

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E ESTRUTURA ORGANIZATIVA.
A NECESSÁRIA INTERFACE:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO
EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais - CEPEAD – da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Recursos Humanos e Organizações
Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG
Maio / 2004



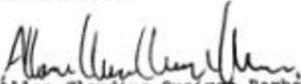
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

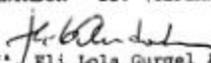
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora JACQUELINE SALDANHA MENDES DA COSTA, REGISTRO N° 328/2004. No dia 18 de maio de 2004, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 06 de maio de 2004, para julgar o trabalho final intitulado "Assistência Humanizada e Estrutura Organizativa. A Necessária Interface: A Experiência do Grupo de Trabalho de Humanização em um Hospital de Belo Horizonte", requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração, área de concentração: Organização e Recursos Humanos. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

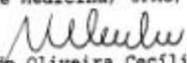
Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa	APROVADA
Prof. Dr. Eli Lola Gurgel Andrade	APROVADA
Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio	APROVADA

Pelas indicações, a candidata foi considerada APROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 18 de maio de 2004.


Prof. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR - Dr. (CEPEAD/UFMG)


Prof. Eli Lola Gurgel Andrade
Dr. (Faculdade de Medicina/ UFMG)


Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Dr. (Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP)

Com todo o meu respeito, carinho e admiração, a minha mãe Marlene e ao meu sogro Antônio Veloso, que, desde outubro/2003, vêm experimentando os efeitos do adoecimento, vivenciando os *sabores e dissabores* da assistência à saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, meu mui querido orientador, que com seu jeito impar de ser, sempre responsável e organizado, se revelou (sem perder a exigência!!!) pessoa boa e compreensiva, principalmente no momento em que caminhar, para mim, estava sendo uma tarefa difícil.

Ao tão gentil, presente e acolhedor, Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff, que sempre contribuiu com o seu grande saber e reflexões e primeiríssima pessoa a me estender às mãos na UFMG.

À Profa. Dra. Eli Iola Gurgel Andrade que, desde a defesa de meu projeto, também de forma acolhedora, tanto contribuiu com suas reflexões e referências bibliográficas.

À Coordenação do CEPEAD e aos demais professores, pelos constantes incentivos, apoio e reflexões.

Aos funcionários do CEPEAD - Secretaria e CPD - sempre tão prestativos. Às meninas da limpeza e do cafezinho, sempre tão carinhosas comigo.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte / Escola Municipal Eleonora Pierucetti e à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Hospital Maternidade Odete Valadares, pela minha liberação para participação no curso.

À equipe da Coordenação de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde do estado de Minas Gerais pela presteza e gentileza na disponibilização das informações.

À direção do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e suas gerências, Assessoria de Planejamento, Secretárias e Comissão de Humanização - em especial, a sua coordenadora Rita, pelo total apoio oferecido - pela disponibilidade com que me receberam para a realização desta pesquisa.

À equipe do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Maternidade Odete Valadares, pelo apoio oferecido para que eu realizasse o curso e, em especial, ao Dr. Carlos Dalton Machado, pela minha liberação / flexibilização do trabalho e pelos muitos momentos de reflexão sobre a medicina e o sistema de saúde brasileiro; e também às minhas queridas Luiza – hoje, na FHEMIG – e Silvana, pelo constante apoio e acolhimento às minhas reflexões, durante a realização do curso.

Aos orientandos, orientandas e estagiárias do Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, pelos momentos de discussões e reflexões: Cláudia, Dalini, Giselle, Júnia, Lílian, Marcelo, Márcia, Marcus, Mariane, Marco Aurélio, Selma, Simone e Simone.

Aos meus colegas de mestrado, turmas 2001 e 2002, principalmente aos colegas dos encontros mais diários, que possibilitaram muitas trocas de experiências e informações: Alexandre Rolim, Alexandre Teixeira, Avelino, Clayton, Cris, Esther, Ernani e Lauro.

À minha família e, em especial, meu pai e minha mãe – início de todo o meu caminhar -, minhas irmãs Gisele e Danielle, meu cunhado Maurício e minhas tias Mariza, Miriam e Márcia, que, mesmo, muitas vezes, sem compreenderem bem o meu sufoco e corre-corre, contribuíram com seu apoio, principalmente, cuidando de uma pessoa muito especial para mim: minha filha Lívia.

Às duas pessoas que mais encantam o meu viver (e quando setembro vier, serão três!!!), tornando-o pleno de amor, carinho e alegria: Sérgio (meu admirável esposo) e Lívia (minha adorável filha). A vocês, que tanto amo, o meu muitíssimo obrigada por suportarem, com tanta paciência e solidariedade, minhas ausências e contratempos. O mais difícil de tudo foi ter que ficar longe de vocês tantas vezes...

A Deus, que garante a minha caminhada.

E a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

A trabalhadora da UFSC vai fazer a consulta periódica preventiva. A ginecologista pergunta pouco, olha menos ainda para ela e, com pressa, pede ultra-sonografia e outros exames. No retorno, ainda sem tempo, dá o seu diagnóstico: há presença de miomas e o mais indicado é uma cirurgia radical para tirar todo o *aparelho reprodutivo*. Inconformada, a moça procura outra médica. Essa a olha nos olhos e, com delicadeza, explica que a presença dos miomas é normal e que só precisa fazer controles a cada seis meses. Mais serena, a mulher sai do consultório com uma sensação de conforto no peito.

(Médicos de homens e de almas? Por Raquel Moysés -Jornal Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, pela internet).

RESUMO

Este trabalho é o resultado de um estudo em um hospital público localizado em Belo Horizonte. Nele buscou-se verificar como se dá a relação e / ou compatibilidade entre a estrutura organizacional desse hospital e o Grupo de Trabalho de Humanização, tendo como referência a configuração criada pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar posteriormente ratificada pela Política Nacional de Humanização, sendo ambos propostos pelo Ministério da Saúde. A proposta do Ministério teve como expectativa resgatar a humanização da assistência à saúde. Nos hospitais participantes das referidas propostas do Ministério da Saúde, esse grupo deve ser constituído pelos empregados do próprio hospital, preferencialmente lideranças representantes das diversas categorias funcionais e de níveis hierárquicos existentes na sua estrutura organizacional, competindo-lhe a responsabilidade de conduzir o Programa / Política de Humanização dentro do hospital, o que demanda autonomia, liberdade e responsabilidade. Para tal, além do estudo teórico, foi realizado um estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, utilizando-se, como instrumentos de coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e, complementarmente, a observação. Os dados coletados foram tratados de forma descritiva, tendo como estratégia a abordagem qualitativa. Observou-se que, embora existindo compatibilidade entre a estrutura organizacional do hospital em estudo e a proposta do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho de Humanização do hospital - Comissão de Humanização – não conseguiu avanços significativos no que diz respeito à implementação do referido Programa / Política de Humanização, restringindo-se mais à compilação dos projetos com ações humanizadoras já existentes no hospital, à implementação de novas ações mais pontuais, contribuindo para conferir maior evidência ao tema no HC/UFMG. Observou-se, ainda, que a Comissão de Humanização não foi efetivamente incorporada à estrutura organizacional do hospital, que não sofreu modificações com a sua inserção, atuando de forma desconectada, já que não existe um acompanhamento sistematizado de sua atuação por parte de seu corpo diretivo e gerencial. No entanto, viu-se que a Comissão tem sua atuação limitada pelos recursos materiais, financeiros e humanos do hospital, que só lhe são liberados mediante autorização da diretoria.

Palavras-chave: estrutura organizacional, estruturas hospitalares, sistema de saúde brasileiro, assistência humanizada, humanização, PNHAH, PNH, GTH e SUS.

ABSTRACT

This work is the result of a study conducted in a public hospital, located in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. It aimed at verifying how the relation/compatibility among the organizational *structure* of the hospital and the Humanization Workgroup (*Grupo de Trabalho de Humanização*) is developed, having as reference the configuration created by the Brazilian Humanization of Hospital Care Program (*Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*), which was ratified, at a later time, by the Brazilian Humanization Policy, both initiatives were proposed by the Country's Ministry of Health. The Ministry proposal had the aim of redeeming health care humanization. In the participating hospitals, the employees should form the Humanization Workgroups, which are preferably composed by leaderships that represent the diverse functional categories and hierarchical levels present in such organizations. The workgroups will have the incumbency of leading the Humanization Program/Policy inside the hospitals, a task that requires autonomy, freedom and responsibility. For that reason, besides the theoretical study, a case study was also conducted in the *Hospital das Clínicas* of the Federal University of Minas Gerais, using instruments such as data collection, semi-structured interviews, document analysis and observation. The collected data were treated in a descriptive way, having the qualitative approach as strategy. It could be observed that, nevertheless compatibility among the organizational structure and the Ministry of health existed; the Humanization Workgroup – the Humanization Committee – did not achieve significant progress towards the implementation of the Humanization Program/Policy. The Committee narrowed its actions to the compilation of projects with humanizing actions that already existed in the hospitals, as well as to the implementation of more punctual actions, contributing make the theme HC/UFMG more patent. It could also be observed that the Humanization Committee was not effectively incorporated to the hospital's organizational structure, which didn't show any changes derived from its insertion, acting in a non-contextual way. This can be seen through the non-existence of a systematized monitoring of the committee's directive and managerial body. However, it was clear that the committee has its actions limited by the hospital's material, financial and human resources – and, only the hospital's Board of Directors grants those assets.

Keywords: organizational structure, hospital structures, Brazilian health care system, health care humanization, PNHAH, PNH, GTH and SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema Teórico	22
Figura 2	Sistema Hierarquizado de Assistência à Saúde	29
Figura 3	As dimensões do Hospital	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Normas Operacionais Editadas pelo Ministério da Saúde	27
Quadro 2	Principais Fontes de Receitas para o Gasto em Saúde por Esfera de Governo	33
Quadro 3	Forças que Contribuem para Aumentar a Pressão Sobre as Organizações	51
Quadro 4	Paralelos entre o Jazz e o Vocabulário Emergente nos Estudos Organizacionais	53
Quadro 5	Síntese das Cinco Configurações Básicas Definidas por Mintzberg (1995)	59
Quadro 6	Modelos Organizacionais Estabelecidos por Morgan	60
Quadro 7	Unidades Funcionais do HC/UFMG Incluídas na Pesquisa	85
Quadro 8	Esquema para Elaboração dos Roteiros das Entrevistas	86
Quadro 9	Comparativo entre a Proposta do PNHAH e as Providências Tomadas pelo HC/UFMG	137

LISTA DE SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COFINS	Contribuição para financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPi	Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Impostos sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transferência de Bens Intervivos
ITCMD	Imposto sobre Herança
ITR	Cota-Parte do Imposto Territorial Rural
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB-A	Piso de Atenção Básica Ampliado
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RT	Responsável Técnico
SIA	Sistema de Informação Laboratorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantitativo de entrevistas realizadas	84
----------	--	----

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	17
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	21
2.1	Pano de Fundo: O Sistema de Saúde Brasileiro – Breve descrição	22
2.1.1	Sistema Único de Saúde – SUS	24
2.2	A Política Nacional de Humanização	36
2.2.1	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH	36
2.2.2	Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS	39
2.3	Estrutura Organizacional: uma breve leitura conceitual	41
2.3.1	Formas usuais das estruturas organizacionais	54
2.3.2	Aspectos específicos das estruturas organizacionais	64
2.3.2.1	Complexidade	64
2.3.2.2	Formalização	66
2.3.2.3	Centralização	69
2.3.3	As estruturas hospitalares	71
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	81
3.1	Demarcando o tipo de pesquisa	81
3.2	A operacionalização da pesquisa	82
4	RESULTADOS DA PESQUISA	88
4.1	O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG	88
4.1.1	A Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas	89
4.1.1.1	A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua complexidade	96
4.1.1.2	A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua formalização	98
4.1.1.3	A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua centralização	103
4.2	Política Nacional de Humanização: a experiência do HC/UFMG	114

4.2.1	A comissão de humanização: constituição, atuação e resultados alcançados	116
4.2.2	Participação e envolvimento da diretoria e gerentes das unidades funcionais	122
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	130
5.1	Sobre a estrutura organizacional do HC/UFMG	130
5.2	Sobre a Política Nacional de Humanização e a experiência do HC/UFMG	135
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
6.1	Sobre o problema de pesquisa	140
6.2	Sobre o Programa / Política Nacional de Humanização	144
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
	ANEXOS	152
	APÊNDICES	166

1 APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho foi verificar como se dá a relação e / ou compatibilidade entre a estrutura organizacional de um hospital localizado em Belo Horizonte e o Grupo de Trabalho de Humanização - GTH -, conforme configuração criada a partir do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH -, posteriormente ratificada pela Política Nacional de Humanização - PNH.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi lançado em junho de 2001, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de estimular as unidades hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS - a desenvolverem estratégias que possibilitassem a melhoria da forma como o atendimento à saúde vem sendo prestado à população, contemplando aspectos subjetivos e éticos envolvidos nas relações entre os profissionais de saúde e destes com os usuários e, tendo como parâmetros norteadores das suas ações, tanto a satisfação dos usuários quanto a dos profissionais de saúde.

Por sua vez, a Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS foi lançada, em outubro de 2003, também pelo Ministério da Saúde, por meio de um documento provisório e sem fazer menção explícita ao referido PNHAH, mas mantendo basicamente as mesmas bases da proposta deste.

Um dos pontos comuns ao PNHAH e a PNH é que a condução dos mesmos pelos hospitais deve ser realizada por um Grupo de Trabalho de Humanização. E, embora tanto o PNHAH quanto a PNH tenham como valores norteadores de suas propostas a autonomia e o protagonismo dos diversos atores envolvidos na assistência à saúde (gestores, profissionais de saúde, as diversas categorias profissionais, usuários e comunidade), é no PNHAH que se encontra um maior detalhamento de como seria a constituição e a forma de atuação desses GTH's. Portanto, toda a referência conceitual adotada neste trabalho foi tomada tendo como base o PNHAH. Entende-se neste trabalho que a PNH foi lançada em substituição ao PNHAH, trazendo como contribuição importante a inclusão de todos os níveis da assistência à saúde (primário, secundário, terciário), estabelecendo-se parâmetros de humanização para cada um deles¹.

¹ Considerando-se que os objetos de análise desta pesquisa são os Grupos de Trabalho de Humanização e a estrutura organizacional dos hospitais; que o início desta pesquisa foi todo norteado apenas pelo PNHAH; que quando do levantamento dos dados desta pesquisa ainda não se tinha maior clareza de quais seriam os rumos que a PNH iria tomar e que o GTH do hospital pesquisado tem ainda como maior referência o PNHAH, optou-se por utilizar, neste trabalho de pesquisa, na maioria das vezes, o termo Programa / Política Nacional de Humanização - PNHAH / PNH.

O GTH é um grupo constituído dentro dos hospitais participantes do PNHAH / PNH, tendo como membros os empregados do próprio hospital, preferencialmente lideranças representativas das diversas categorias funcionais e níveis hierárquicos existentes na estrutura organizacional formal do hospital - direção, área clínica, área operacional etc. - comprometidas com a idéia de humanização (BRASIL, 2002b). Ao GTH compete a responsabilidade de conduzir o PNHAH / PNH dentro do hospital, o que demanda autonomia, liberdade e responsabilidade (BRASIL, 2001).

A idéia de constituição do GTH é possibilitar uma participação mais ativa e democrática dos funcionários da instituição e, com isso, romper com a lógica vertical hierárquica e com a horizontalidade das relações entre os grupos que se relacionam apenas entre si. Espera-se, ainda, minimizar o impacto que a mudança da direção dos hospitais pode provocar sobre as ações humanizadoras que estiverem em curso (BRASIL, 2002b).

Essa proposta de constituição, responsabilidade e atuação do GTH, sugere a necessidade de uma estrutura organizacional que assegure a participação e o envolvimento de todas as pessoas dentro do hospital, indicando que aspectos específicos da estrutura organizacional da unidade hospitalar – complexidade, formalização e centralização -, sejam de fundamental importância para o êxito do PNHAH / PNH.

Por estrutura organizacional compreende-se, genericamente, a distribuição hierárquica das pessoas dentro da organização, com delimitação, por meio de normas e regulamentos, das atividades e do fluxo de comunicação entre elas, visando o alcance dos objetivos organizacionais. Quanto aos aspectos específicos da estrutura acima citados, a complexidade está associada ao grau de especialização, número de unidades e níveis hierárquicos existentes dentro da instituição, exercendo influência no fluxo de comunicação dentro da organização e na coordenação das atividades. A formalização diz respeito às normas e procedimentos existentes, indicando o grau de autonomia dos membros da organização para exercerem suas atividades e o grau de confiabilidade da cúpula da organização em relação a esses membros. E a centralização se refere à distribuição hierárquica da autoridade dentro da organização para tomar decisões, sendo, também, um indicativo da autonomia dos seus membros e do grau de confiança neles depositado pela cúpula da organização. Estes três aspectos (complexidade, formalização e centralização) foram escolhidos para inclusão neste trabalho tendo em vista serem eles comumente apontados pelos estudiosos das estruturas organizacionais, dentre eles Hall (1984), como variáveis determinantes das características das estruturas organizacionais.

No quadro de reflexões proposto, ganha relevância a discussão acerca dos serviços prestados no âmbito da saúde e, mais especificamente, nos hospitais.

Quanto a esses serviços prestados no âmbito da saúde, tem sido observado nos veículos de comunicação uma série de queixas relacionadas às dificuldades de acesso a eles; pouca disponibilidade de leitos e de Centros de Tratamento Intensivo - CTI's - nos hospitais, bem como tempo de espera nas filas, falta de medicamentos e médicos, qualificação profissional inadequada e a forma do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, com registros de ocorrências envolvendo até agressões físicas. Por outro lado, a mesma imprensa divulga queixas dos profissionais de saúde sobre condições de trabalho inadequadas, baixos salários, baixo investimento no setor e a falta de segurança para o exercício de suas funções. Ou seja, há insatisfação por parte de dois importantes atores da assistência à saúde - usuário e profissional de saúde.

