforto e estresse entre os membros da equipe. Alves, Godoy e Brito (2008) argumentam que o trabalho separado por especialidades e níveis de formação acarreta dificuldades de inserção do trabalhador no espaço coletivo, na visualização de sua participação no resultado final, criando sentimentos de isolamento. Este isolamento citado pelas autoras possivelmente impede o trabalhador do centro cirúrgico de ver a totalidade das ações envolvidas no processo cirúrgico e que muitas destas, transcendem responsabilidades específicas.

De acordo com Ghellere (1993),

[...]a cada membro da equipe cirúrgica são atribuídas funções específicas, cabendo à todos a responsabilidade para que o ato operatório seja desenvolvido com segurança e com o menor risco para o paciente e para a equipe. (GHELLERE, 1993, p. 45)

Dentre as funções específicas de cada profissional no Centro Cirúrgico do HC-UFGM destacamos nos relatos a relevância que é dada ao papel do enfermeiro na gestão do setor. Apontam a indefinição do papel do enfermeiro no Centro Cirúrgico e fazem menção à ausência de uma postura mais assertiva no que diz respeito ao controle de material e equipamentos.

*A enfermagem, ela não consegue controlar o material. Literalmente eles não conseguem... “Você não tem controle de nada lá dentro, o arsenal fica aberto. Porque que está aberto? Você tem que ter controle, saber o que está mandando para um lugar, o que você está mandando para o outro lugar. Você está discutindo o controle sobre o material sujo, sendo que o material do arsenal também está sem controle, de porta aberta”. Uma enfermeira que não controla material dentro do bloco, eu não entendo (E1)*

*Até hoje eu não entendi o que a enfermagem faz com a prévia. Ela devia ter feito a conferência do equipamento, do que está faltando na sala, para não dar problema mesmo quando começar, se está tudo funcionando perfeitamente, o que eu não vejo acontecendo. (E12)*

No Centro Cirúrgico é evidente, a fragmentação da gestão. Apesar da existência do gerente não fica claro quem é o profissional de referência que responda pelos processos de trabalho no centro cirúrgico. Esse fato faz recair sobre a figura do enfermeiro a responsabilidade sobre o controle dos fluxos e materiais e das falhas na gestão da unidade, sob a alegação de que este é o profissional que mais tempo permanece no setor. No HC-UFGM o cargo de gerência é exercido por outro profissional que não o enfermeiro. Este profissional tem competência para monitorar os materiais e equipamentos, e os estudiosos de centros cirúrgicos o apontam como um bom gerente de centro cirúrgico por dominar os processos de organização e funcionamento desta unidade. Neste contexto, opera a lógica de que o enfermeiro possui competências que o capacitam a administrar o setor, ou seja, controlar fluxos de pessoas e materiais, prestar assistência, gerenciar o cuidado, acolher pacientes e familiares, gerenciar pessoal e os conflitos da equipe. Esta percepção é claramente registrada nas falas dos entrevistados:

*A enfermagem funciona o centro cirúrgico. Quem fica no hospital é a enfermeira, né? Mas quem fica no hospital, pelo menos na teoria, com o enfermo, é a enfermeira. Mas a*

*enfermagem esta fazendo uma guinada para a administração. Ela cuida da administração de todos os setores. Ela não é aquela pessoa do leito. Então eu acho que faltaria que ela assumisse mesmo este papel e ajudasse mais nesta administração. Que fosse mais presente nesta administração. A enfermeira que fica com o paciente, que cuida do paciente... Então eu acho que faltaria que ela assumisse mesmo este papel e ajudasse mais nesta administração. Que fosse mais presente nesta administração. (E3)*

Este entrevistado explicita a importância do enfermeiro na gestão do Centro Cirúrgico e sua expectativa de que ele assuma esse papel. No entanto, prevalece a visão de que ele deve cuidar da gestão, dos enfermos, do pessoal e dos conflitos, sob o argumento de que a formação acadêmica do enfermeiro o capacita cada vez mais para o desempenho de atividades administrativas. Há uma contradição explícita nos relatos. Em um momento afirmam não haver definição de papéis e em outro desejam que o enfermeiro realize todas as atividades, exercendo um papel, no qual é responsável por todos os problemas e respectivas soluções, de forma que os atos cirúrgicos possam ser realizados com sucesso. No CCI estudado esse papel da enfermagem é, em parte, dividido com outro profissional da área administrativa, o que exige sintonia e comunicação efetiva e recíproca.

Com a profissionalização crescente do enfermeiro, nos últimos anos, o mesmo tem assumido papéis específicos e especializados, deixando de ser o generalista, instrumento de trabalho de outros profissionais, principalmente com a inserção de novos profissionais em novas funções nos serviços de saúde. Essa nos parece uma discussão interminável, inscrita na sociologia das profissões e que poderia ser objeto de outro estudo. Contudo, os entrevistados revelam que o enfermeiro do setor não assume o papel que lhe cabe.

*Para ser o ideal, é ter uma pessoa como referência de principal coordenador, tipo aquela pessoa que vai ser... Que vai ter o poder de comandar mesmo todas as equipes, inclusive enfermagem. Uma enfermeira eu acredito que seria o ideal, porque ela é a mais próxima de tudo que acontece no bloco cirúrgico, é que tem a visão mais ampla. (E17)*

Relativo às discussões sobre as atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico, Silva (1997, p. 141), considera que este profissional tem um papel relevante em ajudar o paciente a compreender a natureza do seu problema, incentivando-o a cooperar com

os cuidados peri-operatórios. A este respeito, também, a autora acena com a perspectiva das responsabilidades do enfermeiro se estender às ações que visem evitar ônus aos pacientes, reiterando que, o enfermeiro deve “tomar medidas administrativas” relativas aos aspectos que “podem ser responsáveis por suspensão de cirurgia”.

Neste sentido, as atribuições do enfermeiro se estruturam em ações assistenciais e administrativas. Assim, Stumm, Maçalai e Kirchner (2006, p.468) consideram que no centro cirúrgico, o enfermeiro, por se dedicar intensamente a questões administrativas e burocráticas, é um profissional que surgiu para “organizar, prover, manusear e manter materiais e equipamentos na sala cirúrgica”.

Os entrevistados reiteram a necessidade de uma pessoa que seja referência no centro cirúrgico para monitorar os fluxos e processos de trabalho. A decisão de quem seria esta pessoa, na opinião dos entrevistados, à exceção dos administrativos, parece convergir para a figura do enfermeiro. Os profissionais que pertencem à área administrativa consideram a perspectiva de uma divisão de tarefas, onde seria sua responsabilidade o preenchimento e envio dos documentos relativos ao controle de material e equipamentos do setor e responsabilidade dos enfermeiros e sua equipe se manterem atentos aos problemas e necessidades do centro cirúrgico relativos à material, equipamentos e manutenção predial, sendo destes a iniciativa de informar ao administrativo, em tempo hábil, as demandas do setor.

*Eles acham que é função do administrativo o acompanhamento dos equipamentos do bloco. Só do administrativo. O administrativo já tem a função de verificar o estoque dos materiais consignados que vão precisar também. Eu acho que este trabalho deveria ser da enfermagem. A gente tem que encaminhar, mas eles teriam que verificar. (E12)*

Percebe-se que há um conflito de papéis entre administrativos e enfermeiros, gerando grande prejuízo ao processo de trabalho que passa a ser executado de forma fragmentada. Nesse sentido, Ghellere (1993, p. 44) afirma categoricamente que “a administração do centro cirúrgico deve ser exercida pelo enfermeiro”. E, ainda, Stumm, Maçalai e Kirchner (2006, p.468), avaliam que o papel do enfermeiro no centro cirúrgico é principalmente de coordenador, por ser este o profissional que “se preocupa mais com a organização do ambiente e manutenção dos equipamentos do que com o próprio paciente”.

Entre os estudiosos de centro cirúrgico há convergência sobre a relevância da presença do enfermeiro no centro cirúrgico em atividades gerenciais. Utilizam o argumento

que “ninguém pode conhecer melhor os problemas e dificuldades de seu setor do que ele, que trabalha ali várias horas do dia e pode colaborar com sugestões para melhorar o desempenho daquele setor” (POSSARI, 2007, p. 123). Bianchi e Leite (2006) afirmam que o enfermeiro, no centro cirúrgico, está cada vez mais respondendo pela gestão de recursos humanos e materiais. Afirmam que o enfermeiro neste setor “deve estar consciente da relevância de suas atribuições na manutenção da segurança do ambiente e da pessoa, tanto a voltada para o paciente quanto a voltada para ele próprio e seus colegas” (BIANCHI E LEITE, 2006, p. 25).

Os autores citados consideram que há necessidade de que o enfermeiro tenha competência técnica e clínica. A competência clínica implica que este profissional esteja atualizado em relação às inovações tecnológicas e aos avanços da ciência. Assim como ter a habilidade de adaptar essas novidades à realidade técnica e financeira da instituição, analisando o custo benefício na tomada de decisão, tanto em termos de repercussões para o paciente e sua família quanto para a equipe de saúde, o enfermeiro necessita além do conhecimento técnico, estar implicado com a realidade da organização na qual atua. (BIANCHI E LEITE, 2006).

Quanto ao papel e funções do enfermeiro no centro cirúrgico, a SOBECC, considera que “o enfermeiro é o profissional habilitado para gerenciar as necessidades que envolvem o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas” (SOBECC, 2007, p. 123). Contudo, este órgão acrescenta clareza às discussões ao reconhecer que existe uma distinção entre o enfermeiro assistencial e o enfermeiro coordenador, cabendo a este último, o critério de dividir ou não com o enfermeiro assistencial suas atividades. (SOBECC, 2007). Esta distinção propõe atividades diferenciadas a cada um destes papéis a serem exercidos pelo enfermeiro no centro cirúrgico.

Para o enfermeiro assistencial a SOBECC recomenda que seja especialista na área de conhecimento em que atua, e ao enfermeiro coordenador, as ações deste profissional devem relacionar-se ao funcionamento da unidade cirúrgica e se dividem em “atividades técnico-administrativas, atividades assistenciais e atividades de administração de pessoal” (SOBECC, 2007, p.123). No manual de práticas deste órgão, o enfermeiro coordenador tem, além das atividades assistenciais, técnico-administrativas e de gerenciamento de pessoal, as seguintes responsabilidades relativas ao funcionamento da unidade:

- Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor;

- Prever a necessidade de materiais e equipamentos e prover o setor de tais elementos;
- Orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos, garantindo seu correto emprego;
- Solicitar a aquisição de novos equipamentos e materiais e testá-los;
- Colaborar com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) sendo multiplicador e notificando ocorrências;
- Cumprir as normas estabelecidas pela CCIH e fazer que todos que ingressem no centro cirúrgico também as cumpram;
- Participar de reuniões e comissões de integração com equipes multiprofissionais, tais como almoxarifado, compras e farmácia, entre outras;
- Manter controle administrativo, técnico operacional e ético sobre as diversas atividades desenvolvidas no centro cirúrgico;
- Elaborar escalas mensais e diárias de atividades dos funcionários;
- Produzir escalas de conferência de equipamentos e supervisionar seu cumprimento;
- Proporcionar condições de recursos humanos e materiais para a realização do ato anestésico-cirúrgicos. (SOBEC, 2007, p.123)

No cotidiano do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, o enfermeiro lida a administração de pessoal, o que por sua vez, abrange a provisão de recursos humanos, treinamento e avaliação dos profissionais de enfermagem. Responde também pelo monitoramento das condições do ambiente físico e arsenal tecnológico do setor, além de assumir aspectos do cuidado do paciente. Portanto, é plural a ação do enfermeiro neste setor.