No Poder Público Judiciário, por sua vez, uma das principais causas do aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica, no âmbito civil (indenizatório) e na esfera penal (criminal), contra os profissionais de saúde tem sido “a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes” (FORTES, 1998, p.15). Segundo Fortes (1998), no Brasil, o descaso com a dignidade humana e a desumanização da assistência à saúde chegaram ao ponto de as pessoas serem tratadas como meros objetos de lucro, de interesses corporativos e políticos.

Alguns autores, dentre eles Nogueira-Martins (2002a), Brasil (2002b), Petroianu (2000) e Fortes (1998) atribuem parte dessa desumanização na assistência à própria evolução técnico-científica da medicina ocorrida a partir da metade do século XIX. Segundo esses autores, se, por um lado, ela trouxe muitos benefícios à humanidade, com prevenção e cura para diversas doenças, por outro, comprometeu a relação entre o médico e o seu paciente. A escuta ao paciente para a obtenção de um bom diagnóstico passou a ser substituída por exames clínicos e aparelhos sofisticados; a medicina generalista, substituída pelas especialidades médicas e os custos dos tratamentos ficaram elevados, restringindo o acesso das pessoas.

Outro fator que pode induzir a desumanização (BRASIL, 2002b) está ligado à falta de condições técnicas e materiais oferecidas pelo Sistema de Saúde Brasileiro. A isso Gomes (2002) acrescenta a existência de uma demanda sufocante para o médico, o que cria condições ideais para o ato médico adverso e para a medicina desprovida da qualidade mínima e consistente para o suporte ético da atividade profissional.

Demonstrando coerência com os estudos de Fortes (1998), pesquisas do Ministério de Saúde apontam que, na opinião do público, a forma do atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados do que a falta de espaço nos hospitais, a falta de médicos e medicamentos etc. (SERRA, 2001 - Introdução).

A convergência das informações da imprensa e dos estudos de Fortes (1998) para a questão da forma dita desumana do atendimento prestado aos usuários do Sistema de Saúde Pública, somada às reflexões dos autores citados sobre o processo de desumanização do atendimento à saúde, e, acrescida ainda, aos resultados apontados pelas pesquisas do Ministério da Saúde, indicam a necessidade de implementação de ações que procurem reverter esse quadro negativo da assistência a saúde como, no caso, o Programa / Política Nacional de Humanização, norteadores deste trabalho.

A pesquisa foi realizada por meio de estudo de caso no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC/UFMG -, utilizando-se como instrumentos de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos internos do hospital e a observação. Os dados foram tratados de forma descritiva, utilizando-se como estratégia a abordagem qualitativa.

O trabalho apresenta nos primeiros capítulos, de maneira esquemática, o percurso teórico adotado, considerando como ponto de partida e pano de fundo a discussão sobre o Sistema de Saúde Brasileiro e a inserção do Programa / Política Nacional de Humanização nos hospitais, com suas derivações. Essa perspectiva de natureza *macro* permite o entendimento da lógica *micro* por meio da discussão acerca do formato organizacional na sua expressão estrutural e o detalhamento dessa lógica na realidade hospitalar. Ao percorrer um arcabouço concernente à teoria organizacional e administrativa, é possível criar as condições propícias para o estudo.

Posteriormente, são apresentados os procedimentos metodológicos adotados e sua operacionalização. Na seqüência, são mostrados os resultados e sua análise, levando às considerações finais, incluindo-se pontos que poderão ser estudados em trabalhos futuros.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

A argumentação teórica apresenta dois eixos distintos mas absolutamente imbricados. Um eixo macro que discute como as políticas de saúde adotadas pelos governos podem interferir de forma significativa nas ações dos hospitais, tendo como pano de fundo o sistema único de saúde brasileiro, no qual, os hospitais públicos estão inseridos, formando uma rede de atenção à saúde. Ainda, nesse eixo, é apresentada uma síntese da atual PNH, passando, inicialmente, por uma apresentação da síntese do PNHAH, adotado anteriormente a esta, atentando-se para aqueles aspectos que mais foram observados nesta pesquisa.

Um eixo micro é apresentado por meio da discussão acerca do formato organizacional na sua expressão estrutural, com uma breve leitura histórica e conceitual dos principais estudos relacionados à teoria geral da administração; as formas estruturais mais usuais identificadas por estes estudos; e os principais aspectos estruturais: complexidade, formalização e centralização. A partir daí, partiu-se para uma especificação das estruturas hospitalares.

Buscando-se proporcionar uma melhor visualização do desenvolvimento deste capítulo, a FIG. I esboça o esquema teórico desenvolvido para a abordagem do problema de pesquisa inicialmente proposto.

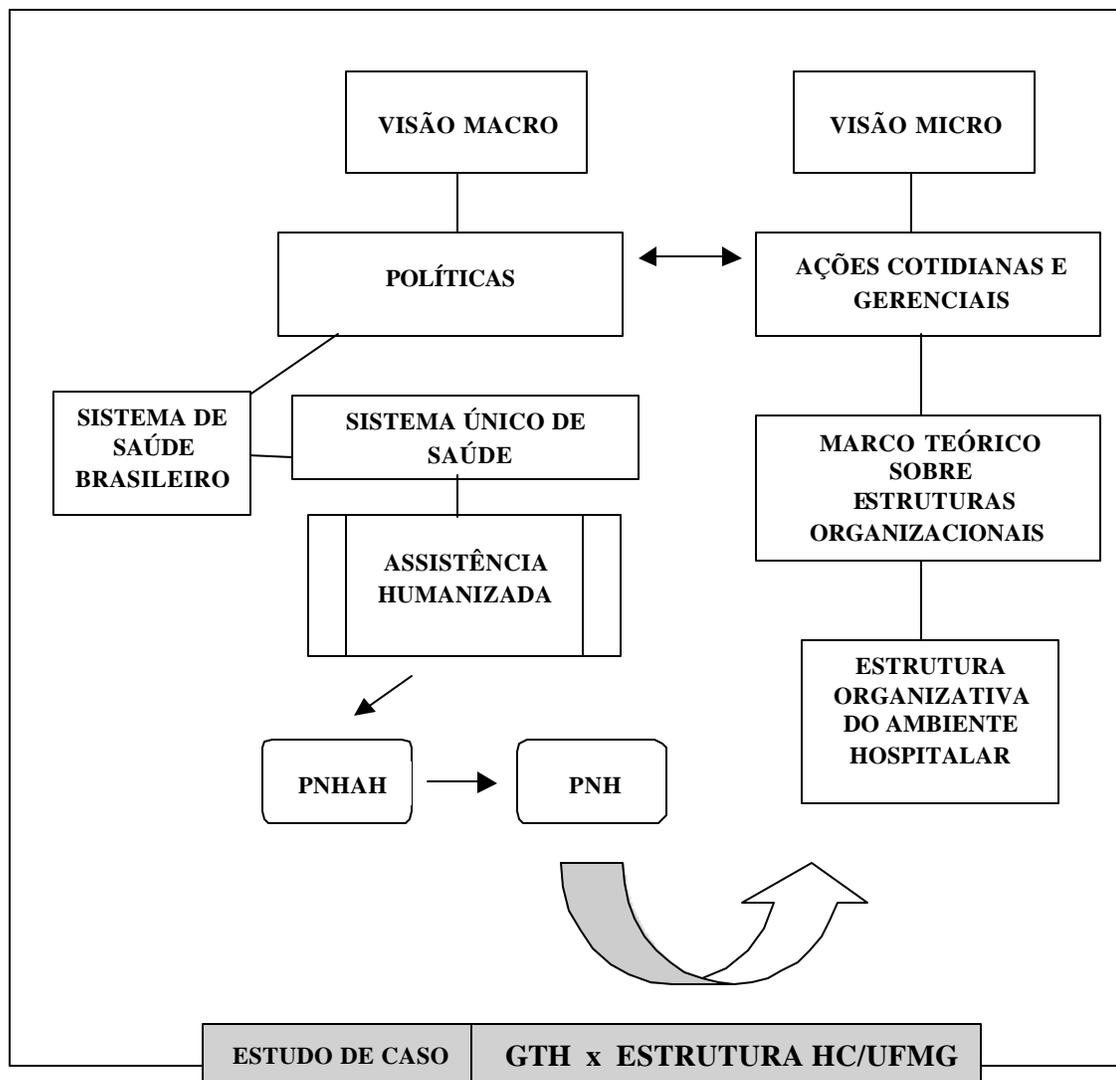


FIGURA 1 – Esquema Teórico

Fonte: elaborado pela autora da dissertação

2.1 Pano de Fundo: O Sistema de Saúde Brasileiro – Breve descrição

O Sistema de Saúde Brasileiro conjuga dois sistemas distintos e complementares - um público e um privado - caracterizando-o como um modelo misto. Cerca de um quarto da população é atendida por planos privados de saúde - saúde suplementar -, mais conhecida no Brasil como Planos de Saúde e cerca de três quartos da população pelo sistema público, sobre

a égide do SUS (SERRA, 2002a; BARROS, 2003). Há quem considere, dentre eles Costa (2002), que a assistência médico-hospitalar prestada à população mais pobre é realizada por instituições públicas de saúde sob responsabilidade do SUS, e a assistência daqueles que têm uma renda que possibilita o pagamento dos serviços de saúde fica a cargo do segmento privado, sob a denominação de saúde suplementar.

Tal situação acabou por manter a segmentação dos serviços de saúde, não mais pela condição de emprego como acontecia no Brasil até a Constituição de 1988 quando da institucionalização do SUS, mas pelo nível de renda contradizendo um dos princípios do SUS que é a universalização da atenção a saúde (COSTA, 2002), entendida em todas as suas dimensões: o da assistência à saúde, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde que são aquelas que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, tais como: políticas macroeconômicas, condições de emprego, habitação, educação, alimentação e lazer (BRASIL, 1996).

Apesar de no Brasil coexistirem esses dois sistemas de saúde, o foco de estudo deste capítulo será o SUS por ser nele que se insere a proposta do Ministério da Saúde de Humanização da Assistência (não entendendo, com isso que a humanização da assistência à saúde seja um problema exclusivo da saúde pública).²

². Sobre o Sistema de Saúde Privado, que é assegurado pela Constituição Federal de 1988, pode-se ver: Lei Federal n. 8080/90; Médici, A. C. *Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil* IN: Relatórios Técnicos no. 02/91. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE). Março, 1991; Lei 9.656/98; Lei 9.961/2000 e Barros (2003).

2.1.1 Sistema Único de Saúde – SUS

O processo de construção do SUS tem como marco teórico a VIII Conferência Nacional de Saúde promovida pelo Ministério da Saúde, em março de 1986, que foi referência para a reorganização das políticas de saúde brasileira, desde 1987, e para os trabalhos dos constituintes responsáveis por elaborarem a Constituição Brasileira de 1988³ (ANDRADE, 2001).

A VIII Conferência teve como ponto relevante a participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a participação dos usuários, e as pré-conferências realizadas nos estados e municípios. Nessa Conferência, os principais temas discutidos foram a saúde como direito de cidadania e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com ênfase na descentralização e no financiamento do setor. Esses temas já vinham sendo debatidos ao longo das décadas de 70 e 80 pelos setores organizados da sociedade civil - setores acadêmicos, setores do próprio aparelho do Estado, do poder político e sindicatos - clamando pela reestruturação do sistema de saúde, sua universalização e descentralização (ANDRADE, 2001). Desse processo, surgiu o Movimento Sanitarista⁴ brasileiro, constituindo-se em um dos atores fundamentais no processo de universalização do acesso à assistência médica pela via pública, pretendendo estabelecer uma nova forma de relacionamento entre o setor privado e o governo na área de saúde, retirando esta do Ministério da Previdência e Assistência Social⁵ (COSTA, 2002). Esse movimento teve mais tarde um papel preponderante para a regulamentação do SUS (ANDRADE, 2001; BARROS, 2003).

É nesse contexto de grande debate social que foi instituído o SUS, por meio da Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 198⁶, consagrando a saúde como um direito social de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

³ Ressalta-se que, entre a VIII Conferência e a Constituição de 1988, dois fatos marcantes ocorreram: criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e a Criação de Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS. Sobre o tema vide Andrade (2001), Costa (2002); Barros (2003).

⁴ “O movimento sanitário tinha como base de atuação os institutos de pesquisa universitários, em especial a Fundação Oswaldo Cruz e a revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde” (COSTA, 2002, p. 51).

⁵ Nesta época, pela Lei nº. 6.229/75 que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde, as ações de alcance coletivo, de saúde pública, estavam a cargo do Ministério da Saúde, e as ações individuais, de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência (BARROS, 2003).

⁶ “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988, art. 198).

Dessa forma, introduziu-se no campo das políticas públicas em saúde um novo arcabouço jurídico institucional, sendo as ações e serviços de saúde considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle. Criou-se o conceito de Seguridade Social⁷, composto pelo tripé: saúde, previdência e assistência social e foram criadas as bases legais para garantir que a saúde seja um direito de cidadania e um dever do Estado (ANDRADE, 2001), “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção⁸, proteção⁹ e recuperação¹⁰” (BRASIL, 1988, art. 196).

Segundo Andrade (2001), diferenças significativas demarcam o SUS do sistema anterior: a articulação das três esferas de governo na condução das políticas de saúde – união, estados e municípios e a adoção de princípios norteadores únicos¹¹, com destaque para o princípio da universalidade da assistência à saúde - até então somente garantida aos contribuintes do sistema previdenciário - e o princípio da integralidade que tem como base a assistência coletiva.

O SUS é constituído por um conjunto de ações e de serviços de saúde que são prestados por órgãos e instituições públicas da administração direta e indireta - federais, estaduais e municipais -, e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990a, art. 4). Conta, ainda, de forma complementar, com a participação da iniciativa privada, restrita às empresas de capital nacional, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, art. 199). Portanto, o SUS

⁷ BRASIL, 1988, art. 194

⁸ São ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos. Disponível em < <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm#principios> >. Acesso em 17 dez. 2003. Nesse sentido são prioritárias as ações de educação, oferecendo à população instrumentos de autocuidados, tais como: orientação nutricional, para adoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamentos específicos como o de cunho genético e sexual, educação para o trânsito e outros (BRASIL, 1992).

⁹ São ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde. São exemplos de ações de proteção: vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica e sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos e ações de saúde ambiental (BRASIL, 92).

¹⁰ São as ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as seqüelas; são as ações que já atuam sobre os danos acometidos, devendo ser planejados e desenvolvidos baseando-se nos problemas de saúde de cada população visando atender não apenas à demanda da doença mas também para oferecer cobertura aos problemas de saúde da população (BRASIL, 1992).

¹¹ Por único é entendido um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde. Do ponto de vista doutrinário, engloba a universalidade, a integridade e equidade e, do ponto de vista organizacional a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL, 1993)

não é um órgão ou uma instituição e, sim, uma rede de articulação e ações entre diversos atores sobre a questão saúde.

Dois anos após sua institucionalização pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi regulamentado pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Estas Leis, denominadas Lei Orgânica da Saúde, disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional de proteção e da defesa da saúde (ANDRADE, 2001).

A Lei n. 8.080 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços” definindo, dentre outros aspectos, os objetivos e atribuições do SUS; seus princípios e diretrizes; forma de organização, direção, gestão e financiamento e estabelecendo as competências comuns e específicas de cada esfera dos governos - federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990a).

A Lei n. 8.142, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área de saúde”, reconhecendo como instâncias colegiadas, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b). Conferências de Saúde são reuniões que acontecem

a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b, art. 1º).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b, art. 1º.).

A implementação do SUS representou, e ainda representa, um grande desafio a ser vencido por todos os atores sociais. Muitos avanços já foram observados nesses quinze anos de funcionamento do SUS, mas surgem sempre novas questões que demandam novas respostas e também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos (BRASIL, 2003a).

De acordo com Andrade (2001, p.99) o SUS partiu de um “sistema totalmente desintegrado, centralizado ora nos serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados”, para chegar a um sistema com comando único em cada esfera de governo, o

que tem representado um grande desafio para a sua efetivação. Acrescentem-se, ainda, as características do federalismo brasileiro em função do tamanho de seu território e da população; a atuação das três esferas de governo na área de saúde, gozando cada qual de certa autonomia e com inexistência de hierarquia; as desigualdades sociais no País e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído (SERRA, 2002a; LEVCOVITZ, 2001).

A regulamentação, a operacionalização e a descentralização do SUS vêm sendo realizadas, gradativamente, ao longo desses quinze anos, na medida em que as experiências vão se concretizando, principalmente, por meio da edição de Normas Operacionais (QUADRO 1) pelo Ministério da Saúde. Estas normas, consideradas instrumentos fundamentais para a concretização das diretrizes do SUS, são fruto de um processo contínuo de negociações políticas e de pactuação permanente envolvendo os gestores do sistema nas três esferas de governo, a sociedade, prestadores de serviços, usuários e profissionais de saúde, criando condições de descentralização e de construção do SUS (ANDRADE, 2001; LEVCOVITZ, 2001).

QUADRO 1

Normas Operacionais Editadas pelo Ministério da Saúde.

Mês de Edição	Referência
Janeiro de 1991	NOB ¹² -SUS 01/91
Fevereiro de 1992	NOB-SUS 01/92
Mai de 1993	NOB-SUS 01/93
Novembro de 1996	NOB-SUS 01/96
Janeiro de 2001	NOAS ¹³ -SUS 01/01
Janeiro de 2002	NOAS-SUS 01/02

Fonte: ANDRADE, 2001, p.31, adaptado pela autora da dissertação

Embora essas normas operacionais tenham representado um avanço mais significativo no processo de descentralização do SUS, elas tratam também da questão da responsabilidade nas três esferas de governo e suas relações, dos critérios de transferência dos

¹² Norma Operacional Básica.

¹³ Norma Operacional da Assistência à Saúde.

recursos federais para os estados e municípios, e de outros aspectos de organização e operacionalização do SUS (LEVCOVITZ, 2001).

Fazem parte do campo de atuação do SUS ações de vigilância sanitária¹⁴ e epidemiológica¹⁵; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; vigilância nutricional e orientação alimentar; colaboração na proteção do meio ambiente, inclusive do trabalho; formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e inspeção de alimentos, água, bebidas para consumo humano; participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, o incremento dentro de sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990a).

Os serviços de Saúde do SUS, quer sejam realizados pelo sistema público ou mediante participação complementar da iniciativa privada, devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a).