Ao considerarmos que o cargo de gerente do centro cirúrgico se reveste de vital importância para o planejamento e prestação da assistência, o profissional deve ter competência administrativa para prover, implantar, avaliar e controlar os procedimentos realizados no Centro Cirúrgico. Este gerente no Centro Cirúrgico do HC-UFMG sendo outro profissional que não o enfermeiro torna a parceria entre ambos uma questão estratégica para o funcionamento adequado. Diversos autores, Stumm, Maçalai e Kirchner, (2006), SOBEC,

(2007) e Bianchi e Leite, (2006), apontam o enfermeiro como elemento essencial na gestão do centro cirúrgico. Essa perspectiva é também, explicitada pelos entrevistados e nos faz refletir sobre a possibilidade de estar havendo conflito de papéis no Centro Cirúrgico do HC-UFMG, o que exige ações gerenciais seguras a fim de evitar conflitos e baixa na produção do setor.

Outro aspecto que diz respeito ao enfermeiro no Centro Cirúrgico do HC-UFMG, é a identificação, feita pelos entrevistados, sobre a falta de capacitação técnica deste profissional para atuar nas salas cirúrgicas.

*Enfermeiras. Superior, porque nem todas que estão agora estão treinadas ainda. Elas sentem dificuldade de entrar na sala cirúrgica. É o que uma estava me falando outro dia. Vamos supor: você precisa pedir material, pegar alguma coisa, você diz: "fica pra mim pra eu poder sair", elas não têm treinamento para ficar na sala de cirurgia. Isto eu fiquei sabendo outro dia porque eu precisava sair para pegar um berço porque tinha acabado a cirurgia e eu estava olhando outras duas salas. Ela falou assim: "não sei, não fui treinada, não sei o que fazer"... Muitas outras coisas elas podiam estar resolvendo, para gente estar resolvendo outros problemas da cirurgia. Isto é um fator que poderia facilitar. (E5)*

Os entrevistados apontam falhas nas habilidades dos enfermeiros ao substituir o técnico ou auxiliar de enfermagem nas funções de circulante. Este fato interfere no desenvolvimento das cirurgias, tendo em vista que atrasa o andamento das mesmas, aponta imobilidade do enfermeiro e, ao mesmo tempo, define maior exigência para os demais membros da equipe de enfermagem, à medida que estes são obrigados a responder a diferentes demandas simultaneamente.

A SOBECC (2007) recomenda que o enfermeiro assistencial seja especialista na área de conhecimento dada suas múltiplas responsabilidades. Realizar o plano de cuidados de enfermagem, supervisionar a assistência cirúrgica e as ações da equipe de enfermagem, conferir os materiais necessários ao procedimento cirúrgico, orientar na montagem e desmontagem da sala cirúrgica, recepcionar e acompanhar o paciente até a sala, realizar sua inspeção física, posicionar o paciente, colaborar com o ato anestésico, certificar-se do correto posicionamento dos equipamentos médicos, checar resultados de exames transoperatórios, registrar evoluções e cuidados de enfermagem em impresso próprio, realizar curativos, encaminhar o paciente à sala de recuperação pós-anestésica, compõem em sua maioria, as atividades sob a responsabilidade do enfermeiro assistencial (SOBECC, 2007, p. 125-126). Cabe aqui, uma discussão sobre a importância do enfermeiro, seja coordenador ou

assistencial, sobre o exercício das atividades sobre as quais ele legisla no entendimento de que o conhecimento define um melhor acompanhamento e monitoramento das atividades realizadas.

Os entrevistados ressaltaram a reduzida autonomia do enfermeiro para intervir nos problemas organizacionais e no processo de decisão do setor, apesar de considerarem a importância desse profissional na operacionalização dos processos de trabalho.

*Porque a enfermagem não é vista como definidora de alguma coisa lá. “Ah quem que falou isto, foi o enfermeiro? Enfermeiro que exigiu isso?”. Não cobro porque as enfermeiras me falaram que eles têm um coordenador que deve olhar isso. Eles são médicos, eles estão fazendo errados, eles têm um coordenador médico para isso. (E11)*

*É porque eu não vejo a enfermagem impondo muita coisa assim no sentido de poder. Por mais que ela esteja lutando por seu espaço, parece que está indo pelas beiradas. Não está impondo: este espaço é meu... A enfermagem faz cumprir muitas coisas decididas por outro. Muitas vezes exercer o poder de tomar decisão, dizer que isto é da enfermagem, não. (E11)*

O enfermeiro não encontra respaldo às suas intervenções no ambiente de trabalho, especialmente se estas se confrontarem com os interesses dos médicos. Diante de tal fato cabe questionar se o enfermeiro tem legitimidade para definir estratégias e implantá-las, tendo em vista a organização administrativa atual do setor. Os espaços de autonomia não são dados, são construídos, mas depende do contexto e das habilidades dos enfermeiros em vencer as resistências e as conseqüências da estrutura burocrática instituída no hospital.

Historicamente, a enfermagem se constituiu a partir de uma prática feminina nos cuidados caritativos aos doentes, sofredores e miseráveis, inicialmente realizados pelas religiosas e no trabalho como parteiras. Devido à reação da igreja e dos médicos ao saber feminino, durante muito tempo as práticas de saúde e da medicina foram exclusividades dos homens da igreja. No Brasil as atividades de assistência a parturiente foram institucionalizadas como anexos as escolas de medicina em 1832, estando tais atividades submetidas ao controle médico (ZAGONEL, 1996). Portanto, no mundo e no Brasil, desde o início até os tempos atuais, nas questões da saúde, a centralidade no profissional médico se mantém rigidamente estabelecida e, de acordo com Zagonel (1996, p. 80) “no hospital moderno, entre médicos e enfermeiros, se perpetua um *statu quo* de dominação do saber

médico”. Assim, no centro cirúrgico se percebe, em muitos momentos, a repetição do que a história registra: a relação entre médicos e enfermeiros “reduz a natureza específica da enfermagem a uma mera execução de ordens das quais o enfermeiro deve dar conta” (STUMM, MAÇALAI E KIRCHNER, 2006, p. 467).

Por outro lado, existem situações, expressas pela fala dos entrevistados, nas quais a efetividade da ação dos enfermeiros surge positivamente em situações específicas, sendo exigido destes, em função da urgência do procedimento cirúrgico, decisões e encaminhamentos que atestam a visibilidade que o enfermeiro tem do Centro Cirúrgico.

*As mudanças, por exemplo, de sala, para agilizar, urgências, troca de sala, isso tudo é gerenciado pelo enfermeiro, com a participação do coordenador médico. Então, principalmente os pedidos de urgência entram numa sala específica que é destinada só para urgência, os transplantes também quando acontecem. As cirurgias que estão agendadas nessas salas, elas têm que ser feitas em outras. Qualquer problema, além disso, a gente chama se precisar, o gerente, mas enquanto a gente consegue gerenciar internamente, não há a necessidade. As cirurgias acontecem e são chamadas as cirurgias a seguir, a pedido do secretário. E quando tem algum pedido extra alguma intercorrência, o enfermeiro que está aqui autoriza. (E13)*

Este relato registra as possibilidades de gerenciamento que o enfermeiro possui, especialmente por se darem em situações devidas a especificidade da sua própria atuação. Ghellere (1993) afirma que no processo assistencial estão presentes diferentes competências e reiterando o papel do enfermeiro, argumenta que a atenção da equipe de enfermagem em centro cirúrgico deve estar voltada ao paciente, dando-lhe assistência, à equipe cirúrgica, participando das decisões e suprimindo necessidades, e aos equipamentos, controlando seu funcionamento.

Portanto, o enfermeiro e sua equipe, com base na sistematização dos seus conhecimentos, devem exercer suas funções e atribuições, sendo ética e legalmente responsáveis pelos seus atos. Através da sistematização dos seus conhecimentos, expressa numa prática comprometida, a sua competência será conquistada abrindo possibilidades de expansão nos compromissos institucionais.

### 5.5. Relações de poder no Centro Cirúrgico

As demandas de alta resolubilidade, face aos riscos do ato cirúrgico, e associados ao caráter multidisciplinar do trabalho em centro cirúrgico, geram no ambiente de trabalho, relações interpessoais muitas vezes conflituosas e atravessadas pelos múltiplos poderes próprios do ambiente hospitalar. Nesse sentido, Cecílio e Moreira (2002), afirmam que no campo da saúde, a temática do poder se expressa nas muitas faces pelas quais o controle busca operar e o nível de autonomia que têm os profissionais de saúde. Desta forma, a existência de conflitos, dificuldades na comunicação, relações profissionais e interpessoais, hierarquia, satisfação dos interesses pessoais e corporativos foram aspectos abordados pelos entrevistados quando questionados sobre a temática poder no Centro Cirúrgico do HC/UFMG.

*Com certeza a internação tem uma explicação para isto, mas o cirurgião ele não quer saber. Ele não quer saber da explicação porque o paciente não está na mesa de cirurgia naquela hora. Se o paciente está internado e tem que subir e acontece alguma coisa no preparo do paciente pela enfermagem, com certeza ela tem uma explicação, mas o cirurgião não quer saber. (E1)*

Os entrevistados reafirmam o protagonismo do médico nos processos de trabalho do centro cirúrgico e suas dificuldades de comunicação com a equipe, identificando certa indisponibilidade deste profissional para se adequar ao ritmo e dinâmica institucional. A ausência de sincronia entre as demandas do procedimento cirúrgico e os encaminhamentos institucionais, gera estresse e cria, de acordo com os entrevistados, impasses e questionamentos sobre a linha de comando no Centro Cirúrgico.

*Então, existe uma disputa ali dentro da sala cirúrgica de quem que vai mandar... Quem que manda dentro da sala cirúrgica? Não tem. Quem manda?...Mas o cirurgião se acha dono. Quem manda dentro da sala cirúrgica? É o cirurgião, é o anestesista ou é a enfermagem que está instrumentando? Porque muitas vezes eu vejo, porque o cirurgião manda. Dentro da sala ele tem poder ali. Ele está fazendo a cirurgia. (E1)*

*Na verdade tem uma disputa de poder sim. A pergunta até é esta: quem manda mais? Se são os médicos que mandam mais, se é a enfermeira que manda mais. Às vezes as enfermeiras tomam uma decisão numa determinada cirurgia, na sala que, atrasada ou não, mas aí o médico, o cirurgião ou anestesista... Eu já vi brigas, já presenciei brigas no setor... Bom, eu vejo lá uma força muito forte que é a da coordenadora de enfermagem e a força do corpo médico. Agora, do administrativo, eu não sinto esta intervenção não. (E16)*

Os relatos mostram que os profissionais da área administrativa não têm tido papel relevante nos processos decisórios da unidade. Registram, porém que, na dinâmica de funcionamento do centro cirúrgico existe uma disputa de poder essencialmente centralizada em duas categorias profissionais: médicos e enfermeiros.

Cecílio e Mehry (2003) consideram que nas questões sobre o poder no hospital, a enfermagem mantém com os médicos uma relação de subalternidade, estando o processo gerencial constituído sob uma linha permanente de tensão. Esse argumento é reiterado por outros estudiosos do tema, tendo em vista que “para os trabalhadores de enfermagem o limite está bem posto: o médico é o dono do paciente” (GONÇALVES E SOUZA, 2005, p.40). Portanto, a relação entre médicos e enfermeiros se dá de forma desfavorável, inseridas numa trama de forças instituintes, negociações e construções de complexas redes de contratualidades, que segundo Cecílio e Mehry (2003) são aspectos estruturantes do cenário hospitalar.

Considerando o fato de que o hospital constitui a “sede principal do desenvolvimento e prática da medicina moderna, especializada e tecnicizada” (CARAPINHEIRO, 1998, p.134), o centro cirúrgico, com seu alto grau de especialização tecnológica, é por excelência, dentre os ambientes hospitalares, o local onde o médico exerce domínio. Sem a presença do cirurgião e anestesista, o procedimento cirúrgico não ocorre, a assistência não é oferecida e, portanto, a unidade perde sua finalidade. De acordo com Foucault (1997), citado por Gonçalves e Silva (2005) a desvitalização da morte e os pretextos para a busca desesperada da vida são aspectos que constituem a prática diária do centro cirúrgico e têm no profissional médico, o comando do uso das tecnologias do controle de vida. Neste setor o médico define o fluxo dos processos.

Por outro lado, a pergunta sobre quem manda no centro cirúrgico é entendida por Souza (2007) como uma questão labiríntica e sem saída. Argumenta que, para respondê-la com clareza, é necessário um estudo, não somente restrito a intenção ou decisão de procurar quem detêm o poder, mas também, que seja feita uma análise sobre a relação

direta e imediata com o objeto de domínio, onde os feitos deste poder se fazem reais. Por sua vez, Cecílio e Moreira (2002, p.597), afirmam que “o ponto de partida para a discussão nas organizações poderia ou deveria ser o reconhecimento dos interesses em jogo, dos projetos em disputa, das distintas intencionalidades dos vários autores”.

Quanto aos interesses que norteiam o funcionamento e organização do centro cirúrgico, os entrevistados afirmam que prevalecem os interesses dos cirurgiões e dos anestesistas. A agenda de cirurgias, horário de início dos procedimentos, definição de instrumental e dos recursos humanos envolvidos no processo cirúrgico e toda a dinâmica de organização do Centro Cirúrgico, obedece às determinações dos horários e demandas postas pelos preceptores, anestesistas e residentes da cirurgia.

*Na verdade são interesses muito individuais e disputa de poderes... Porque, o cirurgião, quer chegar à hora que ele quer né? Ele não quer ter horário. Então na hora de agendar a cirurgia, ele coloca o horário que vai agendar a cirurgia. O anestesista também, quando você vai fazer a escala não atende todas as salas. Tem um anestesista que atende esta, aquele e aquela outra especialidade, mas não atende outra. Por que a escala é tão complicada de fazer? É complicada porque tem que atender a interesses particulares. (E1)*

Na organização da agenda cirúrgica há dificuldades postas pelos médicos que imprimem a esta etapa do trabalho, um controle particular, regido pelas necessidades e interesses pessoais. Esta situação explicita o caráter centralizador da atuação médica, na medida em que, ao definir a agenda cirúrgica, o médico define também todos os demais aspectos do processo de trabalho do Centro Cirúrgico, considerando que estes dependem diretamente da definição da escala cirúrgica.

Os entrevistados apontam comportamentos estratégicos dos médicos do Centro Cirúrgico que sugerem a necessidade dos mesmos em reafirmar o caráter controlador e autônomo da categoria. Assim, Turner (1987) citado por Carapinheiro (1998, p.72) define a dominação médica como,

[...] um conjunto de estratégias desenvolvidas para o controle da situação do trabalho, para a institucionalização da autonomia profissional na divisão do trabalho médico e para a ocupação de uma posição de soberania sobre as categorias profissionais que estão na sua órbita. (Carapinheiro, 1998, p.72)

A não submissão dos médicos às necessidades organizativas da unidade reitera, na prática, a subordinação das demais categorias profissionais ao poder médico, na medida em que faltam, aos profissionais responsáveis pela organização e cumprimento da agenda cirúrgica, recursos que obriguem o médico a atender as demandas e planejamento institucional.

Para os entrevistados há, também, uma disputa interna à categoria médica no Centro Cirúrgico, a saber, entre o cirurgião e o anestesista, pelas definições organizacionais no setor. Neste cenário, as entrevistas revelam que o papel da enfermagem é passivo e restrito ao cumprimento das definições médicas, sem que haja, por parte desta categoria, intervenção ou ação decisória.

*Você tem que atender o médico na hora que ele pode operar. Atender o interesse do anestesista na hora e no tipo de cirurgia que ele quer anestésias. Ai fica a disputa: quem vai mandar é o anestesista ou o cirurgião? A enfermagem já está descartada nesta hora, ela não vai determinar. Nas relações de poder a enfermagem está mais desvalorizada... Hoje a relação de poder está mais entre o cirurgião e o anestesista, porque o anestesista vai escolher que cirurgia quer anestésias e o cirurgião vai escolher o horário que quer operar, não é o horário que o bloco pode oferecer, entendeu?(E1)*

Percebe-se, pelos relatos, que faltam diretrizes administrativas e normas de funcionamento. O Centro Cirúrgico funciona de acordo com interesses pessoais e disputas entre especialidades médicas. Apontam, ainda, um saber periférico da enfermagem no funcionamento do centro cirúrgico, a despeito de ser o enfermeiro o profissional que mais tempo permanece na unidade, sendo aquele que melhor conhece a infraestrutura, e conseqüentemente, tem de acordo com Ghellere (1993), a melhor condição para administrá-lo.

Carapinheiro (1998, p. 111) considera que nos processos de organização do trabalho “o princípio dominante é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas”. Concretiza-se esta oposição na existência de duas hierarquias funcionais correspondentes a uma estratificação social do pessoal em serviço, isto é, entre médicos e enfermeiros a relação de dominação/subordinação é mais forte do que a relação de cooperação, existindo, portanto “uma relação de superioridade da hierarquia funcional médica sobre a hierarquia funcional da enfermagem” (CARAPINHEIRO,1998, p.111). A ligação

entre o pessoal da enfermagem e o pessoal médico, de acordo com a autora, se dá essencialmente no entrecruzamento das atividades de supervisão dos cuidados com a realização do trabalho administrativo. Portanto, ao médico são asseguradas as definições do tratamento e ao enfermeiro a administração do mesmo, reiterando desta forma a divisão entre o saber-fazer tão próprio dos tradicionais modelos de organização do trabalho.

Relativo a este espaço de aproximação da equipe de enfermagem e o médico, Gonçalves e Silva (2005) afirmam que, no âmbito da unidade cirúrgica, “o vocabulário medicalizado utilizado pela enfermagem e a atitude servil e obediente dos técnicos de enfermagem para com os médicos podem demonstrar suas intenções de proximidade com este campo do saber”. (GONÇALVES E SILVA, 2005, p. 41). Os autores consideram que talvez seja este o motivo que dificulte, ao pessoal da enfermagem, se dirigir ao médico, discordando de orientações que estes dão ao tratamento cirúrgico.

A definição do perfil das cirurgias é entendida pelos entrevistados, como sendo diretamente relacionada aos interesses do ensino cirúrgico, tendo os residentes, grande importância neste processo de definição da agenda cirúrgica.

*Nós somos pressionados pela equipe médica, principalmente pelos residentes, que têm aquela ânsia de operar, porque eles estão naquele... No tempo determinado, nesse tempo eles têm que aprender e executar aquilo que eles já sabem. (E17)*

*Você sabe quem que é o ator, ele é o mais importante. Ele é o médico do paciente... Ele é que faz toda a base para acontecer a operação. E ele tem todo o trânsito com o dono do serviço, o chefe do serviço. Quando a coisa não está muito boa para eles, eles conseguem impactar de certa forma. Eu acho que às vezes o trânsito com o residente e a negociação é muito mais fácil. É muito mais fácil através deles você conseguir fazer com que a chefia mude ou negocie qualquer coisa que você precisa para o bom andamento do setor... Nós já tivemos oportunidade de ver outras negociações com o residente darem muito mais certo do que a negociação com o professor... Quer dizer, eles têm este poder, entendeu? (E3)*

A presença e ação do residente evidenciam o papel do ensino na organização e funcionamento do Centro Cirúrgico. Buscando a prevalência dos seus interesses acadêmicos, estes discentes são entendidos como personagens importantes nas negociações entre a administração do centro cirúrgico e os preceptores quanto à definição das cirurgias que deverão compor a agenda do setor. Portanto, a fim de atender suas demandas de

aprendizado, os residentes se comportam como mediadores entre a gerência e os chefes de serviços, nos assuntos relativos ao horário de funcionamento do centro cirúrgico e definição do perfil dos pacientes. Assim, os entrevistados reconhecem a capacidade dos residentes pela pressão que exercem junto aos seus preceptores e chefes de serviços para agendar cirurgias nos horários usualmente não aceitos pelos cirurgiões.

Carapinheiro (1998) considera a existência de um elemento que rompe a dicotomia entre a equipe hospitalar e a equipe médica, entendidas respectivamente pela autora como as disciplinas não médicas que prestam à assistência e os profissionais que exercem posição determinante na dinâmica da instituição. Na realidade do Centro Cirúrgico do HC-UFMG, este elemento é o médico residente que, por permanecer mais tempo no serviço, sabe fazer melhor a interpretação da dinâmica do trabalho. Sua posição de subalternidade relativa aos outros escalões da hierarquia médica, não sendo mais estudante nem médico de carreira, numa inserção temporária nos serviços e com responsabilidade médica parcial sempre delegada pelo especialista com quem atua, está mais próximo da situação de trabalho dos outros profissionais e gere com habilidade essa proximidade, no sentido de ultrapassar mais facilmente os obstáculos técnico-institucionais no trabalho médico. (CARAPINHEIRO, 1998)

Segundo Carapinheiro (1998), em um hospital universitário, a política de cuidados se subordina aos programas de pesquisa colocando esta política fora do alcance da regulação pela empresa burocrática. A autora considera que os médicos de hospitais universitários dependem pouco da organização hospitalar, usufruindo uma autonomia importante face aos objetivos do hospital e valendo-se, interna e externamente ao serviço, de uma organização e gestão própria e particular.

Na perspectiva de que “a autonomia de um serviço é largamente subsidiária da sua tradução médica” (CARAPINHEIRO, 1998, p.156), o chefe do chefe de serviço, cargo ocupado no HC-UFMG por um preceptor, goza de grande autonomia, mantendo-se afastado, a maior parte do tempo, das atividades burocráticas inerentes ao processo assistencial. Neste cenário, o residente, conforme afirmam os entrevistados, é um elemento importante nos processos de organização do Centro Cirúrgico porque se responsabiliza pelo cumprimento das medidas administrativas inerentes ao processo cirúrgico. Isto significa, não só o preenchimento de documentos, mas também, a verificação das exigências institucionais para a realização da cirurgia e mesmo o contato com o paciente no domicílio. O que se observa, contudo, é que na prática, o residente não tem o seu papel devidamente reconhecido por todos os profissionais do serviço.