A regionalização implica a organização dos serviços de saúde em áreas geográficas delimitadas e com definição da população a ser atendida (AMORIM, 2001), buscando-se maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde, respeitadas as particularidades e necessidades de cada população. Deve ser entendida

como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993, p.182).

A hierarquização (FIG. 2) busca garantir à população assistência em todos os níveis de complexidade: primária, secundária e terciária. O nível primário acontece nas unidades básicas de saúde (com clínico, pediatra e ginecologista, enfermeiro, técnicos de enfermagem; podendo ter dentista, psicólogo, assistente social e outros profissionais), resolvendo os

¹⁴ Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990a, art. 5º.).

¹⁵ Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a, art. 5º.).

principais problemas locais. O acesso da população à rede deve se dar por meio desse nível da atenção primária.



FIGURA 2 – Sistema hierarquizado de assistência à saúde

Fonte: elaborada pela autora da dissertação.

Os casos não passíveis de resolutividade nesse nível deverão ser referenciados para os outros níveis da assistência de acordo com a natureza do problema e a complexidade tecnológica exigida: o secundário, fornecido em policlínicas de especialistas e o terciário, casos mais complexos, em hospitais. Estes, também, organizados de acordo com a complexidade de seus serviços em níveis básico, secundário e terciário. Cada nível de complexidade do SUS deverá prestar a assistência ao usuário, de acordo com a sua capacidade e competência de atendimento - princípio da resolutividade (AMORIM, 2001).

Segundo Cecílio (1997b), essa forma piramidal de organização dos serviços e ações de saúde, enquanto proposta, representa a possibilidade de uma racionalização do atendimento, permitindo um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, via mecanismos de referência e contra-referência. Mas, na prática, não tem sido concretizada uma vez que a “rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a ‘porta de entrada’ mais importante para o sistema” (CECÍLIO, 1997b, p.471), tendo

os hospitais ocupado este lugar, como mostram levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros: “a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais ‘simples’ que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde” (CECILIO, 1997, p.471). Ou seja, a concepção do sistema como uma pirâmide está distante da realidade do usuário real, que busca pelo atendimento no local onde ele entende que o seu problema será resolvido, no caso, normalmente os serviços de urgência hospitalares

A forma de gestão do SUS é descentralizada, com direção única exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, no âmbito da União; Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, no âmbito dos estados e do Distrito Federal, e, também, Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, nos municípios, com descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990a). Além desses órgãos, a direção do SUS em cada esfera de governo ainda é composta pelos respectivos conselhos de saúde, e a articulação entre os diversos gestores, nos diferentes níveis do SUS, é realizada, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite – CIT – e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB. A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS - e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS (BRASIL, 1996).

A descentralização político-administrativa implica não só a descentralização dos serviços para os municípios - municipalização - mas, também, a transferência de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para os estados e municípios (LEVCOVITZ, 2001).

A perspectiva da descentralização é redistribuir as responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (AMORIM, 2001). Dessa forma, a gestão do sistema de saúde deixa de ser centralizada na esfera federal, passando a ser gerida por milhares de gestores que passam a ser atores fundamentais no campo da saúde (LEVCOVITZ, 2001¹⁶).

A efetiva implementação do processo de descentralização depende ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na

¹⁶ Levcovitz (2001) ressalta que o processo de descentralização, maior avanço observado na implementação do SUS, é favorecido pela convergência dessa diretriz organizativa com as idéias neoliberais fortalecidas no Brasil nos anos 90, o que não garante a sua efetiva implementação, no que diz respeito à democratização do processo decisório e nem mesmo à concretização dos demais princípios do SUS.

condução do próprio processo de descentralização e de sua capacidade gestora, bem como da capacidade gestora dos estados e municípios, de recursos financeiros adequados, e da abertura das instituições de saúde para os valores democráticos, levando-se ainda em consideração que cada estado e cada município tem sua própria particularidade e autonomia relativa de gestão, sem vinculação hierárquica entre as três esferas, o que não permite um caráter homogêneo de institucionalização dos SUS em todo o território nacional.

A gestão do SUS pelos municípios pode assumir duas modalidades de habilitação distintas e com grau de competência, autonomia e responsabilidade crescentes: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, de modo que o município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal também estará habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 2002a).

A gestão do SUS pelos estados também pode assumir duas modalidades de habilitação, conforme grau de competência, autonomia e responsabilidade, distintas e crescentes: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

A organização do SUS envolve ainda a participação e o controle social, segundo o princípio descentralizador e cooperativo. Com a Lei n. 8.142/90, são instituídos os conselhos de saúde em cada esfera de governo, atuando de forma integrada e ampliando o processo decisório do SUS (COSTA, 2002). “A existência de um efetivo controle social sobre a ação governamental, em todos os níveis, é requisito essencial à adequada implementação da proposta de construção do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1993, p.166).

Quanto aos recursos financeiros, com a institucionalização do SUS, passa-se de um modelo de financiamento baseado nas contribuições previdenciárias de trabalhadores oficiais para outro com a participação das três esferas de governo – federal, estadual e municipal (BRASIL, 2003b), sendo, na prática, a participação da esfera federal maior que a das demais esferas (REIS, 2002). As fontes de financiamento especificadas na Constituição Federal de 88 envolvem “recursos ordinários do tesouro, nas três esferas de governo, e contribuições sociais da seguridade social, arrecadadas pela esfera federal” (BARROS, 2003), sem, contudo, serem especificado os percentuais de vinculação e transferências dessas contribuições. É com a Emenda Constitucional n. 29, de setembro de 2002, que se asseguram os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A Lei n. 1990a, em seu art. 31, estabeleceu que os recursos financeiros para o SUS serão provenientes do orçamento da seguridade social, de acordo com receita estimada, para atender à realização de suas finalidades. Esses recursos devem ser previstos em proposta elaborada pela direção nacional do SUS, com a participação dos órgãos da Previdência Social

e da Assistência Social, tendo em vista as metas prioridades previstas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. As bases dos recursos da seguridade social são os financiamentos vindos da Previdência Social, do Finsocial-Cofins e da Contribuição Sobre o Lucro Líquido de Pessoas Jurídicas, além de outros impostos e taxas (COSTA, 2002).

É previsto ainda, na Lei 1990A, art. 35, que cinquenta por cento dos valores financeiros provenientes da Seguridade Social serão transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, segundo análise técnica de programas e projetos combinando os seguintes critérios:

I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII ressarcimento do rendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990a, art. 35).

Os outros cinquenta por cento da distribuição desses valores financeiros devem seguir o critério de número de habitantes, levando-se em consideração especial casos de estados e municípios que são sujeitos a notório processo de migração. A Lei n. 8.142/90 especifica que enquanto não houver regulamentação específica para o referido artigo 35, deverá ser considerado apenas esse último critério - número de habitantes - para a distribuição dos valores financeiros oriundos da União.

Também pela Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990b, art. 3º. e 4º.) os recursos do Fundo Nacional de Saúde, correspondentes ao critério populacional, serão repassados para os estados, Distrito Federal e municípios de forma regular e automática, desde que esses tenham Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, com composição partidária; Plano de Saúde; relatórios de gestão que permitam o controle da aplicação dos recursos a eles repassados pela União; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e uma comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

São consideradas também outras fontes de recursos financeiros do SUS, pela Lei n. 8.080, art. 32, serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, ajuda, contribuições e donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Também pela Lei n. 8.080, em seu art. 33, os recursos financeiros do SUS, no caso de municípios, estados e Distrito Federal, serão depositados pelo Fundo Nacional de Saúde em conta especial em cada esfera de governo e serão movimentados pelas respectivas direções sob fiscalização dos seus Conselhos de Saúde - Fundos de Saúde. Especificamente na esfera

federal, as receitas arrecadadas são administradas pelo Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde – FNS.

No QUADRO 2 são listadas as principais fontes de receita para o gasto em saúde por cada esfera de governo.

QUADRO 2

Principais Fontes de Receita para o Gasto em Saúde por Esfera de Governo

Esfera de Governo	Fontes de Receita
União	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL Recursos Ordinários Recursos Diretamente Arrecadados
Estados	Impostos: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS Impostos sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA Imposto sobre Herança – ITCMD Transferências da União: Fundo de Participação dos Estados – FPE Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF Imposto sobre Produtos Industriais/Exportação – IPI Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)
Municípios	Impostos Municipais: Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU Imposto de Transferência de Bens Intervivos – ITBI Imposto Sobre Serviços – ISS Transferências da União: Fundo de Participação dos Municípios – FPN Cota-Parte do Imposto Territorial Rural – ITR Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir) Transferências de Estado: Cota-Parte do ICMS Cota-Parte do IPI – Exportação Cota-Parte do IPVA

Fonte: BRASIL, 2003b, p.12, adaptado pela autora da dissertação.

Na medida em que as ações de saúde foram sendo descentralizadas e que os municípios e estados foram assumindo maior autonomia sobre os serviços de saúde, a transferência de recursos da União para financiamento do SUS nas outras instâncias de poder também foi sendo gradativamente modificado de acordo com a modalidade de habilitação de cada estado ou município.

Atualmente, nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada a transferência de recursos da União referentes ao Piso de Atenção Básica

Ampliado - PAB-A -, correspondente ao financiamento do elenco de procedimentos básicos e do incentivo de vigilância sanitária deve ser feita de forma regular e automática (BRASIL, 2002a). Nos municípios habilitados em Gestão Ple na do Sistema Municipal, após qualificação da microrregião na qual o município está inserido, a transferência dos recursos correspondente ao valor *per capita* definido para o financiamento dos procedimentos do primeiro nível de média complexidade - M1 - deve ser regular e automática para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos. Esses municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, devem receber

diretamente do Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado (BRASIL, 2002a, p. 22).

Nos estados habilitados em Gestão Avançada do Sistema Estadual “transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica - PAB - relativos ao municípios não habilitados nos termos da NOB 96; e transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada” (BRASIL, 2002a, p.25). Nos estados habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual, além das prerrogativas de transferência da modalidade de gestão anterior, acrescenta-se a “transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados” (BRASIL, 2002a, p.25).

Quanto ao financiamento das ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, estes são custeados via Sistema de Financiamento Ambulatorial, mediante dados coletados do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS. Os procedimentos ambulatoriais de alto custo dependem de autorização prévia em formulário próprio – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo – concedida exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo como prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim. Já, as internações hospitalares são custeadas através do Sistema de Financiamento Hospitalar, mediante dados informados por meio do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, mediante autorização prévia em formulário próprio – Autorização de Internação Hospitalar. Da mesma forma que as ações e serviços ambulatoriais, as autorizações

dos procedimentos hospitalares de auto custo deverão ser concedidas exclusivamente por médico encarregado pelo gestor para tal fim.

De forma sucinta, o Sistema Único de Saúde é uma rede articulada, com a participação e estreita interdependência entre as três esferas de governo e dos diversos atores sociais, tendo como referência primordial o usuário do sistema e, ainda, está em processo de construção e encontra-se em estágios diferentes de funcionamento nos diversos municípios e estados Brasileiros.

2.2 A Política Nacional de Humanização

Pode-se dizer que a Política Nacional de Humanização lançada em outubro de 2003, teve sua origem no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançado em junho de 2001, pelo Ministério da Saúde.

Este entendimento deve-se ao fato de a Política Nacional de Humanização/HumanizaSUS ter sido lançada, após a mudança do gestor do Ministério da Saúde, por meio de um documento para discussão, que seguia basicamente os mesmos princípios e diretrizes dos PNHAH, além de aproveitar para a disseminação dessa Política, as mesmas estruturas existentes nas secretarias estaduais de saúde, que já conduziam o PNHAH.

Portanto, esta seção foi dividida em dois subitens. No primeiro, é apresentada uma síntese do PNHAH, destacando-se apenas os pontos mais significativos para esta pesquisa e no subitem seguinte, é mostrada uma síntese do referido documento para discussão lançado pelo governo federal, buscando fazer, ao mesmo tempo, uma analogia entre este e o PNHAH.

2.2.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH

A iniciativa de criação do PNHAH surgiu a partir da identificação por parte do Ministério da Saúde, por meio dos resultados de pesquisas de avaliação dos serviços hospitalares, que a forma do atendimento – relação entre os usuários e o profissional de saúde - é um dos fatores mais valorizados pelos usuários do Sistema Único de Saúde: "na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc." (SERRA, 2001 - Introdução).

Dessa forma, o PNHAH foi lançado nacionalmente no ano de 2001, com o objetivo fundamental de aprimorar nos hospitais integrantes do SUS as relações entre os profissionais de saúde e, destes com os usuários, e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

O PNHAH foi possibilitado a partir de convênio n. 115/2001, firmado entre o Ministério da Saúde e o Instituto A CASA de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial, expirado no dia 30 de junho de 2003, e desenvolvido por um Comitê de

Humanização constituído por profissionais da área de Saúde Mental, responsáveis por conduzir o PNHAH no âmbito nacional.

Como estratégia inicial, esses profissionais desenvolveram um projeto-piloto, implementado em dez hospitais distribuídos em várias regiões do Brasil e situados em diferentes realidades socioculturais, com diferentes portes, perfis de serviços e modelos de gestão (BRASIL, 2001). Foi a partir da reflexão e análise da experiência vivenciada com esse projeto-piloto que o PNHAH foi efetivamente elaborado.

A condução do PNHAH foi um trabalho articulado entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde - sob orientação do Instituto A CASA - que tinham autonomia para adequá-lo às particularidades e especificidades de cada âmbito de atuação. Teve como foco principal as unidades hospitalares integrantes do SUS, que, por sua vez, também, tinham autonomia para condução do PNHAH dentro de seu estabelecimento de acordo com suas particularidades e necessidades. A concepção da autonomia adotada pelo PNHAH surge a partir da constatação de que seriam tantas e tão singulares as realidades "que seria enganoso supor uma receita única para todo e qualquer hospital do País" (SERRA, 2002b - Apresentação).

Portanto, o PNHAH pode ser considerado uma diretriz que se propôs a ajudar as unidades hospitalares a incorporarem em sua cultura organizacional formas de cuidados mais humanizadas, pautadas pelo respeito, pela solidariedade e pelo desenvolvimento da cidadania, tanto para os seus usuários quanto para os seus funcionários. Define por humanização o resgate ao respeito à vida humana por meio da adoção de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética, abrangendo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo o relacionamento humano (BRASIL, 2001).

De adesão voluntária por parte das unidades hospitalares, o PNHAH previa a outorga de prêmio Hospital Humanizado e um tratamento diferenciado por parte dos gestores de saúde na liberação de novos contratos e negociações futuras, aos hospitais cujo padrão de assistência e funcionamento estivessem em conformidade com os indicadores de humanização, princípios e diretrizes do PNHAH (BRASIL, 2001). Para a avaliação das ações de humanização nos hospitais foi proposta a utilização de Parâmetros de Humanização especificados no ANEXO A, desta dissertação.

No PNHAH, os relacionamentos interpessoais são valorizados, resgatando-se o valor da comunicação nos processos de trabalho e do trabalho em equipe, tendo como eixo a humanização do atendimento ao usuário, humanização do trabalho dos profissionais e atendimento às necessidades da instituição hospitalar. Reconhece-se "que não há

humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se revalorize” (CEMBRANELLI, 2004, p.2).

No manual do PNHAH, três recomendações foram apontadas para o desenvolvimento do processo de humanização dos serviços de saúde: gestão participativa, participação na Rede Nacional de Humanização e formação de grupos de trabalho de humanização (BRASIL, 2002b).

A idéia de gestão participativa se deve ao fato de se reconhecer que uma proposta como a do PNHAH só poderia ser efetivamente realizada com a participação dos diversos atores envolvidos na assistência à saúde: profissionais de saúde, usuários, gestores, comunidade e prestadores de serviços.

Com a Rede Nacional de Humanização, pretendia-se estreitar o relacionamento entre as diversas instituições de saúde do território nacional, possibilitando o intercâmbio de informações e experiências, contribuindo “para o fortalecimento do próprio Sistema de Saúde como um todo e, especialmente, para a difusão de uma nova cultura de qualidade no Serviço do Brasil” (BRASIL, 2002b, p.14).

No PNHAH, os GTH's são concebidos como

espaços coletivos, organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde”. [Os GTH's deveriam ter regimento próprio e contar, preferencialmente, com a participação] “equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos”. [Pretendia-se assim, romper] “com a lógica vertical hierárquica e com a horizontalidade dos grupos que se relacionam apenas entre si (BRASIL, 2002b, p.49).

Como competência, o GTH deve ter liderança do processo de humanização no hospital, numa ação conjunta com a alta administração do hospital e de lideranças representativas dos profissionais de vários setores e serviços; buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores; promover um fluxo das propostas e deliberações; apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento; avaliar os projetos em desenvolvimento e em curso na instituição, verificando a conformidade com os parâmetros de humanização propostos; estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços e promover a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização. Essas competências exigem para o GTH autonomia, liberdade e responsabilidade (BRASIL, 2002b).

Com a idéia de que o GTH seja um espaço participativo em que todos os interessados participem da construção das ações humanizadoras, conferindo a elas maior legitimidade,

pretendia-se também minimizar o impacto que a mudança da direção dos hospitais poderia provocar sobre as ações humanizadoras em curso, tentando garantir a continuidade dos trabalhos. Já que, principalmente nas instituições públicas, a mudança de direção pode ocorrer a cada quatro anos, com a mudança dos governos, e não existe a garantia de que uma direção que assuma dê continuidade às diretrizes definidas pela direção anterior, salvo se elas já tiverem sido incorporadas por toda a comunidade hospitalar.

E, para que o PNHAH fosse conduzido pelos hospitais, cinco passos seqüenciais foram propostos: sensibilizar a gestão hospitalar; constituir GTH's; fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviços humanizados; elaborar e implantar um plano operacional de ação de humanização; avaliar resultados da implantação do processo de humanização (BRASIL, 2002b). Para cada um desses passos, o manual do PNHAH estabelecia qual era o objetivo do passo, sugerindo metodologia e estratégias para sua implementação.

2.2.2 Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização foi lançada em outubro de 2003, pelo atual Ministério da Saúde, representado por sua Secretaria-Executiva / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, por meio da publicação do Documento para Discussão HumanizaSUS / Política Nacional de Humanização.