De acordo com Cecílio e Moreira (2002)

[...] o poder se manifesta na microfísica das relações organizacionais em função de uma dinâmica de interesses que são disputados e defendidos por atores, isolada ou coletivamente. É a busca de satisfação destes interesses que norteia a ação organizacional dos sujeitos. (Cecílio e Moreira, 200, p. 597-598)

Este argumento coincide com registros de Carapineiro (1998) quando aponta que as relações de poder são móveis e se inscrevem em espaço e tempo determinados, defende que a compreensão da questão do poder só se dá ao nível das micropráticas, isto é, na materialidade e no funcionamento do cotidiano. Nesta perspectiva, a organização da agenda cirúrgica, uma das expressões primárias do funcionamento do CCI, é submetida aos interesses de uma categoria profissional, sugerindo o que rege o processo de organização, a racionalidade médica e não a racionalidade institucional. A autora considera, também, que a natureza acadêmica do hospital universitário, sobrepõe a autonomia médica com a hierarquia universitária, o que organiza o trabalho não só pela perspectiva de qualificação técnica, mas também pela qualificação universitária, conferindo especificidade maior ao encaminhamentos dados ao processos internos do Centro Cirúrgico.

A gerência do Centro Cirúrgico não consegue organizar linhas de comando a favor de um planejamento que responda às metas institucionais, visando o melhor desempenho. Quanto a este aspecto, os entrevistados relatam as demandas da instituição como norteadoras da escala cirúrgica, mas que não encontra eco no setor acostumado a acolher os interesses dos médicos. O fato de não haver discussões sobre a incorporação das diretrizes institucionais nos processos de organização do centro cirúrgico faz-nos pensar que no HC, a lógica organizacional é atravessada pelos interesses dos médicos, interesses estes que significam a existência de um poder oculto na racionalidade organizacional (CARAPINHEIRO, 1998).

*Então na verdade são interesses muito individuais e disputa de poderes... Eu acho que são as duas coisas, mas como é que você vai conciliar o interesse técnico com o interesse gerencial. Lá dentro do bloco isto virou um no' de um tamanho enorme. (E1)*

*Os médicos, muitas vezes estão com pressa de sair da cirurgia, então a folha de sala fica sem preencher, o Kit nosso fica sem devolver, porque, acabou o horário, eles saem, não preocupam em voltar. (E15)*

*Dentro do bloco existem muitas pessoas que querem comandar individualmente. Há pessoas que querem atender as suas individualidades de acordo com suas necessidades... O que conta muito é o tempo que os profissionais da equipe médica têm para fazer a cirurgia. Então eles querem agilidade, porque às vezes vão para o ambulatório, ou têm compromisso fora e a cirurgia nem sempre dura àquilo que eles prevêm. (E17)*

Carapinheiro (1998) admitindo a existência de um poder administrativo que compartilha com o poder médico os espaços de relação do hospital considera que

[...] estes poderes, por existirem numa permanente relação de tensão e conflito, manifesta ou latente, exigem constantes processos de negociação nas práticas quotidianas dos serviços, para a reprodução das diferentes formas com que se configuram, das ideologias e dos modelos de racionalidade que as organizam e para o desenvolvimento das suas estratégias de conservação e maximização do poder. (CARAPINHEIRO, 1998, p. 80).

O resultado do conflito entre dois princípios de autoridade nos hospitais, uma que se refere à autoridade racional-legal (administração) e outra relativa a autoridade dos médicos, de acordo com Carapinheiro (1998), mostra a medida da influência que o sistema de valores do corpo médico tem na organização do hospital, na medida em que este, frontalmente contraria as pressões administrativas. Este nível de influência é possível porque os médicos possuem o saber capaz de curar doenças e salvar vidas. A competência técnica que possuem os médicos “lhes permite opor e sobrepor às exigências da administração, as exigências do trabalho clínico e a defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital” (CARAPINHEIRO, 1998, p. 147).

Outro aspecto relevante são as relações interprofissionais. O uso da posição do médico como um espaço de supremacia leva estes profissionais a agirem de forma muitas vezes até desrespeitosa com os demais membros da equipe. Segundo Ghellere (1993), a assistência sistematizada e global ao paciente durante sua permanência na unidade de centro cirúrgico, exige da equipe que trabalhe “num processo dinâmico e interativo” (GHELLERE, 1993, p. 44). Os entrevistados apontam, no entanto, um trabalho dominado pela prática médica e em nada comparado a um trabalho em equipe.

*O que o médico quer, a gente tem que atender, do jeito que ele quer. Ele não gosta de ser questionado. Mas quando não tem alguma coisa e eles querem aquilo, batem o pé. Eu já presenciei, ataques de fúria... De chutar a porta, de chegar o dedo em riste assim, por coisa que não tinha como a gente resolver: a questão de falta de material... Mas quando ele quer as*

*coisas a tempo e a hora, ele vai passando, vai atropelando mesmo... Pede nosso telefone, liga para quem for e bate telefone, e xinga, e xinga a pessoa que está lá dentro. A meu ver, ele tem consciência disto, que ele pode fazer isto... Ele sabe que tem cara de mau e usa isto para colocar medo, para atendê-lo mais rapidamente... E tem muita gente que tem medo dele... Não tem como negar as coisas pra ele. É entrar numa briga desnecessária. (E16)*

A visão do entrevistado é de que nada pode mudar, tendo em vista que, deliberadamente o médico adota um comportamento incompatível com o trabalho de equipe. E o faz para mostrar quem domina e quem é o subalterno.

Considerando que na área da saúde os alicerces do trabalho são as relações interpessoais com o paciente ou com os membros da equipe, as situações e as relações diárias vivenciadas em um centro cirúrgico certamente desencadearão sensações de sofrimento, que a equipe deve procurar administrar. Em um ambiente onde falta o diálogo há dificuldade para se estruturar um trabalho em equipe, no qual haja cobertura, solidariedade e trocas, pois o trabalho centrado somente na perspectiva do médico dificulta aos demais profissionais se expressarem, o que promove o enfrentamento e o desgaste. Os entrevistados admitem que os médicos, pela própria natureza, não têm disponibilidade uns com os outros.

*Os cirurgiões são egoístas por natureza. A cooperação é difícil para nós. Às vezes uma clínica opera com um foco ruim e tem outra que tem um melhor, não está usando, mas não empresta. (E18)*

Há um reconhecimento de que nem entre eles as relações são tranquilas. A defesa do espaço é corporativa, mas é também pessoal e somente uma força externa, com grande poder formal, pode ter algum tipo de influência. Neste sentido, uma gestão competente e compatível com o nível de complexidade do Centro Cirúrgico seria importante para a definição de mecanismos de ajustes comportamentais, no sentido de favorecer a expressão e autonomia dos membros da equipe.

Torna-se importante ressaltar que as relações difíceis entre os membros da equipe podem se traduzir não só em estresse e doenças ocupacionais, mas em prejuízos para a assistência e para a organização. Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) destacam que o paciente que chega ao centro cirúrgico não pode ser vítima das relações entre os profissionais que estão ali para atendê-lo em suas necessidades.

Os entrevistados relatam a ausência do trabalho em equipe, falta de parceria e distinção hierárquica das atividades no Centro Cirúrgico, sustentadas não pela clareza da técnica, mas pelo protagonismo médico que ao recusar-se em realizar algumas ações, denuncia uma posição autoritária e desrespeitosa com o colega.

*Em alguns casos eu vejo que são coisas que o anestesista, por exemplo, poderia fazer, mas não faz porque tipo assim: "eu sou médico. Isto é coisa da enfermagem". Porque é médico, muitos acham que podem mandar. "Ou, você faz isto porque eu sou médico, entende? Eu quero isto, agora. Está demorando, vai correndo". Eles acham que detêm este poder de mandar. Não há uma troca. Todo mundo aqui funcionário, visando o bem do paciente. Muitas vezes isto não acontece. Acontece mais esta questão de "eu sou médico, você fica na sua, você cala. Mas eu sou médico, você tem que obedecer"..(E5)*

Muitos conflitos que ocorrem no ambiente do Centro Cirúrgico em razão de posicionamentos autoritários, consequentes a essa posição central e centralizadora assumida pelas equipes médicas, são expressos na fala dos entrevistados. O médico é descrito como alguém que se preocupa essencialmente com seus interesses, sem buscar interação com os demais profissionais, nem se inteirar das possibilidades e limites da instituição. Há o reconhecimento de que nas relações de trabalho, especialmente nas relações entre médico e pessoal da enfermagem, prevalece a condição de dominador e dominado. E, ainda, há intolerância do médico com o ritmo da organização, muitas vezes é expressa de forma rude com o pessoal da enfermagem, e nominada pelos entrevistados como sendo assédio moral.

*Os médicos são muito poucos, eu diria isto assim, que hoje se julgam num patamar profissional bem mais elevado, sabe e que acham que têm o direito de menosprezar algumas pessoas. Infelizmente os cirurgiões não entendem muito isto. Às vezes ele acha que o processo de esterilização não é o tempo dele. Ele quer aquilo ali em 10 minutos. Se o material tem que ser esterilizado em trinta minutos, são trinta minutos. Não adianta querer: "Pode tirar da autoclave", porque não existe isto. Estas coisas nos causam tensão... Eu acho que a partir do momento em que o médico vem querendo uma coisa assim impossível e nos deixa para baixo com palavras, assim, desnecessárias, eu categorizo como assédio moral sim. (E7)*

As várias discussões teóricas sobre o poder do médico traduzem o que é descrito como realidade no Centro Cirúrgico do HC-UFMG. Para além do poder de uma

categoria profissional, a falta de polidez das relações sociais e os prejuízos na produção e qualificação do trabalho, descrito pelos entrevistados, exigem intervenções administrativas. Este cenário nos parece explicar em parte, o baixo índice de produção que, a despeito da alta demanda de atendimento cirúrgico imposta pelos usuários do SUS no município, e toda uma estrutura hospitalar, voltada para o atendimento cirúrgico, em funcionamento 24 horas, apresenta um percentual de desempenho inferior a 50% , se comparado a sua capacidade instalada.

*A relação é péssima... A relação dentro bloco não é boa, ela é muito ruim.. Eles não conversam, eles xingam. O tempo todo. Xingam as equipes, o cirurgião xinga a equipe de enfermagem. Eu fico assim: gente, como é que xinga assim? Não pode, você tem que respeitar o outro. Ai xinga o administrativo também porque as coisas não funcionam... Eles não conversam, eles xinga, o tempo todo eles xingam, brigam pelas coisas. É isto que acontece dentro do bloco. Agora porque que isto acontece, eu não sei, ainda não consegui saber. (E1)*

O entrevistado demonstra perplexidade diante de tantas ofensas, deixando claro que as relações interpessoais e interprofissionais necessitam de atenção especial por parte da direção, considerando que já ultrapassou a capacidade de intervenção local. Nos relatos os entrevistados se queixam da falta de educação dos médicos no convívio e prepotência, indisponibilidade para o diálogo e ausência de tranquilidade na rotina do CCI. Questões de fácil resolução são vistas pelos médicos como grandes dificultadores do trabalho, ganhando dimensões irreais que penalizam e geram sofrimento em toda a equipe.

A esse respeito, uma importante ferramenta apontada por Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) é a comunicação entre os membros da equipe que deve acontecer no sentido de fortalecer as relações, permitindo a troca de idéias. Uma comunicação interativa e reciprocamente respeitosa, “proporciona a estrutura básica que permite as pessoas conviverem e trabalharem juntas, tornando-se um elo entre as equipes e uma alternativa para solucionar problemas, principalmente o que está relacionado ao conflito constante” (STUMM, MAÇALAI e KIRCHENER, 2006, p. 466)

*Então acho que tem esta questão no bloco. Eu falo assim, o médico é soberano porque ele chega e fala: olha, preciso urgente. Quem que vai ser o doido de não atender também na hora... Eu acho que o médico normalmente tem um poder maior mesmo. (E15)*

*Ameaça é o cirurgião chegar para você e dizer que o paciente vai morrer porque você não entregou o material. Então é um peso muito grande... Eu morro de medo de chegar e falar: “você não preencheu seu papel direito”. Porque ele vira pra você e te xinga, e fala: “eu não tenho tempo pra fazer isto”. E você não tem argumento. Isto acontece com um monte de gente. (E16)*

Os entrevistados relatam o caráter sempre emergencial adotado pelo médico do CCI para conseguir o que quer, o que dificulta qualquer oposição às suas demandas. O conhecimento técnico do médico e seu poder de decisão relativo ao tratamento impedem os demais profissionais da equipe, mesmo em suas áreas de competência, contra argumentar em situações colocadas como de urgência pelo médico. O fato de invocar a urgência, segundo Carapinheiro (1998), é carregado de um simbolismo muito forte que desorganiza a rotina hospitalar e cria um espaço suplementar à intervenção do médico ou de uma equipe médica para salvar uma vida, sustentado pela detenção de saberes e competências específicas que este profissional possui. Não há como contra argumentar. Frente à urgência, os outros profissionais se subordinam.

Cecílio e Moreira (2002) entendem que o conflito quando aberto, visível, tal como relatado pelos entrevistados, está filiado a uma concepção de poder soberano, onde existe interesse contra interesse, havendo mobilização de recursos de poder, enfrentamento, violência e autoridade. Os interesses do médico, regido sob a forma de um poder entendido como soberano, se confronta com o interesse dos enfermeiros, aparentemente “assujeitados” no processo de organização do Centro Cirúrgico. Percebe-se que os conflitos entre médico e a equipe de enfermagem ocorrem quando os médicos desconsideram a competência desta equipe, reduzindo a natureza específica da enfermagem a uma mera execução de ordens, das quais o enfermeiro deve dar conta (STUMM, 2006). Esta realidade é expressa pelos entrevistados:

*Acredito que a disputa seja cada equipe quer fazer um trabalho, mas às vezes esquece que depende de outras. Por exemplo, a equipe médica esquece ou desconsidera que precisa da autorização da enfermagem pra agilizar uma cirurgia na sala que ele quer. O tom usado para pedir, para antecipar uma cirurgia, pra agilizar a sala, colocar aquela cirurgia marcada numa sala em outra, eles chegam num tom de autoridade, autoritários. Isso não é amigável. (E17)*

Em um centro cirúrgico, as relações entre médicos e enfermeiros “são cortantes, há um modo agressivo e radical de comunicar-se, e isto não inclui somente gritos e xingamentos, mas também olhares fulminantes” (GONÇALVES E SILVA, 2005, p.43). Para os autores, as caricaturas de cirurgiões perseguidores e perversos fazem parte do cotidiano de centros cirúrgicos. Nele “a enfermagem se sente abandonada à vontade soberana das equipes médicas e os residentes apartados dos seus preceptores e enfermeiros, encontram-se afogados em exigências administrativas e gerenciais cada vez mais extenuantes” (GONÇALVES E SILVA, 2005, p.43).

Contudo, Gonçalves e Silva (2005, p. 42) falam do poder que a enfermagem possui relacionado à “construção de pequenos nichos de saber altamente especializados e acoplados de forma similar aos diferentes âmbitos do saber médico”. Este saber tão especializado propõe uma resistência silenciosa ao poder do médico, que, ao pensar mudanças e ou alterações de qualquer técnica cirúrgica, depende necessariamente de uma sincronia destas propostas com os movimentos de apropriação e pesquisa por parte dos técnicos e enfermeiros. A este respeito, Carapineiro (1998) denomina o saber da enfermagem como um saber periférico e delimita de forma precisa o saber dos enfermeiros como um subpoder, ou seja, “um poder cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidos pelo poder médico” (CARAPINEIRO, 1998, p. 79). Fica evidente no CCI a realidade na qual o médico assume e exerce um poder nuclear, desempenhando um papel protagonista, mas dependente de parcerias. Nesse sentido, torna-se importante registrar que o poder não é exclusivo a alguém ou a um grupo. Ele circula, muda de lugar e a cada momento é exercido por diferentes pessoas. Este movimento que o poder faz é o motivo da existência de conflitos. E, ainda, o exercício do poder pressupõe resistências. E resistências geram conflitos.

Nesse sentido, Cecílio (1999), avalia em seus estudos que os enfermeiros têm buscado ocupar novos espaços a fim de tentar romper o padrão de subordinação aos médicos. E especificamente no centro cirúrgico, na relação com o médico, que detém o poder do conhecimento sobre a patologia e as técnicas cirúrgicas, a postura da enfermagem, de acordo com Gonçalves e Silva (2005), mais do que simples submissão, revela possibilidades de subversão.

O que se observa na prática de clínicas não cirúrgicas é a existência de relativo equilíbrio na assistência à saúde pelos diversos profissionais. Nestas clínicas, ora assume o protagonismo no cuidado o médico, ora o enfermeiro, ora profissionais de reabilitação ou outros da área de saúde, de acordo com as necessidades do paciente. Na

assistência cirúrgica, o protagonista por excelência é o médico, cirurgião ou anestesista. Sem um ou outro, não é possível a realização do ato cirúrgico. Os demais profissionais trabalham numa relação de parceria, porém lhes é reservado o papel de coadjuvantes no processo assistencial. Cecílio (1999) aponta que quem controla tem o poder. Na clínica cirúrgica essencialmente quem controla é o médico e, portanto, este detém o poder.

Para Cecílio (1999), o poder só existe em ato, como um modo de ação de alguns sobre os outros. Esta argumentação sustenta o fato de que o médico exerce o poder na medida em que define, com suas prerrogativas de orientações terapêuticas, as condutas dos demais profissionais de saúde, especialmente no ambiente hospitalar que, segundo Carapinheiro (1998), é o ambiente por excelência da produção do saber e da prática médica. Ainda segundo a autora, nos serviços hospitalares, o poder é do médico, na medida em que as estratégias médicas delimitam o campo de ação do pessoal de enfermagem e das demais categorias de profissionais não médicos. Os entrevistados expressam aspectos importantes do saber como balizador do poder no centro cirúrgico, na medida em que a falta de conhecimento sobre o ato cirúrgico pode ser a base da submissão ao poder médico.

*Eu estava embasada num documento, então por isto que eu cheguei a confrontar. Se fosse uma situação que eu não tivesse conhecimento, não tivesse mesmo, o medicamento tal, o que poderia causar no paciente se eu não atender. Então eu não iria confrontar se eu não tivesse embasada senão, o médico ia falar o que era o melhor e eu ia ter que atender... Então a questão do poder dele ia predominar, se eu não estivesse respaldada... Se você não tem conhecimento você não consegue confrontar. Meus funcionários às vezes não têm este conhecimento e ai isto passaria. Porque tem coisas que você vê, sabe que o médico pode mudar na prescrição, mas se você não sabe qual é a alternativa você não vai confrontar.*  
(E15)

Deter o conhecimento sobre determinado assunto é, segundo o entrevistado, a possibilidade de confronto com as decisões terapêuticas médicas. Em outras palavras, o conhecimento delimita o campo de ação, sendo, portanto, a questão do conhecimento relevante, não só na condução do tratamento, mas essencialmente na configuração das relações de poder.

Foucault (2006), estudioso das questões do poder-saber, defende que o poder não possui uma natureza, nem uma origem. O poder em si mesmo não existe. O que existe são relações e práticas sociais onde o poder é exercido e este exercício pode manifestar-

se no aparelho central, como também em toda periferia da estrutura social. Desta forma, o exercício do poder circula, estando em constante transformação. Torna-se possível, então, a partir da ótica foucautiana e dos argumentos de Cecílio sobre controle e poder, considerar que o poder circula entre os que possuem saber, na medida em que, quem sabe controla e define. Ainda de acordo com Foucault (2006), não existe poder sem saber e todo saber gera novas relações de poder.

No contexto da saúde, o médico é o profissional que detém o conhecimento em profundidade sobre os aspectos referentes ao processo saúde e doença e condutas terapêuticas. É ele, portanto, que detém o maior poder. Contudo, quando alguém tem conhecimento sobre determinado aspecto, as relações de poder se desequilibram, se transformam e as posições se deslocam.

Os entrevistados entendem que o exercício do poder sem a crítica pode penalizar o processo de trabalho e se posicionam a favor de que o diálogo, o respeito profissional e o entendimento estabeleçam limites ao exercício de poder no Centro Cirúrgico.

*Tem que ir com educação, ser humano, ver o que é que está acontecendo. Não pode ser só poder pelo poder, e eu mando e desmando não. Ai eu sou contra. As relações humanas ai estão comprometidas. (E9)*

*Acho que se as pessoas forem dedicadas, não querendo impor umas as outras, é um fator facilitador. Eu me lembro de uma época que eu era isto ai, nos anos 70, não existia diálogo. Era uma coisa imposta de cima para baixo. Funcionava enquanto não existisse atrito. Quando existia atrito, era um desastre, quebrava uma estrutura, dividindo serviços. Esta briga por espaço gera conflito e isto não é fácil. As pessoas que se julgam muito poderosas não tem percepção exata da sua limitação... O cirurgião se arvora de um certo poder, e eu sou cirurgião, posso falar isto, né? E maior que a própria dimensão que a atividade dele pressupõe. Então vira uma verdadeira fogueira de vaidades... A pessoa esbarra nas limitações do próprio poder e querendo superdimensionar este poder. À medida que isto diminui de intensidade, a harmonia começa a imperar e com isto facilita todo tipo de trabalho. (E10)*

As falas dos entrevistados remetem à suas experiências de vida profissional que os levaram a construir uma relação equilibrada com os demais membros da equipe.

Baseadas em respeito e autocrítica, o entendimento que revelam sobre a importância das relações e do contexto, falam da clareza que têm dos problemas decorrentes de um poder exercido sem limites e sem legitimidade.

Os entrevistados, ao questionarem o “mando e desmando” sem a crítica do exercício do poder, estão acenando para a necessidade do estabelecimento de negociações internas nesta rede de poderes que se estabelecem no Centro Cirúrgico. São muitos profissionais convivendo em um ambiente fechado e estressante. São diferentes lógicas perpassando o cuidado cirúrgico. São ideologias distintas convivendo lado a lado. É preciso, portanto que se estabeleça uma rede de negociações e que estas negociações se façam a favor do paciente.

Cecílio (1999) analisando a política interna das organizações destaca que as equipes de saúde são compostas de múltiplos estamentos profissionais portadores de poderes/saberes assimétricos, que por sua vez são responsáveis pela configuração de arranjos institucionais complexos, na definição de projetos e estratégias distintas. Assim, recorrendo a Cecílio e Moreira (2002), consideramos que a equipe do Centro Cirúrgico tem que permanentemente renegociar suas posições assentadas em diferentes saberes e autoridades profissionais e, portanto em distintos poderes. A necessidade de construção de acordos é fundamental para que sejam alcançadas as articulações requeridas para a viabilização da assistência cirúrgica e na implantação de projetos, sejam eles assistenciais e ou organizacionais.