Ao adotar o termo política em substituição ao termo programa, teve -se a preocupação de tornar essa política uma diretriz transversal, que perpassa todas as ações e instâncias de efetuação do SUS, quer seja no nível básico da atenção ou nos níveis de média e alta complexidade (BRASIL, 2003a), este último, principal foco de atenção do PNHAH.

A humanização vista como política implica ainda em “traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS; pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (BRASIL, 2003a; p.10). Desta forma a “humanização passa a ser eixo de todas as práticas em saúde” (BRASIL, 2003a; p.11).

Essa visão sistêmica do SUS, como é concebido pela própria Constituição Federal de 1988, é um ponto forte dessa PNH, representando um avanço na proposta do PNHAH, que,

embora reconhecesse a importância desta visão sistêmica, priorizava em sua proposta a atenção hospitalar.

Na proposta da PNH, o conceito de humanização é entendido como “aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos” e de mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2003a, p.10), vindo de encontro à proposta do PNHAH.

Para que esse entendimento do que seja humanização seja atendido, a PNH, da mesma forma que o PNHAH, fundamenta-se em “troca e construção de saberes; diálogo entre os profissionais; trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde” (BRASIL, 2003a, p.10).

Também, seguindo na mesma direção do PNHAH, a PNH tem por princípios norteadores o

fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2003a, p. 12).

E, representando uma complementaridade à proposta do PNHAH, a PNH ainda tem por princípios a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização e o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (BRASIL, 2003a).

Dois pontos que podem ser considerados como um avanço da PNH em relação ao PNHAH são: o estabelecimento de metas a serem alcançadas até o final da atual gestão e a estratégia de implementação da PNH sob a orientação de seis eixos básicos: as instituições do SUS; a educação permanente; da informação/comunicação; a atenção; o financiamento e a gestão da política.

A PNH tem muitos pontos comuns e convergentes com o PNHAH, chegando mesmo a deixar implícito o interesse em consolidar alguns desses pontos. Daí, o entendimento, neste trabalho de que a PNH tem sua origem no PNHAH, mesmo que este não tenha sido mencionado no documento para discussão da PNH.

Apresentado este pano de fundo acerca da saúde no Brasil e as sínteses do Programa / Política Nacional de Humanização, pode-se passar para uma discussão localizada sobre os aspectos organizativos e estruturais que podem sofrer influência com a institucionalização do GTH. Desse modo, no item seguinte apresenta-se a discussão teórica acerca das estruturas

organizacionais, destacando-se a hospitalar, preparando-se para a discussão empírica do caso em questão.

2.3 Estrutura Organizacional: uma breve leitura conceitual

As estruturas organizacionais foram estudadas principalmente por meio de três abordagens: administração clássica que focava sua atenção na estrutura formal das organizações, desconsiderando a participação ativa dos indivíduos nela inseridos; abordagem das relações humanas, que tinha como centro de atenção os indivíduos e suas relações dentro do contexto organizacional, caracterizando a presença das estruturas informais e a abordagem contingencial que, ao contrário das duas primeiras, considera no estudo das estruturas organizacionais fatores externos à mesma, ou seja, seu ambiente, reconhecendo tanto a presença da estrutura formal quanto a informal. Para Bennis¹⁷, citado por Pugh *et al.* (1963), a preocupação da primeira abordagem – administração clássica - está voltada para *organizações sem pessoas*; enquanto a segunda abordagem – relações humanas - está voltada *para pessoas sem organizações*.

Assim, pode-se dizer que os primeiros estudos sobre a estrutura das organizações surgiram na França, no início do século XX, com o engenheiro Henri Fayol, que considerava que as atividades desenvolvidas dentro de uma organização poderiam ser agrupadas basicamente em cinco operações, conforme suas funções: operações técnicas, comerciais, financeiras, segurança, contabilidade e operações administrativas, merecendo esta uma maior atenção por parte do autor. Fayol (1994) acreditava que, para a organização atingir seu êxito, deveria seguir alguns princípios básicos de administração, tais como: divisão do trabalho, autoridade e responsabilidade, disciplina, unidade de comando e de direção, subordinação do interesse pessoal ao interesse geral, remuneração do pessoal, centralização de poder, hierarquia de autoridade, ordem, equidade, iniciativa e união do pessoal.

De acordo com esse autor esses princípios não deveriam ser rígidos e nem limitados já que qualquer modificação no estado das coisas poderia determinar a necessidade da sua alteração.

¹⁷ BENNIS, W. G. Leadership theory and administrative behavior. *Administrative Science Quarterly*, v. 4, p.259-301, 1959.

Seguindo nessa mesma linha de estudo voltada para a estruturação das organizações, Weber (1982) defendia que, para uma organização atingir seus objetivos - tanto as organizações públicas quanto as privadas - era necessária uma organização burocrática dos processos de trabalho, principalmente quando envolvia um número elevado de indivíduos.

Para Weber (1982), a organização burocrática é tecnicamente o meio de poder mais altamente desenvolvido e consiste em uma hierarquia de postos e de níveis de autoridade bem definida; definição da competência do cargo, seguindo regras gerais, com impessoalidade no tratamento; especialidade técnica dos ocupantes do cargo o que demanda a adoção habitual de treinamento especializado e completo; avaliação de desempenho; sistema de disciplina obtido por meio de normas e de funções metodicamente integradas; salários compatíveis com a função hierarquicamente definida, conjugado à oportunidade de carreira. Os seus estudos foram adotados por grandes organizações e amplamente difundidos nos meios acadêmicos, servindo como base para diversos estudos e análise de organizações.

Até a metade do século XX os estudos de Henri Fayol e Max Weber que concentravam sua atenção na padronização e regulamentação do trabalho por toda a organização, com linha de autoridade hierarquizada e o poder de tomada de decisão e planejamento concentrados no topo da hierarquia, predominaram nos estudos sobre estrutura organizacional. Esses estudos consideravam que existia uma forma ótima para estruturação da organização como um todo e para todos os tipos de organização, funcionando como um sistema fechado, desconsideravam o ambiente de atuação das organizações e se atinham somente à estrutura formal das mesmas, ou seja, não levavam em conta as relações interpessoais dentro das organizações, ponto este mais tarde muito combatido principalmente pela escola de relações humanas (DONALDSON, 1999).

O reconhecimento da existência das estruturas informais dentro das organizações, originadas da interação entre os indivíduos, influenciando a organização dos trabalhos dentro das organizações, é impulsionado pelas publicações de Roethlisberger¹⁸, em 1939, e a interpretação dada por Dickson, no mesmo ano, sobre os estudos realizados com os trabalhadores da Western Electric na fábrica de Hawthorne (MINTZBERG, 1995; DONALDSON, 1999). Consolida-se, assim, uma abordagem humana que privilegia os seus estudos sobre o indivíduo, reconhecido como possuidor de necessidades psicológicas e sociais e sobre os benefícios de sua participação na tomada de decisões organizacional.

¹⁸ ROETHLISBERGER, F. J., DICKSON, W.J. *Management on the worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1939.

Nas décadas de 50 e 60, à medida que iam ocorrendo os avanços tecnológicos e sociais, com abertura de novos mercados, vários estudos empíricos foram realizados inserindo-se novos aspectos contingenciais para o estudo das organizações: seu ambiente, tecnologia empregada, tamanho da organização e escolha estratégica. Tais estudos foram desenvolvidos principalmente nos anos de 1960 e 1970, cada qual dando maior ou menor ênfase a um ou outro daqueles aspectos contingenciais, procurando estabelecer uma relação entre eles e as estruturas organizacionais.

Essa abordagem denominada contingencial considera que não existe uma estrutura ótima a ser adotada por todas as organizações e que um delineamento otimizado de uma estrutura está diretamente relacionado às particularidades de cada organização no que diz respeito a sua estratégia, tamanho, incerteza com relação às tarefas e tecnologia, que são reflexos do ambiente em que a organização atua. Alterando-se o ambiente, a organização deve adequar a sua estrutura às novas exigências. Essa concepção da influência do ambiente sobre a estrutura das organizações surge nos estudos organizacionais, principalmente entre 1950 e 1970 (DONALDSON, 1999). Segundo Donaldson (1999), a palavra ambiente deve ser associada à questão da incerteza que ele pode provocar sobre as ações e /ou resultados organizacionais.

Donaldson (1999) considera que Burns and Stalker¹⁹ foram os primeiros autores a divulgar a influência do ambiente sobre a estrutura das organizações. Em seus estudos, esses autores concluíram que as estruturas organizacionais estavam vinculadas ao ambiente de atuação das mesmas e à tecnologia que elas tinham de empregar. Concluíram, ainda, que ambientes instáveis, com alto grau de mudança tecnológica e de mercado, exigem uma forma estrutural mais flexível, denominadas por eles estruturas orgânicas. Ambientes mais estáveis, com maior previsibilidade, uma estrutura mecânica (na acepção deles), era mais adequada (DONALDSON, 1999)

Essa forma mecânica é caracterizada como uma estrutura com rígida hierarquia de controle, autoridade e comunicação, com o monopólio do conhecimento organizacional detido nos níveis hierárquicos mais elevados, com alto nível de especialização, uma definição precisa dos papéis dos membros da organização e uma preocupação maior com o aperfeiçoamento dos meios do que com o atingimento dos fins, privilegiando a comunicação vertical. A forma orgânica é caracterizada pela cooperação espontânea entre equipes de especialistas, pela hierarquia de autoridade baseada no conhecimento de quem é capaz de

¹⁹ BURNS, T. and STALKER, G.M. *The management of innovation*. London: Tavistock, 1961.

realizar a tarefa, pelos papéis dos membros da organização definidos de forma menos rígida podendo mudar de acordo com o resultado da interação dos membros da organização e por um contexto de comunicação vertical e horizontal envolvendo informação e orientação entre os membros da organização e menos instruções e decisões. (DONALDSON, 1999; VASCONCELLOS, 1986; HALL, 1984).

Outros estudos que enfocaram a influência do ambiente sobre as estruturas organizacionais, trazendo uma grande contribuição para os estudos das organizações, vêm dos Estados Unidos, com Lawrence and Lorsh (1973). Segundo estes autores, a mudança ambiental influenciava de forma diferenciada os diversos setores da organização, influenciando na sua integração e levando a diferentes estruturas e culturas entre os departamentos, o que tornava a coordenação desses departamentos mais problemática. Esses autores demonstraram por meio de seus estudos, que empresas que adequaram suas estruturas às exigências ambientais obtiveram melhores desempenhos.

Quanto ao fator tamanho como determinante das estruturas organizacionais, não existe um consenso sobre as conclusões dos diversos estudos realizados sobre o mesmo, inclusive no que diz respeito à sua forma de medição. Hall (1984), apresentando uma síntese desses estudos, com suas conclusões e principais críticas, afirma que, embora muitos deles utilizem o número de pessoas em uma organização como a medida para consideração do seu tamanho, este envolve questões muito mais complexas. Além do mais, ainda segundo esse autor, alguns estudos consideram o fator tamanho como determinante das estruturas organizacionais e outros, ao contrário, não o consideram.

Segundo Hall (1984), os principais estudos que apontam o tamanho como variável influenciadora das estruturas organizacionais foram realizados principalmente por Blau e seus colaboradores²⁰, na década de 60 e início da década de 70. Além do tamanho, eles consideraram também, em seus estudos, a questão da diferenciação organizacional, medida pelo número de níveis, departamentos e títulos das funções dentro de uma organização.

Os dados desses estudos indicaram que o tamanho da organização está diretamente relacionado com a diferenciação organizacional, ou seja, tamanhos crescentes, diferenciação crescente e, tamanho decrescente, diferenciação decrescente; e que as despesas administrativas são mais baixas em organizações maiores e, numa relação inversa, a faixa de

²⁰ BLAU, Peter M. *On the nature of organizations*. New York: John Wiley, 1974.

BLAU, Peter M.; SCHOENHERR, Richard A. *The structure of organizations*. New York: Basic Books, 1971.

BLAU, Peter. M.; HEYDEBRAND Wolf; STAUFFER, R.E.. The structure of small bureaucracies. *American Sociological Review*, v. 31, n.2, p.179-91, Apr. 1966.

controle dos supervisores, maior, levando-as a uma economia de escala. Esta última indicação é apontada por Hall (1984) como um ponto de anomalia nos estudos de Blau e seus colaboradores²¹. Segundo Hall (1984), organizações maiores têm maior diferenciação e conseqüentemente maior necessidade de coordenação e controle. Portanto, maiores despesas administrativas.

Outras críticas às conclusões dos trabalhos de Blau e colaboradores²², citadas por Hall (1984), vêm de Argyris²³: uma delas está associada às descrições oficiais das estruturas organizacionais. Este autor, com base em estudos que indicam que os gráficos organizacionais são inexistentes ou inexatos e que nem sempre o pessoal que ocupa cargos do topo da organização consegue descrever com exatidão sua própria organização, questiona a validade dos resultados encontrados por Blau e seus colaboradores, já que estes utilizaram como base para seus estudos a análise documental. Uma outra crítica é que a maioria das organizações pesquisadas nesses estudos são organizações públicas que apresentam restrições orçamentárias, fronteiras geográficas distintas e tamanhos predefinidos de suas equipes. Portanto, a sua estrutura tende a se enquadrar ao estilo das estruturas tradicionais, com elevado grau de especialização da tarefa, amplitude de controle e unidade de comando. Dessa forma, a diferenciação estrutural dessas organizações públicas tende a ser determinada pelas características próprias das estruturas tradicionais e não pelo seu tamanho, como entendiam Blau e seus colaboradores, demandando outros tipos de análises não consideradas por esse autor.

No entanto, Argyris²⁴, citado por Hall (1984), reconhece que o tamanho pode estar correlacionado com a diferenciação estrutural, mas entendendo que outros fatores, além do tamanho, como exemplo, a tecnologia, devem ser considerados como determinantes das estruturas organizacionais.

Outros estudos citados por Hall (1984) sobre o fator tamanho como determinante das estruturas organizacionais são os trabalhos dos pesquisadores da Universidade de Aston, em

²¹ BLAU, Peter M. On the nature of organizations. New York: Jonh Wiley,1974.

BLAU, Peter M.; SCHOENHERR, Richard A. *The structure of organizations*. New York: Basic Books, 1971.

BLAU, Peter. M.; HEYDEBRAND Wolf; STAUFFER, R.E.. The structure of small bueraucracies. *American Sociological Rewiew*, v. 31, n.2, p.179-91, Apr. 1966.

²² BLAU, Peter M. On the nature of organizations. New York: Jonh Wiley,1974.

BLAU, Peter M.; SCHOENHERR, Richard A. *The structure of organizations*. New York: Basic Books, 1971.

BLAU, Peter. M., HEYDEBRAND Wolf, STAUFFER, R.E.. The structure of small bueraucracies. *American Sociological Rewiew*, v. 31, n.2, p.179-91, Apr. 1966.

²³ ARGYRIS, Chris. *The applicability of organizational sociology*. London: Cambridge University Press. 1972.

²⁴ ARGYRIS, Chris. *The applicability of organizational sociology*. London: Cambridge University Press. 1972.

Birmingham, na década de 60: Pugh, Hickson, Pheysey e Inkson²⁵. Segundo Hall (1984), esses estudos concluíram que o maior tamanho implica uma estruturação aumentada das atividades e na menor concentração da autoridade.

Com base nesses estudos, outras críticas foram feitas ao fator tamanho como determinante das estruturas organizacionais. Aldrick²⁶ sugere que, na verdade, o tamanho é dependente das características das estruturas organizacionais no que diz respeito ao grau de especialização exigido, formalização e controle. Quanto mais intensa a presença dessas características, maior tende a ser o tamanho das organizações. Para esse autor o fator tecnologia emergiria como determinante fundamental das estruturas organizacionais (HALL, 1984).

Outro estudo citado por Hall (1984) que evidencia a importância da variável tamanho sobre o delineamento das estruturas organizacionais foi realizado por Mahoney *et al*²⁷, os quais relatam que as práticas administrativas no que diz respeito à flexibilidade nas atribuições do pessoal, a extensão da delegação da autoridade e a ênfase maior nos resultados do que nos procedimentos estão relacionadas aos maiores tamanhos das unidades organizacionais. Extrapolando a idéia do número de pessoas disponíveis na organização como medida do tamanho organizacional, Kimberly²⁸ demonstrou que o fator tamanho envolve outros componentes além do número de pessoas: a capacidade física das organizações, os insumos e produtos organizacionais e os recursos disponíveis para a organização sob a forma de riqueza ou de bens líquidos, sendo que tais componentes podem estar altamente inter-relacionados em algumas situações, mas suas distinções conceituais são tão grandes que eles devem ser tratados separadamente. Esse autor afirma, também, que características estruturais tais como complexidade, centralização e estratificação podem ser uma consequência, uma co-

²⁵ PUGH, D. S.; HICKSON, D. J.; HININGS, C. R., TURNER, C. Dimensions of organizational structure. *Administrative Science Quarterly*, v.13, n.1, p.65-105, June, 1968.

PUGH, D. S.; HICKSON, D. J.; HININGS, C. R., TURNER, C. The context of organizational structures. *Administrative Science Quarterly*, v.14, n.1, p.91-114, Mar. 1969.

²⁶ ALDRICH, H. E. Technology and organizational structure: a reexamination of the findings of the Aston Group. *Administrative Science Quarterly*, v. 17, n. 1, p.26-43, Mar. 1972a.

ALDRICH, H. E. Reply to Hilton: seduced and abandoned, *Administrative Science Quarterly*, v.17, n. 1, p. 55-57, Mar. 1972b.

ALDRICH, H. E. An organization – environment perspective on co- operation and conflict in the manpower training system, IN: *Conflict and power in complex organizations*. ed. Kent, Ohio: Center for Business and Economic Research, 1972c.

²⁷ MAHONEY, *et al*. The conditioning influence of organizational size on managerial practice. *Organizational Behavior and Human Performance*, v. 8, n. 2, p. 230-41, October, 1972.

²⁸ KIMBERLY, John R. Organizational size and the structuralist perspective: a review critique, and proposal. *Administrative Science Quarterly*, v.21, n. 4, p. 577-97, December, 1976.

variante ou uma determinante do tamanho, tornando mais complexa ainda a consideração da variável tamanho como determinante das estruturas organizacionais (HALL, 1984).

Dos estudos que questionam a validade do fator tamanho como determinante das estruturas organizacionais, Hall (1984) cita, ainda, um estudo com abordagem subjetiva realizado por Hall e Tittle²⁹, que encontraram apenas uma relação modesta entre o tamanho e o grau de burocratização percebido; e outro estudo, realizado por Hall, Haas e Johnson³⁰ obteve resultados confusos com respeito ao tamanho e a estrutura organizacional.

Um aspecto importante envolvendo os estudos sobre o fator tamanho, mencionado por Hall (1984), é a questão do seu impacto sobre os indivíduos. Embora reconheça que ele não fora sistematicamente investigado, Hall (1984, p.41) entende que “uma grande organização confronta o indivíduo com muitas incógnitas, sendo o tamanho, provavelmente, a primeira coisa que uma pessoa observa”. Num primeiro momento, o tamanho causa um impacto forte sobre o indivíduo, mas depois, com o passar do tempo da pessoa na organização, vai diminuindo.

Essa análise subjetiva de Hall (1984) – diluição do impacto do tamanho sobre o indivíduo com o passar do tempo - baseia-se nos estudos sobre os grupos informais dentro das organizações e nos estudos de comunidades.

De acordo com os estudos sobre os grupos informais, os indivíduos se juntam dentro da organização, seguindo seus próprios interesses, o que configura uma espécie de proteção para eles. Hall (1984, p.41) sugere que “a pessoa que, por qualquer razão é isolada, não teria o efeito do tamanho moderado e provavelmente enfrentaria continuamente seu impacto”.

Nos estudos de comunidade, segundo Hall (1984, p.41), constata-se que em grandes comunidades, embora os indivíduos não consigam se relacionar com a maioria de seus membros, eles chegam a manter relacionamentos restritos, calorosos e francos, que contribuem para a sua permanência dentro da grande comunidade. Essa mesma constatação, segundo esse autor, pode ser estendida para as organizações de trabalho.

Outro fator também considerado por Hall (1984) como moderador do impacto do tamanho sobre o indivíduo é a autonomia concedida às subunidades da organização e à

²⁹ HALL, Richard; H, TITTLE, Charles R. Bureaucracy and its correlates. *American Journal of Sociology*, v. 72, n. 3, p. 267-72, November, 1966.

³⁰ HALL, Richard H.; HAAS, J. Eugene; JOHNSON, Norman. An examination of the BlaScott and Etzione Typologies. *Administrative Science Quarterly*, v.12, n. 2, p. 118-39, June, 1967a.

HALL, Richard H.; HAAS, J. Eugene; JOHNSON, Norman. Organizational size, complexity, and formalization. *American Sociological Review*, v. 32, n. 6, p. 903-12, December, 1967b.

descentralização da autoridade. Esse autor deixa implícito que, quanto maior é a autonomia, menor o impacto do tamanho.

Após a análise de estudos inconcludentes que relacionam o fator tamanho ao desenvolvimento e às reações do indivíduo diante da situação de trabalho e a análise dos estudos que relacionam o fator tamanho com o grau de satisfação e estresse do indivíduo, Hall (1984) concluiu que os dados desses estudos sugerem que o tamanho está relacionado ao moral do trabalhador. De acordo esse autor, organizações maiores conduzem seus trabalhadores à situação de estresse e moral reduzidos, sendo o grau dessa influência variável de indivíduo para indivíduo: “as expectativas e antecedentes gerais que uma pessoa traz para a organização são um fator fundamental na determinação do modo como ela irá reagir à organização” (HALL, 1984, p.42).

Como já mencionado anteriormente, dois outros fatores, além do ambiente e do tamanho organizacional, foram considerados pela abordagem contingencial como influenciadores das estruturas organizacionais: o fator tecnologia e o fator estratégia. Esses estudos, também, foram sintetizados e analisados por Hall (1984).

Em pesquisas realizadas em organizações manufatureiras, Woodward³¹, citada por Hall (1984), concluiu, após relacionar a forma das organizações com a tecnologia empregada, que o fator tecnologia era o grande determinante das estruturas organizacionais e não o tamanho das organizações. Verificou, ainda, que a tecnologia e a forma de produção empregada – em unidades e pequenas lotes, produção em grandes lotes e em massa e produção por processamento - influenciavam a estruturação administrativa das organizações no que diz respeito aos níveis hierárquicos, à amplitude de controle, ao número de pessoal da área administrativa e à proporção de pessoas em cargos de comando em relação ao restante do pessoal.

Os estudos da autora apontaram, ainda, que nas empresas que empregavam tecnologia mais simples e em pequenos grupos, a relação entre estes e seus supervisores era mais pessoal e informal. À medida que a tecnologia avançava e aumentava a linha de produção em massa, a organização do trabalho era mais formalizada e mecanicista. Em tecnologias ainda mais avançadas, com a produção mais automatizada e grande investimento de capital, predominava a organização do trabalho em equipes especializadas. Ou seja, a utilização de maior ou menor tecnologia associada à forma de produção – individual, em massa ou em equipe – pode levar a

³¹ WOODWARD, Joan. Management and technology. London: Her Majesty's Stationery Office, 1958.

estruturas organizacionais com características mais mecânicas ou mais orgânicas (WOODWORD, 1977).

Woodward (1977) relacionou ainda a tecnologia adotada por uma empresa com o tamanho relativo de seu quadro de pessoal administrativo. Os dados da pesquisa dessa autora indicaram que as mudanças tecnológicas influenciavam a demanda adicional de habilidades administrativas e supervisoras. A conclusão a que se chegou foi que o grupo administrativo é que dava uma melhor indicação da grandeza da empresa, ao invés do número total de pessoas da organização.

Para essa autora, a adequação da estrutura organizacional à tecnologia empregada é de fundamental importância para o desempenho organizacional.

Thompson³², citado por Hall (1984), sem fazer uma vinculação com as estruturas organizacionais, desenvolveu uma tipologia de tecnologia que abrange todos os tipos de organizações e não somente as de produção, como nos estudos de Woodward. O primeiro tipo é a de longo-vínculo e está associado aos trabalhos em que as tarefas devem ser efetuadas em seqüência, como nas linhas de produção de uma montadora, existindo uma interdependência entre elas. O segundo tipo é a tecnologia de mediação em que a interdependência está associada aos desejos dos clientes, como exemplo, bancos e agências de emprego. Por último, a tecnologia intensiva, em que a utilização, ou não, de uma determinada técnica, bem como a seqüência da aplicação da mesma, esta associada à resposta dada pelo próprio objeto, no caso, seres humanos. Como exemplo dessa tipologia cita os hospitais e as universidades. Segundo Hall (1984, p.45) é com base nessas tipologias tecnológicas “que se baseiam todas as ações da organização, à medida que esta procura maximizar a obtenção de suas metas”. Dessa forma, esse autor salienta que o fator tecnologia envolve muito mais do que a maquinaria ou equipamento usado na produção.

Outro pesquisador citado por Hall (1984) que enfatizou a questão da tecnologia em seus estudos foi Perrow³³. Para este autor, a tecnologia baseia-se na matéria-prima - quer sejam pessoas, animais, símbolos ou objetos - que a organização manipula afetando a estruturação e operação da organização. Para Perrow³⁴, o grau de domínio sobre a matéria-prima e da possibilidade de sua busca pela organização são fatores determinantes dos processos de trabalho.

³² THOMPSON, James D. *Organizations in action*. New York: McGraw-Hill, 1967.

³³ PERROW, C. The analysis of goals in complex organizations. *American Sociological Review*, v. 32, n. 2 p. 194-208, April, 1967.

³⁴ PERROW, C. The analysis of goals in complex organizations. *American Sociological Review*, v. 32, n. 2 p. 194-208, April, 1967.

Segundo Hall (1984), o Grupo de Aston - Hickson, Pugh e Pheysey³⁵ (1969) - também contribuiu para maior compreensão da influência do fator tecnologia sobre as organizações. Esse grupo distingue o conceito de tecnologia em três componentes:

tecnologia de operações – as técnicas usadas nas atividades dos fluxo de trabalho da organização; tecnologia de materiais - os materiais usados no fluxo de trabalho (é concebível que uma técnica altamente sofisticada seja aplicada a materiais relativamente simples); e tecnologia de conhecimento – as complexidades variáveis do sistema de conhecimentos usados no fluxo de trabalho (HALL, 1984, p. 46).

Ainda, segundo Hall (1984), dando maior ênfase à tecnologia de operações, esse grupo concluiu que

as variáveis estruturais só estarão associadas com a tecnologia de operações quando se centrarem no fluxo de trabalho. Quanto menor a organização mais sua estrutura será perpassada por tais efeitos tecnológicos; quanto maior a organização, mais esses efeitos se restringirão a variáveis como as listagens de empregados em atividades vinculadas com o próprio fluxo de trabalho, e não serão identificáveis em variáveis da estrutura administrativa e hierárquica mais distante (HALL, 1984, p. 47).

Chandler (1976) concluiu através de seus estudos, que o fator estratégia determina a estrutura das empresas. Para chegar a tal conclusão, esse autor fez um estudo histórico em organizações americanas no período compreendido entre 1850 - quando as empresas eram ainda pequenas, necessitando de apenas duas ou três pessoas para conduzirem seus processos – e pouco mais depois do final da Segunda Guerra Mundial, quando as características sociais e econômicas dos ambientes organizacionais já exerciam maior influência sobre as organizações.

O que Chandler (1976) pôde observar foi que na medida em que se ia configurando o avanço tecnológico, com surgimento dos centros urbanos e, conseqüentemente, com expansão de mercados e de demanda por novos produtos, as empresas tiveram que se adaptar a essa nova realidade para garantir a sua existência. Dentro desse contexto, as empresas ampliaram suas fábricas, adquiriram outras empresas como forma de garantir matéria-prima, ampliaram o seu mercado de atuação, desenvolveram novos produtos e tiveram aumentado o seu efetivo de pessoal. E, conforme essas mudanças foram se processando, a estrutura das organizações foi sendo remodelada, chegando a uma estrutura formal, com definições de papéis e de fluxo de informações.

Ainda, segundo Chandler (1976), empresas com estratégia menos diversificada são compatíveis com a forma estrutural funcional, e empresas com estratégia diversificada são mais compatíveis com a forma divisional.

³⁵ PUGH, D. S.; HICKSON, D. J.; HININGS, C. R. An Empirical Taxonomy of Work Organizations. *Administrative Science Quarterly*, v. 14, n. 1, p. 115-126, March, 1969.

Hall (1984) considera que, embora as variáveis ambiente, tamanho, tecnologia e estratégia de escolha tenham sido analisadas separadamente nos diversos estudos por ele apresentados, existe a possibilidade de que tais variáveis exerçam influência interacional sobre as estruturas organizacionais e não influência aditiva.

Estudos mais recentes, dentre eles o de Nadler (1994), apontam novas variáveis de pressão sobre as organizações, surgidas a partir da década de 1980, que exercem forte influência sobre a estruturação das organizações (QUADRO 3) exigindo-lhes maior adaptabilidade, flexibilidade, sensibilidade e agilidade nos processos de tomada de decisões.

QUADRO 3

Forças que Contribuem para aumentar a Pressão Sobre as Organizações

Força	Componente de Mudança
Tecnologia	O crescente índice de mudança ameaça as posições e investimentos existentes
Competição	Um número crescente de competidores eficientes está surgindo nas principais indústrias
Excesso de oferta	A capacidade de ofertar a maioria dos produtos e serviços é superior à demanda
Globalismo	A competição ocorre hoje em escala global
Expectativas do cliente	Tendo mais escolha, os clientes esperam maior valor, qualidade e serviço
Participação do governo	Os governos passaram a apoiar mais às indústrias de seus países
Propriedade	As modificações nos padrões de propriedade empresarial estão levando à maior expressão das exigências dos proprietários
Dinâmica da força de trabalho	Modificações na constituição da força de trabalho, inclusive sexo, nível educacional e distribuição etária estão criando uma força de trabalho radicalmente diferente do passado

Fonte: Nadler, 1994.

Em tal cenário, para sobreviverem, as empresas têm que estar preparadas para enfrentarem esses desafios. Para isso, segundo Donaldson (1999), as corporações necessitam manter uma adequação entre a sua estratégia e a sua forma estrutural, ou seja, a sua organização, para atingir seus fins. Essa forma, segundo Nadler (1994), é uma fonte de força adaptativa que tem implicações para todas as outras, referindo-se aos vários sistemas,

estruturas, processo de administração, estratégias, etc., que constituem o *modus operandi* da empresa, os quais o autor denomina arquitetura organizacional.

Dentro de uma abordagem contemporânea e trazendo uma visão inovadora sobre os estudos das estruturas organizacionais, com uso de uma metáfora, Weick³⁶, citado por Wood Jr. (2001, p.34), contrapõe ao termo arquitetura organizacional o conceito de improvisação teatral. O termo improvisação associando a configuração organizacional a um objeto e o termo teatral “a uma atividade contínua, sujeita a múltiplas leituras e interpretações”, examinando uma série de pressupostos sobre o projeto de configurações organizacionais, contrapondo-se a esses outros pressupostos alternativos.

Segundo Wood Jr. (2001), a perspectiva do *design* organizacional como teatro de improvisação é algo emergente e contínuo, afetado pela atenção e interpretação das pessoas, que muda constantemente sob a influência de pequenos movimentos e ações, orientado pelo passado e sem planejamento. Ainda, essa perspectiva implica uma visão das organizações reais “com múltiplas estruturas, múltiplas culturas e coalizões em constante mutação. A capacidade de adaptação a ambientes em constante mudança exige uma revisão contínua do design, num processo de tentativa e erro, fortemente baseado no aprendizado” (WOOD Jr., 2001, p.35).

Seguindo na mesma perspectiva inovadora de Weick³⁷, citado por Wood Jr. (2001), Hatch (2002), lançando mão do *Jazz* como metáfora, afirma ser aceitável a substituição do conceito estrutura organizacional por outro conceito mais bem formulado, condizente com o vocabulário emergente dos estudos organizacionais, por exemplo, organizações adaptáveis, flexíveis e virtuais; ambigüidade e emoção. Para essa autora, a metáfora não funciona simplesmente no âmbito analítico da imaginação, mas convoca, também, capacidades emocionais e estéticas (HATCH, 2002).

Segundo essa autora, a estrutura do *jazz* fornece a matéria-prima para a improvisação pelos *jazzistas*, sendo essa a característica que distingue o *jazz* dos outros gêneros musicais. É essa improvisação que permite que os músicos participem da criação da melodia, num processo simultâneo de ouvir e tocar.

³⁶ WEICK, K. E. Organizational design as improvisation. In: HUBER, G. P. e GLICK W. H. (Eds.) *Organization change and redesign: ideas and insights for improving performance*. New York: Oxford University Press, 1993.

³⁷ WEICK, K. E. Organizational design as improvisation. In: HUBER, G. P. e GLICK W. H. (Eds.) *Organization change and redesign: ideas and insights for improving performance*. New York: Oxford University Press, 1993.

Fazendo uma analogia entre o jazz³⁸ e o vocabulário emergente dos estudos organizacionais (QUADRO 4), a autora muda o foco da pergunta dos estudos organizacionais mais tradicionais: “qual estrutura devemos usar/usamos”, para “como devemos usar/usamos nossa estrutura” (HATCH, 2002, p.24).

QUADRO 4

Paralelos Entre o *Jazz* e o Vocabulário Emergente dos Estudos Organizacionais

Jazz	Descrições	Vocabulário Emergente
Solo	Assumir a liderança	Trabalho em equipe
Acompanhamento	Dar apoio a liderança dos outros	Colaboração
<i>Trading fours</i>	Fazer trocas em função de liderança e apoio	
Pergunta	Abrir espaço para as idéias dos outros	Construção do sentido
Resposta		Processo estratégico
<i>Groove</i> e sensibilidade	Tensão e alívio emocionais Ressonância do som incorporado Comunhão entre músico e platéia	Cultura e identidades organizacionais

Fonte: HATCH, 2002, p.23.

De acordo com Hatch (2002), a metáfora do jazz é um convite a escutar e a sentir a organização, a ouvir e a emocionar com seus ritmos, harmonias e melodias, uma vez que,

embora as estruturas sejam baseadas em relacionamentos humanos, gerentes e outros atores organizacionais têm freqüentemente tentado remover a emoção desses relacionamentos, sugerindo que emoções não são apropriadas ao ambiente de trabalho por interferir na tomada de decisão racional”. [Desta forma, esta metáfora] orienta as interpretações organizacionais tradicionais a novas direções pela sugestão de que a estrutura organizacional deveria sr redescrita em termos de execução e *performance* (isto é, a estrutura não como um estado ou res ultado, mas como um conjunto de práticas ou processos de execução)” (HATCH, 2002, p.28).

Na seqüência deste tópico, são apresentadas as formas mais usuais de estruturas organizacionais adotadas pelas empresas e identificadas na literatura, a partir de estudos realizados em diversas organizações.

³⁸ HATCH (2002) explica de forma sucinta toda a lógica de desenvolvimento e estruturação do Jazz.

2.3.1 Formas usuais das estruturas organizacionais

As estruturas organizacionais podem assumir diversas formas, sendo necessário que elas correspondam às características e realidade de cada organização.

Segundo Hall (1984), as estruturas organizacionais atendem a três funções básicas: realizar produtos e atingir metas organizacionais; minimizar ou pelo menos regulamentar a influência das variações individuais sobre a organização; representar, hierarquicamente, o contexto em que o poder é exercido, onde as decisões são tomadas e o fluxo dela dentro da organização e onde são executadas as atividades das organizações.

Adotando o conceito de Blau³⁹, Hall (1984, p.37) define estrutura organizacional como sendo “as distribuições, em diversos sentidos, das pessoas entre posições sociais que influenciam as relações de papel entre essas pessoas”. Chama a atenção para as implicações desse conceito que inclui a divisão do trabalho e a hierarquia que define o papel que cada pessoa deve ocupar dentro da organização, via normas e procedimentos. Para Hall (1984), as estruturas organizacionais são uma determinante fundamental dos movimentos e das atividades das pessoas nelas inseridas.