O tema hierarquia aparece nos discursos dos entrevistados, retratando a idéia de poder, isto é, o poder ligado à estrutura formal de cargos. A questão do exercício do poder pelos médicos é associada a uma hierarquia vinculada às categorias profissionais. Parece-nos que há por parte destes profissionais uma estratificação definida por importância de atividades, como se uma categoria fosse mais relevante que outra na disputa pela maior influência na gestão do Centro Cirúrgico.

*Eu acho que tem gente mandando demais. E ai acaba que não sai direito... Ai tem a questão dos médicos, por exemplo, acham que por serem médicos, são melhores que a enfermagem, que acha que são melhores que o administrativo... Apenas por ter um cargo melhor pode chegar com certo atrevimento... Eu sempre falei que lá a gente tem chefe demais. (E12)*

*Eu acho que o bloco cirúrgico ou qualquer setor tem que funcionar, de acordo com algumas hierarquias. Não tem jeito, senão nada funciona. É preciso hierarquia, mas com respeito de*

*todos os níveis. Às vezes alguns falham. Acham que é o coordenador, o chefe do setor que pode tudo e não é assim. Eu acho importante ter hierarquia, sem ela nenhum setor funciona bem. (E9)*

Ao mesmo tempo em que reclamam das muitas chefias do Centro Cirúrgico, os entrevistados apontam o desejo de um modelo hierarquizado, com concentração de poder formal, talvez por ser este o modelo mais difundido e utilizado nas instituições, tendo como base os princípios taylorista/fordista da estrutura clássica de administração. Modelos mais flexíveis e horizontalizados exigem preparo para a sua implantação e, tendo em vista que no setor público de saúde, mudanças são difíceis de serem efetivadas, estes modelos certamente sofrem resistência.

*A hierarquia que não é imposta, a hierarquia construída é extremamente benéfica. O sujeito vai galgando os postos por conhecimento, por concurso, por outras coisas. Isto tem que existir na estrutura... E no serviço público a hierarquia tem sido mal construída. Esse negócio de eleição no serviço eu acho péssimo, porque a eleição não reflete a capacidade da pessoa que está assumindo determinado cargo. Muitas vezes reflete a habilidade política da pessoa, o que para a instituição não é bom, é ruim... Eu acho o serviço assistencial, feito este do BC, em uma universidade, não devia caber este tipo de construção de poder. (E10)*

*As pessoas no Brasil não são muito ligadas, elas não entendem muito o poder. Elas não querem aceitar uma pessoa mandando nelas... Talvez a gente precise hierarquizar mais. As pessoas aceitam pouco o poder de outra pessoa. Tem uma inveja grande... Isto é difícil porque, a pessoa que exerce a função de chefe, subchefe, não é respeitada como deveria pelo subalterno... A hierarquia está relacionada com poder... Existe uma hierarquia para definir quem é o verdadeiro poder daquela instituição. Poder é quem vai mandar no fim de tudo. Eu acho que as pessoas não aceitam o poder, não aceitam pessoas mandando nelas. (E8)*

Os entrevistados mostram-se presos a modelos tradicionais de gestão, onde a centralização do poder se concentra em poucos indivíduos, numa linha verticalizada de comando. Os novos modelos de gestão pressupõem participação, o trabalho em equipe e o aproveitamento de idéias do conjunto de trabalhadores na busca de solução de problemas e aprimoramento da gestão. O desconhecimento do modelo de gestão do HC-UFMG e do Centro Cirúrgico é um fato preocupante na medida em que, a diferença no percurso dos

entrevistados e as diretrizes gerenciais da unidade podem gerar conflitos organizacionais que concorrerão para uma gestão fragmentada.

Outro aspecto relacionado à hierarquia no Centro Cirúrgico refere-se ao questionamento feito por alguns entrevistados quanto à capacidade da hierarquia em propiciar o atendimento de outros interesses que não àqueles relativos aos cuidados ao paciente. Um poder burocrático, instituído, que não operacionaliza, na prática cotidiana, a assistência adequada ao paciente.

*Aí tem um conflito assim: você zela pelo paciente ou segue a hierarquia? (E11)*

Essa questão remete não só a legitimidade do exercício do poder, mas à ética no cuidado. A submissão ao poder pode gerar ônus ao paciente, traduzindo a omissão de um cuidado qualificado. Silva (1997) afirma que,

[...] ao considerarmos um conflito, a omissão torna-se antiética, pois reforça um dos lados da situação, geralmente o segmento mais forte. Comumente, situações conflituosas são resolvidas de forma pseudo-pacíficas, baseadas na omissão e na falta de comprometimento das partes envolvidas. (SILVA, 1997, p. 170)

Nesse sentido, Ghellere (1993) também afirma que a história do pensamento humano revela pelo menos duas grandes tendências: uma corrente que expressa a existência de um valor ético absoluto e outra que traduz a idéia do valor ético relativo. Nesse sentido, a ética que queremos praticar visualiza a possibilidade do desenvolvimento de uma prática capaz de ampliar e consolidar uma assistência humana e competente e para tanto, o acervo e a internalização do saber ajudarão, não só nas referências científicas, mas no comportamento digno.

Outro tipo de exercício do poder mencionado refere-se às ações corporativas das diferentes clínicas e serviços que operam no Centro Cirúrgico. De acordo com os entrevistados, exercem maior poder as clínicas que mais procedimentos cirúrgicos realizam. Essas clínicas, em razão da sua produtividade, utilizam maior número de salas, gozam da preferência para realização dos seus procedimentos nos primeiros horários e possuem maior número de turnos na agenda cirúrgica. Esta referência diz respeito às clínicas engajadas no trabalho do hospital e comprometidas com os resultados. Como consequência do desempenho, algumas clínicas têm mais poder de negociação junto à direção do Hospital pelo fato de terem comprovado o compromisso com a instituição.

*Algumas clínicas que operam no bloco são mais poderosas que outras, porque o serviço opera mais e tem maior produção, então ele se dá o direito de exigir do bloco, da chefia, ou da diretoria tantas salas porque produz mais. Agora o bloco está trabalhando aquela clínica que não tem uma produção, a sala fica ociosa, Esta clínica está perdendo o poder e a sala. (E2)*

*Tem uns setores que têm mais força. O poder não é só o poder da pessoa, mas do serviço... Então na medida em que o serviço se torna muito importante em vários aspectos para a instituição terão maior capacidade de ver suas reivindicações atendidas.... Mérito. Meritocracia como eles falam. Meritocracia em todos os níveis. Se for um setor que não está produzindo, não tem o mesmo peso. Estão pedindo outra sala para mim no bloco, mas se não estão produzindo, eu não posso dar. Não estão produzindo, não vou dar outra sala. Está correto. (E9)*

O entendimento por parte dos entrevistados é de que bons resultados conferem mérito, e, portanto, é um direito natural das clínicas com maior produtividade terem melhores condições de trabalho. No HC-UFMG operam mais as clínicas cuja demanda cirúrgica pela comunidade junto à SMSA é maior. Cirurgias mais complexas são realizadas no HC, tendo em vista o fato de ser referência para casos de alta complexidade no município de Belo Horizonte. As clínicas cirúrgicas, cuja procura é menor, sob esta lógica, não poderão aspirar recursos similares às clínicas de maior desempenho. Nesse entendimento, o princípio da “meritocracia”, como afirmam os entrevistados, privilegia algumas clínicas em detrimento a outras, no sentido de que as maiores se apropriam do espaço físico, equipamentos e material a despeito das necessidades institucionais. A apropriação de espaço físico simboliza o poder que os serviços têm, legitimando-o. Por outro lado, as clínicas e serviços reforçarão a resistência já revelada no processo de planejamento e organização do Centro Cirúrgico com a insistência em manter os tradicionais “feudos” do passado.

*Assim, cada clínica tinha o seu controle, do seu material, né? E agora isto está sendo visto para ser da instituição, para atender o bloco... A sala cirúrgica é da instituição, não é da clínica, não é do cirurgião. O material é do bloco é da instituição. Antes eles eram da equipe, da clínica. Nada se emprestava. Isto eu tentava. Agora está ampliando. (E13)*

As entrevistas são surpreendentes, na medida em que tiram o foco de poder, até então, nos profissionais, deslocando-o para a instituição. A meritocracia defendida pelos entrevistados resgata aspectos do paradigma funcionalista/sistêmico em que o Centro Cirúrgico, como parte do Hospital, deve trabalhar sob a lógica dos objetivos organizacionais e, para tanto, deve utilizar recursos materiais e ou simbólicos que motivem os trabalhadores a aderirem estes objetivos. A utilização de benefícios advindos de maior produção representa uma forma de controle exercido pela instituição. Um bom desempenho cirúrgico, utilizando toda a infraestrutura hospitalar a favor do paciente, atendendo as demandas em tempo hábil, deve ser compreendido como a missão da unidade, incorporada por todos que nela atuam, não se constituindo moeda de troca.

A este respeito, Cecílio (1999), resgata ser esta a estratégia das organizações normativas, onde meios materiais são usados para garantir a adesão dos trabalhadores a uma diretriz institucional. O autor ressalta que esta adesão utilitária, movida por interesses, pode caracterizar-se como uma adesão alienada em proporção direta com a coerção exercida. Neste entendimento, os serviços produzirão, mas não com uma perspectiva de implicação institucional e sim porque almejam os prêmios.

No que diz respeito à gestão e organização do Centro Cirúrgico, a maioria das entrevistas revelam certo descrédito com o processo de descentralização gerencial. A crença de maior participação do trabalhador como contribuição para a gestão é confrontada com a perspectiva de que as demandas para mudanças nos comportamentos profissionais se dão somente com a enfermagem, nunca com os médicos, o que mantém as peças do jogo de poder nos mesmos lugares.

*Mais uma vez você está ouvindo quem trabalha no dia a dia. Desta rodada toda você talvez conseguisse identificar alguns fatores, algumas soluções para que possa melhorar o funcionamento, não só do bloco, mas do hospital. (E8)*

*Não adianta só a diretoria falar “vamos fazer isto pronto e acabou”. E baixar lá de cima a norma. O usuário tem que ser escutado porque nós estamos mais por dentro das dificuldades. Nós temos as nossas particularidades. A cirurgia pediátrica tem as suas, a cirurgia de adultos também tem. Então eu acho que neste ponto foi muito bom, foi fundamental. (E9)*

*Agora vai ter um colegiado, eu acho que vai resolver muita coisa. Vai ajudar em muita coisa. Você vai poder expor o que tem no bloco. Vai ter uma pessoa da enfermagem que vai poder*

*falar das dificuldades da enfermagem, vai ter uma pessoa do administrativo que vai falar das dificuldades do administrativo... Uma reunião de pessoas conversando sobre os problemas, ele tem como resolver isto sim. (E12)*

As falas expressam expectativas relativas ao processo de mudança gerencial no HC-UFMG, especialmente voltadas ao alcance que estas mudanças terão na melhoria do Centro Cirúrgico e do Hospital em geral. A participação no processo é admitida apenas no que se refere à explicitação das necessidades específicas de cada clínica, sem o compromisso de se responsabilizarem por estas mudanças. Mencionam o diálogo como uma perspectiva de interação e comunicação da equipe a favor da solução dos problemas do Centro Cirúrgico, mas esta perspectiva é o máximo que conseguem prever na discussão sobre as novas propostas gerenciais. Tem-se a sensação de que os entrevistados relatam um processo ocorrido com outros sujeitos que não eles, à margem do processo de mudança. No entanto, talvez este seja o começo da inserção nas mudanças propostas, pois ainda há expectativa e esperança.