Hall (1984, p.39) admite que pode existir diversidade de formas estruturais dentro de uma mesma empresa, entre as unidades de trabalho e entre os níveis hierárquicos: “existe uma variação intra-organizacional, tanto através das unidades organizacionais como em sentido ascendente e descendente na hierarquia”.

Vasconcellos (1986) identifica dois tipos de estruturas organizacionais: estruturas tradicionais e estruturas inovativas. Por estrutura organizacional Vasconcellos (1986, p.3) compreende

o resultado de um processo através do qual a autoridade é distribuída, as atividades desde os níveis mais baixos até a Alta Administração são especificadas e um sistema de comunicação é delineado permitindo que as pessoas realizem as atividades e exerçam a autoridade que lhes compete para o atingimento dos objetivos organizacionais.

Esse autor considera que as organizações não operam somente de acordo com o que estabelece a sua estrutura formal, existindo, ainda, uma estrutura informal possibilitada pela interação social entre os diversos funcionários dos departamentos ou pela inversão da estrutura formal que ocorre quando um subordinado exerce influência sobre a decisão de seu

³⁹ BLAU, Peter M. *On the nature of organizations*. New York: John Wiley, 1974.

chefe, de forma sistemática, devido a sua habilidade de relacionamento pessoal. A existência da estrutura formal e informal em uma mesma organização o autor denomina estrutura real. O autor entende ainda que não existe uma definição rígida para o conceito de formal e informal.

Considerando o aumento da complexidade do ambiente, que se torna cada vez mais turbulento e incerto, os constantes avanços tecnológicos e a globalização da economia, as organizações maiores e mais complexas que chegam a limites não igualados por qualquer organização do passado, o aumento do papel do governo na economia, a evolução do sindicalismo e da pressão de grupos especiais – ecologistas, associações de proteção do consumidor, etc. - sobre as ações das organizações, Vasconcellos (1986) argumenta que, salvo em organizações em que as atividades são repetitivas e os ambientes estáveis, as estruturas tradicionais tornaram-se inadequadas, exigindo-se estruturas inovativas, que oferecem às organizações maior flexibilidade de atuação. Concordando com esse autor, Wood Jr. (2001, p.7) afirma que não se pode falar de uma melhor estrutura ou de uma estrutura ideal, “mas de uma variedade de novas formas, que vão desde a simples flexibilização do modelo tradicional até arquiteturas significativamente diferentes”.

Quanto às estruturas tradicionais, Vasconcellos (1986) caracteriza-as como próprias de organizações que apresentam: 1. alto nível de formalização; 2. obediência ao princípio da unidade de comando; 3. utilização das formas tradicionais de departamentalização; 4. especialização elevada; 5. comunicação vertical.

Ter alto nível de formalização implica a predominância de manuais e normas de procedimentos que descrevem os níveis de autoridades e responsabilidades dos vários departamentos e seções da organização. A representação gráfica da estrutura formal é apresentada por meio de organograma (VASCONCELLOS, 1986).

Concordando com Vasconcellos (1986) sobre a existência das estruturas formal e informal dentro das organizações, Mintzberg (1995, p.28) considera que o organograma “pode representar um retrato fiel da divisão de trabalho, exibindo em um relance: 1) quais posições existem na organização; 2) como estas são agrupadas em unidades; e, 3) como a autoridade formal flui entre elas”. No entanto, o autor afirma que via organograma não é possível demonstrar a estrutura informal: “toda organização tem importantes relações de poder e de comunicação que não são desenhadas em um papel” (MINTZBERG, 1995, p.28).

A obediência ao princípio da unidade de comando, segunda das características das estruturas formais citadas por Vasconcellos (1986), é um dos princípios da administração clássica e significa que cada funcionário deverá ter apenas um chefe e, cada chefe, apenas um

grupo de subordinados sob sua autoridade. Toda e qualquer distribuição de tarefa para um funcionário deve ser passada pela sua chefia, que providencia os procedimentos cabíveis.

A terceira das estruturas tradicionais considerada por esse autor é a utilização de formas de departamentalização. Por departamentalização, Vasconcellos (1986, p.9) compreende o “processo através do qual as unidades são agrupadas em unidades maiores e assim sucessivamente até o topo da organização, dando origem aos diversos níveis hierárquicos”. Os critérios mais comuns de departamentalização considerados por ele são: departamentalização funcional, geográfico, por processo, por clientes, por produtos, por período e pela amplitude de controle.

Na departamentalização funcional, são agrupadas na mesma unidade pessoas que realizam atividades dentro de uma mesma área técnica; na geográfica, pessoas que realizam atividades relacionadas com uma mesma área geográfica; na por processo, pessoas que realizam atividades relacionadas com uma fase de um processo produtivo; por clientes, pessoas que estão relacionadas com o mesmo tipo de cliente; por produtos, pessoas que estão relacionadas com o mesmo produto ou linha de produtos; por período, pessoas que trabalham no mesmo período e, finalmente, na por amplitude de controle, é agrupado na mesma unidade o número máximo de pessoas que o chefe pode supervisionar (VASCONCELLOS, 1986).

A especialização ele vada, quarta das característica das estruturas tradicionais citadas por Vasconcellos (1986), é o grau e o nível de conhecimento que uma pessoa detém para o exercício de sua tarefa. Segundo Vasconcellos (1986), esse é um ponto forte das estruturas tradicionais, pois permite aumentar o desempenho do sistema.

E a comunicação vertical é o processo de transmissão de informações por meio da relação chefe e subordinado, evitando-se, na opinião dos defensores da corrente tradicional: mal entendidos, melhor coordenação das atividades e reforço da autoridade do chefe (VASCONCELLOS, 1986).

Em ambientes instáveis, com baixa previsibilidade, há a necessidade de as empresas aderirem a formas estruturais que permitam maior flexibilidade de ações e ajustes às exigências desses ambientais. Essas estruturas, Vasconcellos (1986, p.23) denomina de estruturas inovativas e mostram características estruturais inversas aquelas das estruturas tradicionais: “a) baixo nível de formalização; b) utilização de formas avançadas de departamentalização; c) multiplicidade de comando; d) diversificação elevada; e) comunicação horizontal e diagonal”.

A comunicação horizontal é aquela que acontece diretamente entre dois indivíduos de unidades distintas mas do mesmo nível hierárquico, sem que a mesma passe pelas respectivas

chefias. A comunicação diagonal é aquela realizada entre indivíduos de unidades e nível hierárquico distintos (VASCONCELLOS, 1986).

A multiplicidade de comando surge da possibilidade de um funcionário trabalhar em mais de um projeto institucional e, portanto, ficar vinculado a mais de uma chefia, sem, contudo, perder a vinculação com a sua área específica e a subordinação ao chefe dessa área.

Conseguir dar respostas rápidas ao ambiente é o ponto fundamental dentro das estruturas inovativas para a organização se manter competitiva no mercado. Dessa forma o sistema de comunicação deve ser ágil e fácil, envolvendo os diversos funcionários das várias unidades e níveis hierárquicos existentes – comunicação horizontal e vertical (VASCONCELLOS, 1986).

Quanto à forma de departamentalização, as estruturas inovativas, consideradas por Vasconcellos (1986), apresentam formas alternativas às estruturas tradicionais: departamentalização por centros de lucro, por projetos, matricial, celular e novos empreendimentos.

A departamentalização por centros de lucro funciona como unidades de negócios independentes, avaliados pelo impacto de seus resultados sobre o lucro da organização. Na departamentalização por projeto, a resposta às demandas ambientais normalmente é realizada por meio de projetos que têm um tempo de duração fixo. Pessoas são escolhidas dentro da organização, de acordo com suas especialidades, para participar desses projetos, sem, contudo, perderem a vinculação com o seu setor de origem. Uma dessas pessoas fica responsável pela condução do mesmo. Terminado o projeto, elas podem ser redistribuídas em outros projetos ou retornarem com exclusividade para os seus setores. Assim os projetos funcionam como departamentos temporários.

Uma outra forma de departamentalização considerada por Vasconcellos (1986) é a estrutura matricial. Essa é uma forma híbrida que utiliza simultaneamente duas ou mais formas de estruturas – geralmente a combinação entre os tipos funcionais e por projetos ou por produtos - sobre o mesmo grupo de pessoas de uma organização. Um aspecto particular da estrutura matricial é a dupla ou múltipla subordinação, uma vez que um mesmo indivíduo pode participar simultaneamente de mais de um projeto, cada qual com o seu responsável e ainda, continua subordinado ao gerente de sua área original.

A estrutura celular pode ser caracterizada como uma quase ausência de estrutura, com predominância da informalidade e alta flexibilidade. Segundo o autor, é viável em organizações pequenas com clima humano favorável.

Por último, na estrutura por novos empreendimentos, as pessoas são designadas para desenvolver e implementar um novo empreendimento. Quando for aceito e estiver em operação, ele é assumido por uma área operacional. Nesse tipo de estrutura, as atividades de inovação são separadas das atividades de rotina.

Mintzberg (1995, p.10) considera que a estrutura das organizações envolve dois elementos fundamentais: a divisão do trabalho e a consecução da coordenação dessas tarefas. Define estrutura organizacional como sendo “a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como é feita a coordenação entre essas tarefas”.

Não concordando com as abordagens que propõem uma ordem lógica e única para a estruturação das organizações e com as que propõem uma maior flexibilização na combinação da divisão do trabalho com a coordenação das tarefas, Mintzberg (1995) apresenta uma abordagem que considera que tais elementos - divisão do trabalho e coordenação das tarefas - devem ser selecionados respeitando-se as particularidades internas da organização (natureza e complexidade do trabalho, número de funcionários envolvidos, nível de padronização das atividades e dos resultados esperados ou, até mesmo, dos critérios de seleção dos empregados) e o ambiente em que a mesma atua.

Para Mintzberg (1995), a consecução da coordenação das tarefas - um dos dois elementos fundamentais das estruturas organizacionais considerado por ele - pode acontecer de cinco maneiras: ajustamento mútuo, obtido pela comunicação informal, próprio de organizações realmente simples; supervisão direta, quando uma pessoa é responsável pelo trabalho dos outros, dando instruções e monitorando suas ações; padronização dos processos de trabalho, quando as execuções do trabalho são especificadas ou programadas; padronização dos resultados, utilizado para o controle do trabalho realizado e, finalmente, a padronização das habilidades dos trabalhadores, por meio de treinamentos. Nesse caso, os trabalhadores são previamente preparados para executarem suas tarefas. Esses mecanismos de coordenação e controle são utilizados e mais indicados de acordo com o número de pessoas envolvidas nos trabalhos dentro da organização e as características das tarefas: se mais ou menos rotineiras, se mais ou menos imprevisíveis.

As estruturas, segundo Mintzberg (1995), podem variar desde simples estruturas, com poucos funcionários e níveis hierárquicos, onde a coordenação e o controle são exercidos diretamente pelo executivo principal da organização – normalmente o próprio dono – até organizações maiores e mais complexas em que pode existir um número variado de níveis hierárquicos e grupos de funções, formando partes da organização. Nessas organizações, são cinco as partes fundamentais identificadas por Mintzberg (1995): o núcleo operacional

composto pelos funcionários que realizam o trabalho base da organização, diretamente ligado com a produção ou prestação dos serviços; a cúpula estratégica, encarregada de levar à frente a missão organizacional, satisfazendo as exigências daqueles que controlam ou de outra forma exercem poder sobre a organização (proprietários, governo, demais empregados, sindicatos); a linha intermediária, compostas por gerentes que atuam como intermediários entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional, formando uma cadeia de autoridade formal; a tecnoestrutura, que é composta por analista que definem e padronizam as atividades na organização e a assessoria de apoio que tem a função de prestar apoio especializado à organização. Tanto a tecnoestrutura quanto a assessoria de apoio atuam em paralelo ao fluxo de atividades da organização, portanto, fora do fluxo de trabalho operacional.

Dentro deste contexto de cinco mecanismos de coordenação e de cinco partes compondo a complexidade do funcionamento organizacional, Mintzberg (1995) classifica as estruturas organizacionais em cinco configurações básicas, conforme demonstrado no QUADRO 5.

QUADRO 5

Síntese das Cinco Configurações Básicas Definidas por Mintzberg (1995)

CONFIGURAÇÃO BÁSICA	MECANISMO DE COORDENAÇÃO / CONTROLE	COMPONENTE-CHAVE
Estruturas Simples	Supervisão Direta	Cúpula Estratégica
Burocracia Mecanizada	Padronização dos Processos de Trabalho	Tecnoestrutura
Burocracia Profissional	Padronização de Habilidades	Núcleo Operacional
Forma Divisionalizada	Padronização dos Resultados	Linha Intermediária
<i>Adhocracia</i>	Ajustamento Mútuo	Assessoria de Apoio (algumas vezes, com o núcleo operacional)

Fonte: elaborado pela autora da dissertação, a partir de Mintzberg, 1995.

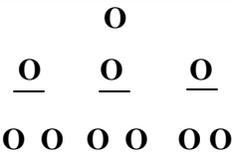
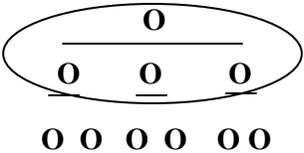
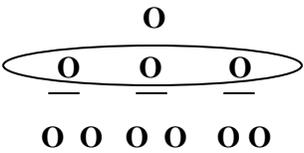
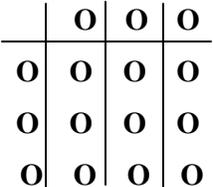
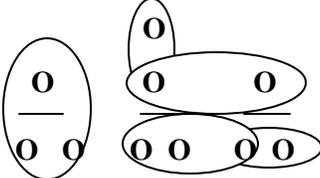
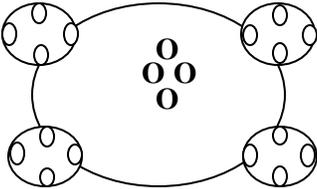
Mintzberg (1995) considera a existência da estrutura informal dentro das organizações possibilitada pela interação dos seus membros e na existência de configurações diferentes dentro de uma mesma organização.

Morgan⁴⁰, citada por Wood Jr. (2001) estabelece seis formatos organizacionais básicos (QUADRO 6), entendendo que uma “estrutura organizacional saudável deve ser baseada em relações harmônicas entre parâmetros internos – como porte, idade e tecnologia – e as

⁴⁰ MORGAN, G. *Creative organization theory: a resourcebook*. Newbury Park: Sage, 1989.

características do meio ambiente – como variedade na demanda e sofisticação do mercado” (WOOD Jr., 2001, p.39).

QUADRO 6
Modelos Organizacionais Estabelecidos por Morgan

MODELO	CARACTERÍSTICAS
burocracia rígida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe estabilidade ambiental ▪ poder decisório é individualizado e centralizado ▪ operações e tarefas são bem identificadas
burocracia conduzida por comitê 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe ambiente estável com eventuais imprevistos ▪ poder decisório e exercido por comitê ▪ existe variedade na condução das divisões ou áreas
burocracia com times interdepartamentais e grupos tarefas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe necessidade de perspectiva interdepartamental ▪ nível de comunicação é maior que nos formatos anteriores ▪ lealdade aos grupos é condicionada aos interesses dos departamentos
organização matricial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe balanceamento de poder entre funções / departamentos e processos ▪ busca garantir a convergência de esforços e otimizar a utilização de recursos ▪ exige maturidade dos líderes e liderados para contornar os conflitos de interesse
organização baseada em projeto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe a busca de flexibilidade, agilidade, criatividade e capacidade de inovação ▪ todas as tarefas mais importantes são administradas ou realizadas por grupos ▪ coordenação é informal e fundamentalmente ditada por visões compartilhadas
organização tipo orgânica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pressupõe existência de um grupo estratégico central ▪ utiliza terceirização em larga escala ▪ não possui identidade clara, distinta e duradoura.

Fonte: Wood Jr., 2001, adaptado de Morgan (1989)

Numa visão que Wood Jr. (2001) nomeia emergente, Nadler (1994), buscando extrapolar o que ele denomina aspectos específicos da estrutura organizacional – o que está

nos quadrados e nas linhas que os ligam -, utiliza o termo arquitetura organizacional para designar a estrutura formal, o projeto de práticas de trabalho, a natureza da organização informal ou estilo de operação e os processos de seleção, socialização e desenvolvimento de pessoal. Para este autor, a “arquitetura organizacional pode ser uma fonte de vantagem competitiva, na medida em que motiva, facilita ou capacita as pessoas e os grupos a interagir com mais eficiência com os clientes, o trabalho e entre si” (NADLER, 1994 – Introdução).

Segundo este autor, o conceito de arquitetura extrapola a idéia de adequação da estrutura ao seu ambiente, consideradas pelos preponentes da abordagem contingencial, levando à idéia de construção de organizações e, não, apenas à idéia de projeção.

Wood Jr. (2001), de forma semelhante a Nadler (1994), afirma que a busca de novas formas estruturais não inclui somente novos formatos ou estruturas organizacionais, mas a busca eventual de configurações completamente distintas, o que inclui fusões, aquisições, reorganização da cadeia produtiva e investimentos em novos negócios.

Esse autor adverte que em algumas empresas podem-se encontrar modelos híbridos de configuração organizacional “fazendo com que convivam diferentes configurações, eventualmente no mesmo ambiente de trabalho” (WOOD Jr., 2001, p.74)

Nadler (1994) vê como tarefa básica das estruturas organizacionais o processamento da informação – fluxo da informação entre pessoas e grupos para a coordenação das atividades de trabalho – vinculada à hierarquia organizacional.

Entendendo ser difícil e arriscado prever como serão as organizações no futuro, Nadler (1994) identifica oito formas arquitetônicas em evolução e que, possivelmente, poderão ser encontradas em algumas organizações: equipes de trabalho autônomas, sistemas de trabalho de autodesempenho, alianças e *joint ventures*, *spinouts*, redes, organizações autoprojeadas, limites imprecisos e trabalho de equipe na cúpula. Para efeito deste trabalho, serão explicitadas apenas três destas formas: equipes de trabalho autônomas, sistemas de trabalho de autodesempenho, organizações autoprojeadas e trabalho de equipe na cúpula⁴¹.

Equipes de trabalho autônomas são equipes auto-administradas, responsáveis por todo um segmento de trabalho, ou um segmento completo de um processo, apresentando supervisão própria, treinamento diversificado, alternância de papéis. Dessa forma, sob muitos aspectos, têm poder para assumir a responsabilidade sobre seus próprios resultados (NADLER, 1994).

⁴¹ Por entender estarem elas mais condizentes com a realidade das organizações hospitalares, foco desta pesquisa.

Para este autor, os sistemas de trabalho de alto desempenho é a denominação dada para projetos organizacionais que enfatizam a integração deliberada dos sistemas de trabalho social e técnico, buscando a utilização das ferramentas ou projetos mais avançados desses dois sistemas.

E, também de acordo com Nadler (1994), as organizações autoprojeadas são aquelas que utilizam instrumentos capazes de possibilitar a organização a aprender com seus próprios erros e fracassos, adequando-se às novas exigências de seu ambiente.

E, finalmente, a forma que considera o trabalho de equipe na cúpula compreende a transferência de atividades até então centradas em alguns indivíduos da direção, para a responsabilidade de um grupo de indivíduos.

Wood Jr (2001, p.43), observa ainda, que, Lewin, Long e Carrol⁴² realizam uma visão similar à de Nadler⁴³ lançando mão, sob um novo paradigma, de algumas categorias tradicionais em estudos organizacionais, tais como: liderança, porte, alto envolvimento, auto-organização, tecnologia de informação, formas colaborativas, tendência ao desaparecimento dos fragmentos funcionais, dando lugar a gestão de processos completos orientados para os objetivos estratégicos e as necessidades do mercado e, como elemento final do novo paradigma, a gestão da transição.

Trabalhando com a lógica dos formatos organizacionais baseados em rede organizacionais, que visam a interação da organização com seus fornecedores, clientes e concorrentes, Dess *et alii*⁴⁴, citados por Wood Jr. (2001, p.47), definem três tipos de estruturas em rede, considerados formatos típicos de organizações em fronteiras:

estrutura modular, quando a organização mantém as atividades essenciais da cadeia de valor e terceiriza as atividades de suporte, mas sobre elas continua exercendo controle; estrutura virtual, relacionada a redes de fornecedores, clientes e/ou concorrentes, ligados temporariamente para maximizar competências, reduzir custos e facilitar acesso a mercados; estrutura livre de barreiras, que se refere a definições menos rígidas de funções, papéis e tarefas dentro da organização.

⁴² LEWIN, A. Y.; LONG, C.P. e CARROL, T. N. (1999). The coevolution of new organizational forms. *Organization Science*, v. 10, n. 5, p. 535-50, 1999.

⁴³ NADLER, D. Organizational architectures for the corporation of the future. In: DELTA Consulting Group Inc. *The emerging architecture of organizations: structures and processes for the 1990's*. New York: Delta Consulting Group Inc. 1990.

⁴⁴ DESS, G. D. *et alii*. The new corporate architecture. *Academy of Management Executive*. v. 9, n. 3, p. 7-20. 1995.

Para Wood Jr. (2001, p.52), “a discussão mais usual sobre tipos ideais na literatura de Estudos Organizacionais dá-se em torno de apenas dois tipos: a organização burocrática e a empresa orgânica⁴⁵.”

À luz dos diversos autores que escreveram e teorizaram sobre as estruturas organizacionais, bem como as possíveis formas consideradas pelos mesmos, é possível sistematizar alguns comentários gerais: 1. não existe uma forma ideal para delineamento do funcionamento das organizações. Essa forma ideal dependerá das particularidades de cada organização no que se refere ao ambiente em que atua, tecnologia que adota - quer seja no tocante aos equipamentos e máquinas, quer seja aos conhecimentos individuais de seus membros - e seu tamanho (embora não se tenha um consenso do critério para definição desse tamanho) além da estratégia adotada pela organização; 2. as estruturas organizacionais são formadas por duas estruturas distintas: a formal ou oficial - representada em organograma e nos manuais de normas e procedimentos - e a informal, possibilitada pela interação dos diversos membros da organização; 3. a variável ambiente ocupa um papel importante de influência sobre a estrutura das organizações; 4. as estruturas organizacionais devem ser dinâmicas, portanto, mutáveis; 5. numa mesma organização podem-se ter formas estruturais diferentes nos diversos níveis hierárquicos e nas suas respectivas unidades, com diferenciação do grau de formalização e do controle sobre os empregados; 6. em ambientes estáveis e com tarefas repetitivas, estruturas burocráticas ou mecânicas são compatíveis; em situação contrária, as formas orgânicas, são as mais indicadas; 7. para atingirem os seus objetivos, as organizações devem estar constantemente adequando a sua estrutura às exigências ambientais ou às suas escolhas estratégicas.

Ainda, levando-se em consideração que é a partir da junção das estruturas formal e informal das organizações que realmente se estabelece a sua dinâmica de funcionamento, torna-se necessário, para melhor compreensão dessa dinâmica, discutir os aspectos específicos das estruturas organizacionais – complexidade, formalização e centralização – que são comumente apontados pelos estudiosos das estruturas organizacionais, dentre eles, Hall (1984).

⁴⁵ Em seu estudo, Wood Jr. (2001) apresenta a visão de três autores que definem as características desses dois tipos ideais de organização e identificam a transformação das organizações do tipos burocrático para empresas do tipo orgânica: Huber G. P. The nature and design of post-industrial organizations. *Management Science*, v. 30, n. 8, p. 928-51; 1984; Heydebrand W. V. New organizational forms. *Work and Occupations*, v. 16, n. 3, p. 323-57, 1989; CLEGG, R. *Modern Organizations: organization studies in the postmodern world*. London: Sage, 1990.

2.3.2 Aspectos específicos das estruturas organizacionais

2.3.2.1 Complexidade

Hage⁴⁶, citado por Hall (1984, p.56), define a complexidade

como a especialização numa organização [...] medida pelo número de especialidades ocupacionais e pela extensão do treinamento exigido para cada uma delas. Quanto maior o número de ocupações e quanto mais longo o período de treinamento exigido, mais complexa a organização.

Mais tarde, juntamente com Aiken, Hage (1967a, p.79) define a complexidade como significando pelo menos três coisas: “número de especialidades ocupacionais, a atividade profissional e a formação profissional”.

De acordo com Hall (1984, p.56), Price⁴⁷ entende que a complexidade pode ser definida como o grau de conhecimento exigido para elaborar o produto de um sistema e também pelo grau de instrução de seus membros. Quanto mais alto o grau de instrução, maior a complexidade.

Como pode ser observado pela leitura das definições anteriores, o maior ou menor grau de complexidade de uma organização está associado ao número de especialidades e ao nível de conhecimento exigido de seus membros, sendo a fonte de obtenção dessa especialização o treinamento e / ou a formação profissional.

A complexidade organizacional pode ser definida, ainda, numa visão simplificada, como sendo a distribuição dos níveis hierárquicos dentro da organização, com suas múltiplas unidades de trabalho e a distribuição das tarefas nessas unidades, com papéis e cargos estabelecidos, compondo, junto com o fluxo de comunicação, a estrutura organizacional (HALL, 1984).

Não existe uma única forma estrutural dentro das organizações, podendo as partes de uma mesma organização variar em sua estrutura e, conseqüentemente, em seu grau de

⁴⁶ HAGE, Jerald. An axiomatic theory of organizations. *Administrative Science Quarterly*, v. 10, n. 3, p. 289-320, December, 1965.

⁴⁷ PRICE, James L. *Organizational effectiveness: an inventory of propositions*. Homewood, ILL.: Richard D. Irwin, 1968.

complexidade. Esta variedade de estrutura e complexidade dentro da organização Hall (1984) denomina variações intra-organizacional.

Adotando o termo diferenciação para explicar a distribuição das tarefas pelas diversas divisões ou partes organizacionais, Lawrence e Lorsch (1973) verificaram que a diferenciação estrutural existente nas diversas partes da organização implica também diferenças de atitudes e comportamentos de seus membros, provocando, conseqüentemente, uma diferença de comportamento entre os diversos departamentos.

Para Hall (1984), são três os elementos mais comumente identificados da complexidade organizacional: diferenciação horizontal, diferenciação vertical e dispersão espacial. A diferenciação horizontal está relacionada à distribuição das tarefas organizacionais dentre os membros da organização que pode proceder basicamente de duas maneiras: por grupo de especialistas, que detêm o conhecimento e executam a tarefa do início ao fim, com responsabilidade e autoridade, sendo mais comuns em atividades não-rotineiras ou imprevisíveis e a distribuição das tarefas por um grupo de trabalhadores em que cada um dos membros executa uma parte ou partes da tarefa global, mais comum em atividades rotineiras e repetitivas, como exemplo, em linhas de montagem.

Segundo Hall (1984), a presença de um alto nível de especialização dentro da organização demanda a presença de uma coordenação para os especialistas, no sentido de se evitar, muitas vezes, a sobreposição dos objetivos pessoais sobre os organizacionais, ampliando o grau de complexidade da organização.

A diferenciação vertical, segundo elemento da complexidade citado por Hall (1984), diz respeito à hierarquização dos diversos níveis dentro da estrutura organizacional e envolve questões menos complexas que a diferenciação horizontal. Esse autor chama a atenção para o fato de que, em organizações com hierarquia relativamente estratificada, o poder pode ficar concentrado no topo da organização, ficando os membros dos níveis intermediários apenas responsáveis por tarefas administrativas rotineiras. A fim de não se correr o risco de cair nas armadilhas de interpretação da diferenciação vertical da autoridade na organização, torna-se necessário um profundo conhecimento da organização para depois proceder às conclusões (HALL, 1984).

Um outro fator relacionado à diferenciação vertical da complexidade organizacional está associado ao tamanho da organização. Segundo Hall (1984), a maioria das análises sobre a diferenciação vertical aponta que, à medida que o tamanho da organização aumenta, esta também cresce, mas não na mesma proporção.

Tanto a dispersão horizontal quanto a vertical apresentam problemas de controle, comunicação e coordenação. E, como já visto, cada parte da organização pode apresentar uma estrutura diferenciada e, conseqüentemente, dispersões diferenciadas levando, também, a uma maior complexidade organizacional. Portanto, “quanto maior a diferenciação, maior a potencialidade de dificuldades de controle, coordenação e comunicação” (HALL, 1984, p.58)

O último elemento da complexidade é a dispersão espacial. Ela está diretamente relacionada aos aspectos físicos das estruturas organizacionais. Hall, Haas e Johnson⁴⁸, citados por Hall (1984, p.59), usaram os seguintes indicadores, altamente correlacionados, para a análise de dispersão espacial: “1) o grau em que as instalações físicas estão espacialmente dispersas; 2) a localização (distância da matriz organizacional); 3) o grau em que o pessoal está espacialmente disperso; e 4) a localização do pessoal espacialmente disperso”.

Com base na análise de diversos estudos que associam o fator tamanho organizacional à complexidade organizacional, Hall (1984, p.61) apresenta dois pressupostos que podem estar presentes em todas as organizações: “a maioria das organizações é complexa numa das várias configurações apresentadas; [...] há uma forte tendência para que as organizações se tornem mais complexas à medida que suas próprias atividades e o ambiente que as cerca se tornem mais complexos”.

Da mesma forma que o tamanho da organização, a complexidade produz efeitos sobre o comportamento dos indivíduos dentro da organização e sobre a sua formalização, próximo item a ser visto.

2.3.2.2 Formalização

A formalização é um componente das estruturas organizacionais e está relacionada às normas e procedimentos concebidos dentro da organização para lidar com as suas diversas contingências.

Para Pugh *et al.* (1963, p.303), a formalização está associada ao modo como a comunicação e os procedimentos na organização são registrados e arquivados, podendo incluir:

⁴⁸ HAGE, Jerald and AIKEN, Michael. *Program change and organizational properties*. American Journal of Sociology, , 1967b, 72, no. 5 (March), 503-19.

(1) estabelecimento de procedimentos, regras e papéis, incluindo contratos, acordos, dentre outros; (2) operação dos procedimentos, lidando com: a) busca de decisões (aplicação de capital, empregos, dentre outros), b) fluxo de decisões e instruções (planos, minutas, requisições, dentre outros), c) fluxo de informações incluindo *feed-back* (tradução da autora da dissertação).

Weber (1982, p.279), em seu modelo de burocracia, considerava as normas como um mecanismo tanto de garantia da disciplina como da continuidade dos trabalhos – uma vez que as funções são metodicamente integradas, e o trabalho que um funcionário deixa de fazer é facilmente percebido - e como um mecanismo de controle do poder dos chefes pela “eliminação da autoridade totalmente arbitrária do chefe sobre o funcionário”, eliminando-se as interferências pessoais e o tratamento de casos individualmente, com favoritismo de qualquer parte.

Dessa forma, além de envolver os aspectos práticos dos processos de trabalho, a formalização envolve também questões éticas e políticas relacionadas ao controle sobre os funcionários – formalização do comportamento. Maior ou menor quantidade de procedimentos e normas escritos dentro de uma organização é um indicativo do grau de confiabilidade que os responsáveis pelo processo decisório da organização têm pelos seus demais membros (HALL, 1984; MINTZBERG, 1995).

Segundo Mintzberg (1995, p.40), a formalização do comportamento, que leva a sua regulamentação, pode proceder de três maneiras básicas:

- pela posição, quando as especificações são associadas à função em si mesmo, como na descrição de funções;
- pelo fluxo de trabalho, quando as especificações são associadas ao trabalho, como no caso de uma listagem de ordens para impressão;
- por regras, quando as especificações são emitidas para o geral, como os vários regulamentos – qualquer coisa, desde a roupa de uso até a utilização de formulários descritos nos chamados Manuais de Procedimentos.

As organizações optam pela formalização do comportamento para reduzir a variedade de comportamentos individualizados, com a finalidade última de prever e controlar o comportamento, para assegurar a congruência e uniformidade dos processos produtivos e para oferecer maior clareza tanto para clientes quanto para funcionários (MINTZBERG, 1995).

Um fator importante a ser considerado no tocante à formalização é que esta é mais possível em situações mais previsíveis, ao passo que, em situações novas e imprevisíveis, a formalização torna-se mais difícil.

O grau de formalização das organizações pode ser verificado por meio da percepção de seus membros ou via utilização dos registros oficiais e informações provenientes de informantes-chave da organização. Embora a verificação via percepção dos indivíduos possa

ser influenciada pelo sentimento destes, ela tem a vantagem de possibilitar identificar os procedimentos informais existentes dentro da organização (HALL, 1984).

Organizações que adotam alto grau de formalização para a coordenação de suas atividades são normalmente denominadas organizações burocráticas, e a natureza dos trabalhos nessa organização é estável, com tarefas repetitivas. Do lado oposto, organizações que adotam a coordenação de suas atividades baseada no ajustamento mútuo ou na supervisão direta chamadas organizações orgânicas (MINTZBERG, 1995).

Da mesma forma que ocorre com a complexidade, os graus de formalização podem variar dentro de uma mesma organização, tanto entre os diversos departamentos quanto entre os diversos níveis, dependendo da natureza da atividade da área e sua interlocução com seu ambiente externo.

Outro ponto importante levantando por Mintzberg (1995) e Hall (1984) é a padronização do trabalho e da coordenação via conhecimento e outras características pessoais dos indivíduos. Nesse ponto, a organização define os conhecimentos e habilidades que os ocupantes de cargos precisam ter e quais comprovantes comprobatórios devem ser utilizados. Isso pode acontecer por meio de critérios de recrutamento e seleção bem definidos, via treinamentos organizacionais, pela formação profissional do indivíduo e, ainda, por meio da doutrinação, possibilitada pela socialização informal e formal dentro da organização (MINTZBERG, 1995).

Em 1965, Hage⁴⁹, citado por Hall (1984) e por Donaldson (1999), realizou uma análise das formas organizacionais observando a relação entre a questão da formalização e da centralização com a questão da eficiência, produtividade, capacidade de inovação e moral dentro das organizações. Dessa teoria axiomática, resultou que organizações centralizadas e formalizadas conseguiam alta eficiência mas baixa inovação. E, ao contrário, empresas menos centralizadas e menos formalizadas não obtinham eficiência, mas conseguiam ser mais inovativas. Ou seja, a formalização e a centralização mantinham uma relação direta com os índices de eficiência e uma relação inversa com os de inovação. Na seqüência, será abordado o que se entende por centralização.

⁴⁹ HAGE, Jerald. An axiomatic theory of organizations. *Administrative Science Quarterly*, v. 10, n. 3, p. 289-320, December, 1965.

2.3.2.3 Centralização

A centralização diz respeito ao local onde está presente a autoridade para tomar decisões, afetando a organização (PUGH *et al.* , 1963).

Estes autores identificaram dois tipos de autoridade que, juntos, compõem a dimensão da complexidade: “1) autoridade formal ou institucional essencialmente originada da propriedade [...]; 2) autoridade real ou pessoal originada do conhecimento e da experiência dos especialistas” (PUGH *et al.* , 1963, p.304).

Ainda, segundo Pugh *et al.* (1963, p.304), são quatro os fatores que afetam a centralização:

- 1) a localização da função real de tomada de decisão em pontos particulares da estrutura de autoridade; 2) a promulgação de regras para decisões a qual limita o poder de ação dos subordinados; 3) a frequência e complexidade da revisão dos procedimentos e sistemas de controle [...]; 4) a disponibilidade legítima das informações relevantes (tradução da autora da dissertação).

Hage⁵⁰, citado por Hall (1984, p.81) define a centralização “como o nível e a variedade de participação dos grupos nas decisões estratégicas em relação ao número de grupos na organização”, estabelecendo uma relação inversa entre a participação e a centralização. Sendo assim, quanto maior a participação dos diversos grupos, menor o grau de centralização dentro da organização. Esse autor considera que o poder é exercido de diversas maneiras nos diversos setores da organização.

Para Hall (1984), a centralização diz respeito à distribuição do poder nas organizações, que é antecipadamente determinada pela organização.

Mintzberg (1995) compreende centralização (e a descentralização) exclusivamente em termos do poder sobre as decisões tomadas na organização. Quando o poder de tomada de decisões está concentrado em um único local, ou em uma única pessoa dentro da organização, esse autor considera a estrutura organizacional como centralizada. Se disperso em outros locais ou entre outras pessoas, compreende a estrutura como sendo descentralizada.