De acordo com Cecílio (2000), propostas de mudanças estruturais que visem a democratização da organização e a criação de espaços coletivos de discussão exigem uma reflexão da origem de partida desta cadeia de apostas, no sentido de serem identificados o nível de consenso em torno do projeto de transformação da vida organizacional. Sem esta análise, ou melhor, sem este consenso mínimo sobre o desejo e o tipo de mudança não se tem o êxito esperado. Na área da saúde, o autor considera que as dificuldades ou insucesso de qualquer projeto de mudança organizacional “está nitidamente relacionado à forma como ocorre a adesão dos vários trabalhadores, mas muito em particular dos médicos” (CECÍLIO, 2000, p.22), tendo em vista a manutenção do comportamento na organização, indiferentes às mudanças propostas. A perspectiva do diálogo somente não retrata a noção de equipe pretendida pelos projetos de gestão, nos quais o conjunto de trabalhadores é chamado a novas relações éticas, compartilhamento de responsabilidades e de reconhecimento de alteridades que significa um deslocamento da idéia do que hoje é conhecido como trabalho de equipe. Neste novo conceito, há uma significativa distribuição de poder e o questionamento das relações de dominação, hoje justificadas por uma hierarquização dos distintos saberes portados por diferentes profissionais (CECÍLIO, 2000).

*As mudanças que estão ocorrendo,... Deveriam estar assentando conosco para ver se eram viáveis e não ficar só' cobrando... Tem que ter a participação da enfermagem sim, mas tem*

*que ter a participação da equipe médica. Não tem cobrança da equipe de enfermagem, porque a equipe de enfermagem é fácil, porque nos estamos subordinados. Mas vamos cobrar também dos outros... Quantas salas têm bolsas de médicos espalhadas pelo chão? Dá impressão que, nós da enfermagem, é que transmitimos contaminação... Então, acho que têm que ter mudanças, todos tem que participar, porque não adianta só um mudar... Eu não sei, eu não sou enfermeira, mas eu acho que tem que começar a mostrar para os médicos... Porque se é para o bem do paciente, eles têm que participar também e têm que mudar. A gente tem que ter a participação de todo mundo. (E5)*

A falta de envolvimento dos médicos com os processos organizacionais do Centro Cirúrgico é evidenciada pelas falas dos entrevistados e, segundo estes, concorre para diminuir o entusiasmo daqueles que se implicam nos processos de mudança. Segundo os relatos a enfermagem geralmente acata e se envolve com o processo de organização de forma mais consistente, mas resente-se da falta de implicação dos médicos, na medida em que todos os profissionais da equipe são responsáveis pelo funcionamento do Centro Cirúrgico bem como pelo cuidado prestado na unidade.

Os médicos em geral resistem às mudanças organizacionais como forma de assegurarem o poder historicamente a eles delegado seja pela especialização do conhecimento e exercício da prática cirúrgica e cura da doença ou pelos cargos ocupados na hierarquia hospitalar. A não adesão dos médicos a qualquer modelo é apontada como uma “resistência pacífica que resulta em eficaz arma contra as mudanças pretendidas pelos dirigentes” (CECÍLIO, 1999, p.316). Os médicos não se confrontam com os gestores, mas também não cooperam nem operacionalizam as mudanças. Quanto ao comportamento dos enfermeiros, o autor argumenta que, estes também resistem aos modelos mais democratizantes de gestão, no que se refere a relações mais horizontais dentro da própria equipe de enfermagem. Por outro lado, como forma de se fortalecerem perante os médicos, os enfermeiros estão sempre disponíveis para desenvolverem estratégias no sentido de ocupar e hegemonizar novos dispositivos institucionais pensados para democratizar a vida da instituição.

No que se refere ao Centro Cirúrgico, observa-se vários pontos de tensão entre médicos e a administração e entre médicos e enfermagem. A confrontação dos padrões de comportamento profissional dos médicos e dos demais membros da equipe tem como resultado persistente, um saldo a favor do corpo médico na medida em que este dissimula a ineficiente regulação do poder administrativo. Parece, portanto que o médico sempre tem razão. Esta situação gera graves problemas organizacionais e relacionais entre e com as

demais categorias profissionais. A forte autonomia do médico, que o distancia dos códigos normativos da instituição, reitera que “as normas e valores profissionais dos médicos afetam mais a estrutura organizacional do que são afetados por elas” (CARAPINHEIRO, 1998, p. 48). É a racionalidade organizacional submetendo-se à racionalidade médica nos processos.

Assim, de acordo com Cecílio (1999), qualquer mudança na forma de gestão e organização de uma instituição ou unidade de serviços deverá considerar a questão do poder na vida organizacional, buscando compreender a configuração que assumem as relações de poder naquela situação particular. É necessário, também, considerar os conceitos de autonomia e controle, como intimamente ligados à categoria poder, especialmente na formulação de modelos de gestão mais democratizantes, com a ciência de que o processo de descentralização, participação e autonomia, não estão livres de ambigüidades e imprevistos que dificultam a sua operacionalização (CECÍLIO, 1999).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conhecimento é um processo que não termina quando se conclui uma pesquisa. Os resultados são provisórios e o estudo recomeça nas questões que são levantadas pela análise final. A construção de novas relações e de um novo olhar sobre a gestão e as necessidades do gerenciamento do hospital acrescentou conhecimento e mostrou possibilidades de aplicação no trabalho cotidiano do centro cirúrgico. Cabe-nos, portanto, registrar as conclusões acerca do nosso objeto de estudo, ousando apresentar reflexões que possibilitem investigações futuras e subsidiem possíveis propostas de intervenções na gestão do centro cirúrgico. Nesse sentido, cabe enunciarmos algumas questões relativas ao Centro Cirúrgico do HC-UFMG explicitadas a partir do estudo realizado.

O centro cirúrgico se configura como um setor complexo que exige organização específica e gerenciamento eficaz, que leve em consideração a necessidade da sincronia com os demais setores do hospital de forma a atender as demandas de agilidade que as ações nele desenvolvidas requerem e possa garantir a qualidade da assistência oferecida. O cotidiano do centro cirúrgico é marcado por processos de trabalho fragmentados, morosidade das ações e conflitos interpessoais. Há necessidade do controle de todos os procedimentos e a exigência dos recursos necessários para a realização do ato cirúrgico que, somado à lógica do processo de trabalho e funcionamento atual, têm gerado estresse nos profissionais, repercutindo de forma negativa nas relações interpessoais e na assistência.

O Centro Cirúrgico do HC-UFMG possui uma equipe qualificada que, a despeito do descontentamento com as condições de trabalho no que se refere aos aspectos de infra-estrutura e insuficiência de recursos humanos, redesenha o trabalho cotidiano e promove a qualidade dos serviços prestados. No entanto, a organização e funcionamento do setor mostram problemas de articulação entre o modelo assistencial e o modelo de ensino, o que tem permitido atuações profissionais distintas, voltadas aos interesses corporativos, prevalecendo muitas vezes o interesse do ensino em detrimento da assistência. Além disso, não há um projeto de gestão do setor como UF, incorporando as diretrizes institucionais relativas ao novo modelo gerencial implantado no HC-UFMG desde 1999. Essa não incorporação do modelo determina o não reconhecimento do gerente como figura de autoridade no contexto das relações de poder, o que tem levado os profissionais a uma busca constante de uma referência administrativa no setor. Por outro lado, o gerente, que lida no dia-a-dia do Centro Cirúrgico com práticas corporativas autoritárias, é entendido somente como interlocutor privilegiado junto à direção do hospital.

Coexistem diversas lógicas no espaço do Centro Cirúrgico, tais como a lógica das profissões, da burocracia e do ensino, esta última própria de um hospital universitário. Os profissionais, ancorados nessas lógicas, disputam, entre si, a gestão do processo de trabalho, muitas vezes deixando o cuidado em segundo plano, apesar de o hospital possuir metas pactuadas com o gestor municipal, tendo em vista estar inserido no SUS. O ensino define, portanto, o ritmo e o desempenho da unidade. Há descrédito do trabalhador em relação às propostas da direção ou da gestão setorial e o processo de comunicação interna é ineficiente.

O poder e a autonomia do médico coexiste com a linha de comando vertical hierarquizada da enfermagem, definindo estratégias de resistência ao poder instituído e às mudanças organizacionais. As relações de poder são disputadas pelas corporações, embora a autonomia do médico, aliada ao saber e ao exercício da docência em um hospital universitário seja, a favor desses, decisiva no jogo organizacional. O ato cirúrgico é coordenado pela lógica médica, por meio de um processo nem sempre articulado e integrado entre as diferentes clínicas, outros profissionais da equipe e as unidades fornecedoras de insumos. Estas unidades, que enfrentam as mesmas dificuldades organizacionais identificadas no centro cirúrgico, têm com este, relações difíceis, com frágeis redes de colaboração e ausência de uma interlocução ágil.

O enfermeiro é considerado um profissional estratégico para a gestão e funcionamento do Centro Cirúrgico, por permanecer maior período na unidade e conhecer toda a infraestrutura da unidade e do hospital. No entanto, há divergência de papéis deste profissional e a área administrativa, sendo que a inserção dos trabalhadores da área administrativa no Centro Cirúrgico é difícil e geradora de conflitos.

A perspectiva da mudança de gestão hoje no Centro Cirúrgico do HC-UFMG é uma realidade. A inserção do Hospital no SUS permitiu novas oportunidades de ensino, aproximação com o usuário e a construção de novas posturas profissionais e acadêmicas a partir de uma maior aproximação com os problemas existentes no campo da saúde. No entanto, criou demandas de revisão dos conceitos teóricos e metodológicos relativos à sua administração, o que tem sido motivos de conflitos.

Portanto, além dos aspectos e contradições identificadas quanto ao universo particular do Centro Cirúrgico e sua inserção no Hospital, este estudo evidenciou também a potencialidade para mudanças em seu processo de trabalho a partir do desenvolvimento de iniciativas para estimular envolvimento dos trabalhadores em quaisquer mudanças pensadas. A disponibilidade dos trabalhadores com o trabalho coletivo, a qualificação da equipe e o

desejo expresso em melhorarem as relações internas e externas a fim de prestarem assistência progressivamente qualitativa, reafirmam as possibilidades de articulação para a reestruturação da gestão e da organização do setor.

Desenvolver projetos coletivos é um desafio e uma meta difícil de ser alcançada. As dificuldades desta proposta residem essencialmente no confronto das expectativas dos sujeitos envolvidos, no desprendimento de convicções pessoais e disponibilidade para acomodarem-se as pretensões do outro, num processo de negociação permanente sustentado pela construção de um projeto assistencial comum. Esta é uma tarefa que exige esforço, compromisso e responsabilidade institucional.

Contudo, pelas especificidades de uma instituição hospitalar, nenhuma ação ou proposta de mudança deve ser empreendida sem a análise rigorosa das relações de poder existentes, próprias da área da saúde, e a força que estas podem determinar sobre qualquer projeto. Ao se tratar de um hospital universitário público, complexo pela natureza de suas ações e vinculado ao SUS, mais atenção se deve ter à temática do poder. É importante considerar que intervenções na micropolítica do trabalho, se empreendidas pelo conjunto de profissionais responsáveis pela produção do cuidado, impactam profundamente o espaço macro da gestão. Devem, portanto, regerem a agenda das discussões. Nesse sentido, espaços coletivos de integração das equipes de trabalho, seja para discussão de casos ou temas relativos aos processos de trabalho, constituem-se fóruns fundamentais. A favor desta perspectiva já existe no Centro Cirúrgico o colegiado interno, cujas diferentes representações profissionais, devem se apropriar do papel de mediadores entre os seus pares e os espaços decisórios, visando contribuir para uma gestão democratizada.

Os profissionais necessitam incorporar os diferentes saberes, práticas e tecnologias como um valor de troca entre as equipes, que devem se organizar e interagir a favor de um projeto assistencial comum. Devem, ainda, incorporar a discussão do modelo centrado nas necessidades do usuário, no caso, do paciente e do aluno. Com racionalidade, sem posturas radicais e emblemáticas, a gestão do trabalho em saúde, em um hospital universitário, deve propiciar o envolvimento e a responsabilização de todos os trabalhadores com uma articulação efetiva e adequada da assistência, formação de recursos humanos e a pesquisa, a favor do e de ser humano.

## REFERENCIAS

ALVES, M.; GODOY, S.C.B.; BRITO, M.J.M.. **Relações de sofrimento e prazer no trabalho: ambigüidades no espaço organizacional**, 2008, in Gestão de pessoas e competências: teoria e pesquisa, HELAL, D.H.; GARCIA, F.C.; HONÓRIO (coordenadores), Curitiba: Juruá, 2008, 370 p.

ANTUNES, J.L.F. **Hospital, instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

BARDIM, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2007, p. 861-870.

BIANCHI, E.R.F.; LEITE, R.C.B.O. O enfermeiro de centro cirúrgico e suas perspectivas futuras – uma reflexão. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 11 n. 1, p. 24-27, jan/mar. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRITO, M.J.M.; ALVES M. O processo de mudança em um hospital de Belo Horizonte: a visão da enfermeira gerente. **Revista de Administração da UFLA**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 110-123, jul/dez. 2003.

BOLETIM INTERNO [do] Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: jan. 1998.

CAMPOS, G.W.S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 187-193, jan/mar. 1999.

CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES E.D. Planejamento sem normas Série didática. **Saúde em Debate**. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec . in Considerações sobre o processo de administração de serviços de saúde. P. .9-31, 1994.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Edições Afrontamento. Porto, 1998.

CECILIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CECILIO, L.C.O. Mudar modelos de estão para mudar o hospital: cadeia de aposta e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 1, n. 2, p. 04-26, 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; FEUERWEKER, L.C.M. O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n. 4, jul/ago, 2007.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde e Debate**, 2003, p. 110 – 122.

CECILIO, L.C.O.; MOREIRA, M.E. Mecanismos de controle, disputa de interesse e conflito: o trama de poder nas organizações de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro: v.36, n.4, 587-608, 2002.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**, 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COSTA, M. 1ª. **Oficina de Revista do Projeto de Unidades Funcionais – Hospital das Clínicas da UFMG**. Belo Horizonte, in mimeo, 2007.

COSTA, M.A **O planejamento como tecnologia de gestão qualificando o cuidado e o ensino em saúde**. Belo Horizonte, 2006. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina da UFMG.

DEUS, A.D. **Oficina de Planejamento do HC/UFMG: Uma só direção, esta peça também é sua**. Belo Horizonte, in mimeo, fev. 2009.

DIONNE, J.; LAVILLE, C. **A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

ESTEVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12. n. 03. Rio de Janeiro, mai/jun. 2007.

FOUCAULT. M. **A microfísica do poder**. 22ª. Ed. . Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.

FOUCAULT. M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GATTO, M.AF.;JOUCLAS V.M.G. Otimizando o uso da SO. **Revista SOBECC**, janeiro-março, 1998.

GARCIA PRIMO, G.M. et al. Reforma da Saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n.4, suplemento 04. Belo Horizonte, dez. 2008. p. 31-39.

GHELLERE, T. et al. **Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para a enfermagem**. Florianópolis: Editora UFSC, 1993.

Gil, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, T.R.; SILVA, R.N. Encontro com ciborgues no hospital:cartografias de um campo cirúrgico. **Psicologia e Sociedade**, v.17, n.01. Rio de Janeiro. Jan-abril 2005.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Avaliação de desempenho da UF CCI e Anestesiologia**. Belo Horizonte, 2007.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Construindo um novo modelo para o HC**. Belo Horizonte, 1999b.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Contrato de gestão UF CCI e Anestesiologia**. Belo Horizonte, 2005.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. Desde 1928 celebrando vida. **Catálogo 80 anos**. Belo Horizonte, 2008a.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Plano Diretor 1999-2000**. Belo Horizonte, 1999c.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Projeto para implantação de um novo modelo de gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**. Encarte. 11. Belo Horizonte, 1999a.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Relatório final de reestruturação das UF'S.** Belo Horizonte, 2008b.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Unidades Funcionais – Projeto para implantação de um novo modelo de gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.** Belo Horizonte, ago. 1999d.

IOCHIDA, L.C.; BATISTA, N.A. O ensino da clínica médica: situação atual, perspectivas e desafios. **Revista Brasileira Clínica Terapia.** Jul. 2002, p.143-145.

LEI 8666 de 21 de junho de 1993.

Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm) . Acesso em 11/04/2009.

LEMOS, J.M.C. **Hospital das Clínicas 1971-1996.** Texto de apoio ao 3º seminário do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, Mimeo. 1998. 10 p.

MALTA, D.C.; MERHY.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, jan/jul. 2003. p. 61-66.

MASTRANTONIO, M.A.; GRAZIANO,K.U. Proposta de um instrumento de avaliação dos padrões de qualidade de uma unidade de centro cirúrgico ajuizado por especialistas. **O mundo da Saúde.** São Paulo, ano 26, v. 26. n. 2, abr/jun. 2002.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários:passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica do Brasil.** 2001, p. 149-56.

MEKEER, M.H.; ROTHROCK, J.C. A. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.** Revisão técnica Ivone E. Cabral; trad. Cláudia L. C. Oliveira e Ivone E. Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2008.

MENEGHIN, P. et al. Comunicação na enfermagem em nível organizacional: questões e opções. **Revista Paulista de Enfermagem,** v.10, n.3. São Paulo, set-dez, 1991

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOTTA, P. R. **Transformação Organizacional a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1997.

PEDUZZI, M. Equipes multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Saúde Pública**, v. 35, n. 1, São Paulo, fev. 2001.

PENA, M.A. **O Processo de Planejamento em um Hospital Público e Universitário: o discurso e a prática**. Belo Horizonte, 2006. Tese (Mestrado em Epidemiologia) – Escola de Veterinária, UFMG.

PEREIRA, M. S. **Mudança Organizacional na Saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário**. Belo Horizonte: Editora Arte, 2004.

PINHO, M.C. Trabalhando em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciência & Cognição**. Ano 03, v. 8. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/>. Acesso em 10/04/2009.

POSSARI, J. F. **Centro Cirúrgico Planejamento, Organização e Gestão**. São Paulo: Iátria, 2007.

RODRIGUES, M.A.G. **Fundamentos em Clínica Cirúrgica**. Belo Horizonte: Coopemed, 2005.

SCHWARTZMAN, S. Pesquisa acadêmica, pesquisa básica e pesquisa aplicada em duas comunidades científicas, in mimeo, jan. 1979.

SCRAIBER, L.B. et al. Planejamento gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, M.d'A. A. et al. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1997.

SORIN, C. **Interet du conflit et conflits d'interets au bloc operatoire. Memoire pour l'obtencion du diplome cadre de santé, Assistance Publique**. Hopitaux de Paris, Institut de Formacion des Cadres de Santé. Paris, 2003.

SOUZA E. M. et al. Análise genealógica: o estudo do poder nas empresas sob uma visão foucaultiana. **Revista Aulas**. mar. 2007. 33 p.

STUMM, E. M.F.;MAÇALAI, R.T.;KIRCHNER,R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto e Contexto de Enfermagem**. V.15, n.3. Florianópolis, jul-set 2006.

SPAGNOL, C.A.. **A Trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicar seus nós**. Tese de Doutorado. Campinas, 2006. 347 p.

TRIVINÔS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VECINA NETO, G. ; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.12, n. 4, Rio de Janeiro, jul/ago 2007.

ZAGONEL, I.P.S. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 1, n. 2, p.75-80, jul/dez. 1996.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou realizando uma pesquisa intitulada “ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE HORIZONTE- MG”, que tem como objetivo analisar as práticas de gestão do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, focalizando os elementos facilitadores e dificultadores do seu funcionamento e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais da equipe, para a minha dissertação de Mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG, sob a orientação da prof.a Dr.a Marília Alves.

A pesquisa que realizarei é de natureza qualitativa e tem como um de seus instrumentos, a realização de entrevistas semi estruturada. A entrevista é uma conversa a dois, destinada a fornecer informações relativas ao tema pesquisado. A duração desta entrevista terá em média 30 minutos e será gravada, sendo que posteriormente você pode solicitar o texto da sua entrevista digitado.

Pelo presente documento, assumo o compromisso de utilizar a gravação somente para a referida pesquisa, garantindo o anonimato do entrevistado e só utilizando o resultado da entrevista pra fins científicos.

Se você concordar em participar da entrevista, esteja ciente que poderá interromper a mesma a qualquer momento em que desejar. Quaisquer outras informações que desejar serão prestadas a você antes do inicio da entrevista. Se concordar em participar, favor assinar o termo abaixo, que será fornecido em duas vias, ficando uma com você e a outra via com a pesquisadora.

**Eu \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_ declaro que estou devidamente informado(a) sobre os objetivos e a realização da pesquisa, tendo a garantia de que será preservado o meu anonimato, e os resultados da mesma serão utilizados somente para fins científicos. Neste sentido, livre e espontaneamente concordo em ser entrevistado(a), sabendo que posso interromper minha participação a qualquer momento, se assim o desejar. Estou ciente de que as observações e dados por mim declarados(as) serão confidenciais e que os resultados do estudo serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos publicados em revista científica.**

\_\_\_\_\_  
Ass. do entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Ass. da pesquisadora

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pela pesquisadora ou pelo Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFMG - COEP/UFMG, cujos contatos estão abaixo discriminados:

- Maria do Carmo de Souza M Avelar Gomes  
Rua Maria Cândida de Jesus, no. 600.  
Bairro Jardim Paquetá – BH Fones: 3498 3772/91653882  
Email : [mcsag@hc.ufmg.br](mailto:mcsag@hc.ufmg.br).
- COEP/UFMG - Fone: 34094592 - Email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

Aluna: Maria do Carmo de Souza Mota Avelar Gomes

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Marília Alves

**OBJETIVO GERAL:** Analisar os processos de gestão do Centro Cirúrgico do HC/UFMG, focalizando os elementos facilitadores e dificultadores do funcionamento, as relações de poder estabelecidas entre os profissionais da sua equipe.

#### **Questões:**

1. Você poderia me falar sobre como se dá a gestão do Bloco Cirúrgico?
2. Fale para mim sobre o funcionamento diário do Bloco Cirúrgico?
3. Que os fatores facilitam o funcionamento do Bloco Cirúrgico?
4. E que fatores dificultam o funcionamento da Unidade Funcional Bloco Cirúrgico?
5. Como se dão as relações entre os profissionais no cotidiano de trabalho no Bloco Cirúrgico?
6. Como você percebe as relações de poder aqui nessa Unidade Funcional?

## **ANEXOS**

**ANEXO A**

**AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA**

**ANEXO B****AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA GERAL DO HC/UFMG PARA CONSULTA À  
DOCUMENTAÇÃO**