Como se pôde observar pelas definições de centralização, nesta inclui-se o poder para tomada de decisões organizacionais e remete à questão da descentralização. Quanto ao direito de tomar decisões, segundo Hall (1984, p.81) este pode ser explicitado em termos de “quem ou o que tem o direito de tomar que tipos de decisões e quando”.

⁵⁰ HAGE, Jerald. *Theories of organizations*. New York: John Wiley, 1980.

Outro elemento da centralização considerado por este autor é a maneira como as atividades são avaliadas. Se essa avaliação é efetuada “por pessoas do topo da organização, há centralização, independentemente do nível em que as decisões sejam tomadas” (HALL,1984, p.82).

Quanto ao entendimento do que seja a descentralização, Mintzberg (1995, p.106) adota duas maneiras distintas para definir o termo: a dispersão da autoridade do principal executivo para os demais níveis abaixo da cadeia estrutural – descentralização vertical e o poder decisório mantido com os gerentes ou distribuído para pessoas fora da estrutura de linha, tais como analistas, especialistas e operadores – dispersão horizontal.

Esse autor defende a necessidade de descentralização do poder nas organizações, pelos seguintes motivos: a necessidade de as organizações darem respostas rápidas às condições locais não podem ser compreendidas por uma única mente e a descentralização exerce um efeito positivo sobre os funcionários.

Mintzberg (1995, p.120), classifica em cinco os tipos de descentralização encontradas nas organizações que são “colocados ao longo de um contínuo , de um extremo com a centralização em ambas dimensões até o outro, com a descentralização também em ambas dimensões”:

- Tipo A. Centralização vertical e horizontal. O poder decisório é concentrado nas mãos de um só indivíduo, o gerente do topo da hierarquia – nominalmente o principal dirigente executivo”.
- Tipo B. Descentralização horizontal limitada (seletiva). Nesse tipo encontra-se a organização burocrática com tarefas sem especialização, que se apóia na padronização dos processos de trabalho para a coordenação.
- Tipo C. Descentralização vertical limitada (paralela). A organização que é dividida em unidades de mercado ou de divisões, cujos gerentes recebem delegação (em paralelo) de uma boa porção do poder formal para tomar decisões concernentes a seus mercados.
- Tipo D. Descentralização seletiva vertical e horizontal. Presença simultânea da descentralização seletiva nas duas dimensões: dimensão vertical, onde “o poder para os diferentes tipos de decisão é delegado às constelações de trabalho em vários níveis da hierarquia”. E a dimensão horizontal onde as “constelações fazem o uso seletivo dos peritos de assessoria, conforme o quão técnicas são as decisões que eles devem tomar”.

- Tipo E. Descentralização horizontal e vertical. Poder decisório altamente concentrado no núcleo operacional, uma vez que seus membros são profissionais, cujo trabalho é coordenado pela padronização de habilidades.

Da mesma forma que a formalização, o grau de centralização ou de descentralização é um indicativo da confiança depositada nos membros da organização para a execução de suas atividades com autonomia, por parte da cúpula da organização.

Examinadas as questões das estruturas organizacionais das organizações de um modo geral, torna-se necessário fazer uma reflexão específica sobre as estruturas dos hospitais em função de suas particularidades o que o diferencia das demais instituições, como exemplo: “muitas áreas funcionais que são interdependentes e se inter-relacionam, necessitando de um funcionamento eficiente de todos os seus componentes de maneira a compor um todo e não um somatório das partes desagregadas” (GONÇALVES, 1983, p.23).

2.3.3 As estruturas hospitalares

Os hospitais são considerados como uma das organizações prestadoras de serviços mais complexas da sociedade. No entendimento de Campos (1976, p.33) o hospital deve ser visto “como a casa em que o hospede é pessoa sagrada, um membro para o qual a comunidade tem deveres, inclusive o de promover a sua completa reintegração social, mais do que a recuperação somática, psíquica ou psicossomática”.

O Ministério da Saúde, segundo Mirshawka (1994, p.15), define o hospital como

parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacidade de recursos humanos e de pesquisas em saúde bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhes supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

A função primeira do hospital, na visão de Schulz (1976), é prestar assistência às necessidades do paciente, devendo-se atentar para as diversas dimensões que envolvem esse paciente: dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, culturais e temporais, já que elas afetam o comportamento do paciente em relação à doença e ao tratamento.

Para Gonçalves (1983), a primeira função que o hospital deve concretizar corresponde à prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de

internação; a segunda, ao desenvolvimento, sempre que possível, de atividades de natureza preventiva; a terceira função é representada pela participação em programas de natureza comunitária e a quarta função, integração ativa no sistema de saúde. As segunda e terceira funções correspondem mais às funções dos hospitais de periferia e de cidades de pequeno porte.

O hospital é uma organização completa que deve incorporar constantemente o avanço de conhecimentos, aptidões, tecnologia médica e instalações e equipamentos correspondentes a essa tecnologia (GONÇALVES, 1983). Para este autor o hospital moderno exibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa,

desempenhando ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo-se para o progresso das ciências médicas (GONÇALVES, 1983, p. 20).

O hospital pode fazer parte de um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência médica, podendo ser classificado em; hospital primário, que pode não ter nenhuma especialidade, tendo apenas médicos generalistas; secundário, que atende pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos, contando com serviços de apoio clínico; ou terciário, que apresenta uma gama maior de especialidades médicas. Os hospitais podem ainda ser classificados como hospital geral, destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas ou, especializado, destinado, predominantemente, a pacientes necessitados de assistência de uma determinada especialidade médica (GONÇALVES, 1983; MIRSHAWKA, 1994). Pode atender a um determinado grupo etário (hospital infantil), ou não; a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino) (MIRSHAWKA, 1994).

Em sua estrutura, os hospitais têm diversas áreas funcionais que se relacionam de forma interdependente, o que exige um funcionamento eficiente de todas as áreas e de todos os seus membros. Sua estrutura é caracterizada, ainda, por uma extensa divisão do trabalho especializado, realizado basicamente em equipe, o que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, implicando alta concentração de especialização, com valores distintos, trazendo sérios problemas de coordenação e autoridade (DALFIOR, 2002).

Por essas razões, Schulz (1976) entende que estruturas organizacionais tradicionais - aquela formal, representada nos organogramas e próprias das organizações burocráticas, com o controle e poder da autoridade centrados no topo da organização - não são compatíveis com a lógica de funcionamento das unidades hospitalares, não permitindo uma compreensão

global dos relacionamentos e influências presentes nos hospitais e, portanto, não descreve adequadamente a organização hospitalar. Esse autor defende que a responsabilidade dos profissionais de responder pelos seus atos é o ponto fundamental, mais do que o próprio controle institucional.

Pautando-se na teoria da contingência, Schulz (1976) considera os hospitais como sendo um sistema aberto que exerce e sofre influência, inclusive restrições, do ambiente externo, afetando seus insumos e *outputs*.

Esse autor compreende um sistema como um esquema ou método formal de governar a organização, convertendo-se insumos (*inputs*) em produtos (*outputs*). No caso das instituições hospitalares, o insumo-chave é o paciente, as habilidades e o conhecimento dos médicos, o equipamento utilizado, a equipe de enfermagem, o pessoal de apoio etc. fazem parte do insumo total. Os produtos são: pacientes com alta, melhoria das qualificações dos médicos, melhoria de saúde da comunidade, consumidor de saúde ativo, satisfação de empregados, melhoria da comunidade (SCHULZ, 1976). Para Gonçalves (1983, p.21), os recursos humanos são os insumos que representam parte preponderante e vital do sistema hospitalar, complementado pelos recursos materiais, instalações e equipamentos, financeiros, de informações etc., e que o paciente “é o personagem mais importante do hospital e em torno do mesmo deve se desenvolver toda a organização desse sistema”.

No ambiente externo hospitalar, têm-se: negociações coletivas, finanças, amigos e familiares dos pacientes, expectativas da comunidade licenciamento de profissionais, entidades seguradoras, regulamentações estaduais e regulamentação federal (SCHULZ, 1976).

Segundo Schulz (1976), assim que um paciente entra no hospital, é acionada toda uma rede de atores envolvidos no ambiente hospitalar: o corpo médico que diagnostica, admite e trata pacientes e realiza procedimentos de controle de qualidade por intermédio das suas organizações de corpo médico; a equipe de enfermagem e o pessoal de apoio técnico, tais como raio X, laboratório e pessoal administrativo, como direção, administração e serviços técnicos.

Portanto, para Schulz (1976), o fluxo do paciente no hospital deve ser colocado como um ponto-chave da organização hospitalar. Esse fluxo do paciente envolve cinco etapas dentro do hospital: admissão, diagnóstico, tratamento, inspeção (avaliação processual) e controle (alta do paciente), que podem ser dispostos em duas dimensões: disponibilidade e capacidade dos próprios recursos físicos e rede de poder e comunicação por meio da qual são geradas e transmitidas as decisões.

Quanto à rede de poder, Schulz (1976) afirma que, embora o alto comando hospitalar controle o dinheiro e as instalações, equipamentos e serviços hospitalares, eles não concentram todo o poder dentro da organização: os médicos também apresentam algum controle sobre o dinheiro quando decidem pelo tratamento a ser ministrado – técnica, medicamentos a serem utilizados, necessidade ou não de internação.

Os funcionários também são considerados por Schulz (1976) como instância de poder, relacionado à disponibilidade de mão-de-obra, perícia - especialização e/ou controle da informação - e por sua atitude no cuidado aos pacientes; ainda, via sanções, ou ameaças em negociações coletivas. Esses poderes dos funcionários, paralelos ao poder do alto comando hospitalar, podem configurar a existência da estrutura informal dentro dos hospitais, conforme considerado por Mintzberg (1995) e por Vasconcellos (1986).

Para Marcondes (1980, p.39), o hospital é uma instituição que pode ser vista como composta por duas dimensões (FIG. 3): a médica, constituída pelos profissionais de medicina com a responsabilidade básica sobre o paciente, tendo como liderança um médico-chefe “(diretor médico, diretor clínico, ou outra denominação formal)”; e a dimensão hospitalar que dá apoio técnico às atividades médicas e aos aspectos físicos e materiais, indispensáveis ao processo de assistência ao paciente, liderada por um administrador “(diretor administrativo, gerente administrativo etc.)”.

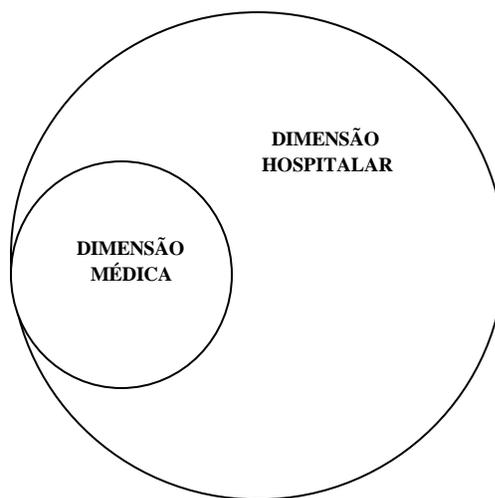


FIGURA 3 – As dimensões do hospital
Fonte: Marcondes, 1980, p.39)

Ainda, segundo Marcondes (1980, p.39), coordenando ambas as dimensões – médica e hospitalar – “existe usualmente um órgão colegiado (diretoria plena, diretoria executiva, mesa diretora, conselho de administração, dependendo da natureza do hospital) ou uma

superintendência (ocupada por um superintendente, diretor executivo, ou outro nome que se queira dar)”. Para esse autor, o tripé formado pelo médico-chefe, administrador e direção, constitui, portanto, a base do processo decisório, comum a todos os hospitais, embora reconheça que cada um tenha sua estrutura própria.

Para Marcondes (1980), as atividades da direção estão constantemente relacionadas com o ambiente externo da organização, logo, não são tão bem definidas quanto as atividades do médico-chefe e a do administrador e variam amplamente entre os hospitais. Geralmente, segundo o autor, as responsabilidades da direção estão mais associadas ao

estabelecimento de normas para o desempenho das atividades médico-administrativas, seleção dos médicos chefes e administradores e aprovação de novos membros do grupo médico, aquisição de equipamentos e material de auto custo”; e a “mediação das disputas entre os médicos e os demais profissionais (MARCONDES, 1980, p.40).

Quanto à relação da direção com o administrador, Marcondes (1980, p.40) entende que, “como no hospital a principal responsabilidade recai sobre problemas de vida ou morte”, a direção delega menos autoridade ao administrador, diferentemente do que ocorre na maioria de outros tipos de organizações. Dessa forma o administrador tem de recorrer de maneira mais freqüente à direção para suas tomadas de decisões, apesar de aquele ter uma importante função de ligação na estrutura global do hospital. A ele é atribuído o papel de “integração de várias atividades que dão suporte à efetivação do processo administrativo, ao mesmo tempo em que facilita a aplicação de tecnologia” (MARCONDES, 1980, p.40).

Já a relação dos médicos com a direção ela é um pouco diferenciada. De acordo com Marcondes (1980), embora seja de competência da diretoria, o estabelecimento de políticas que envolvem determinar a orientação dos padrões de atendimento, os médicos exercem uma influência fundamental em sua definição. Sendo o administrador uma figura atuante neste processo, e a sua posição sendo também executiva, torna-se o processo decisório complexo, com ocorrência de barganha entre médicos e administradores no tocante às instalações, equipamentos e recursos.

Para o autor

entre o administrador e o grupo médico existe o mais importante confronto de poder no ambiente. Os médicos possuindo o domínio da tecnologia e o poder para decidir sobre o processo da recuperação do paciente concentram grande fonte de poder. O administrador por sua vez, precisando efetivar a coordenação das atividades para racionalizar a utilização dos recursos disponíveis, adquire também uma fonte de poder, pela distribuição destes recursos. Surgem daí duas sub-estruturas diferenciadas, onde o problema de integrá-las constitui um desafio constante à direção do hospital (MARCONDES, 1980, p. 41)

Da mesma forma que Schulz (1976), Gonçalves (1983) entende que, dentro do sistema hospitalar, integram-se vários subsistemas - podendo variar em número, complexidade e abrangência, dependendo do tipo e das finalidades do hospital - para que sejam atingidos os objetivos finais do sistema, atuando tanto na atenção direta aos pacientes - atividades-fim, funções técnicas - quanto na atenção indireta ao paciente - atividades-meio, funções administrativas.

Exercendo a função técnica encontram-se, dependendo da complexidade do sistema hospitalar: o corpo clínico com suas diferentes especialidades, a enfermagem, o serviço social médico, a nutrição e dietética, a farmácia, o serviço de arquivo médico e estatística, a fisioterapia, a psicologia, os serviços auxiliares de diagnóstico e o tratamento (radiologia, laboratório etc.). Exercendo a função administrativa tem-se: contabilidade, pessoal, almoxarifado, lavanderia, manutenção, limpeza etc.. É importante salientar que, dependendo do tipo do hospital e da forma de atendimento a ser prestado, o enquadramento destas funções poderá ser feito como atenção direta ou indireta (GONÇALVES, 1983). Segundo este autor,

as funções técnicas típicas são habitualmente desempenhadas pela categorias menos graduadas hierarquicamente, que seguem uma disciplina científica, porém, a medida que se sob na hierarquia da unidade, a função técnica começa a tomar pouco a pouco tonalidades administrativas (GONÇALVES, 1983, p.22).

Afirmado que cada autor exhibe um organograma diferente da organização hospitalar, em função das diversidades de complexidades hospitalares, Gonçalves (1983) considera, segundo ele de maneira simplista, que genericamente encontramos no hospital a seguinte departamentalização: o conselho diretivo, formado por autoridades superiores, representa o hospital junto à sociedade e é o responsável para que a instituição proporcione o maior rendimento científico e social à comunidade que serve; a direção, responsável pelo bom andamento de todas as atividades técnicas ou administrativas de um hospital, pois a ele foram delegadas as atividades executivas pelas autoridades superiores da instituição; o corpo clínico, que representa o conjunto de profissionais de medicina que realiza a atenção médica no hospital; os serviços de apoio clínico, que são serviços que servem para auxiliar o clínico no seu trabalho hospitalar e que só atuam a partir de sua solicitação; serviços técnicos, que são serviços compostos de profissionais para-médicos e que desempenham diferentes atividades diretamente ao paciente como apoio para as atividades-fim e, finalmente, os serviços de apoio administrativo, que vão fornecer ao nível técnico o ingresso do material, energia e informação para que as atividades finais da instituição possam ser realizadas. Devem desenvolver de maneira intensa as funções de planejamento e controle.

Gonçalves (1983, p.43) destaca dentro da organização hospitalar o serviço de enfermagem, “que congrega um número muito grande de profissionais e se faz presente em praticamente todo o hospital em todos os seus turnos de funcionamento”. Por esse motivo, para Marcondes (1980, p.42) a enfermagem constitui-se como o grupo mais significativo da dimensão hospitalar, sendo “a tradicional auxiliar do médico, daí a sua importância na obtenção de altos padrões de qualidade nos cuidados do paciente”.

Segundo Gonçalves (1983), o hospital é uma organização humanitária, sendo até certo ponto burocrática, com regras e regulamentos para controle do comportamento e trabalho de seus membros, e autoritária, com ênfase nos mecanismos e organização formal de procedimentos. Ainda, existe no hospital

uma extensa divisão de trabalho especializado que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, semi-profissionais e não profissionais, para dar a pacientes individuais serviço personalizado; tendo para tanto necessidade de coordenação adequada [...] que não pode se ater aos mecanismos padrões, em função do fluxo de trabalho muito variável e irregular que existe nessa organização” (GONÇALVES, 1983, p.24).

Ainda, segundo Gonçalves (1983, p.25), apesar da necessidade de existência de regulamentações por meios de normas e procedimentos e de uma coordenação adequada de habilidades, tarefas e atividades das diversas especialidades que, juntas, possibilitam o alcance dos objetivos organizacionais, “o hospital depende de igual dose de motivação e de ajustes informais e voluntários de seus membros para obter boa coordenação”.

No entendimento desse autor, o autoritarismo nos hospitais deve existir em certa dose por suas próprias características:

quando a vida humana está em jogo, deve-se ter pouca tolerância para erros e negligências, os quais podem ser prevenidos por regras formais e disciplina e, pensando em eficiência máxima, na ausência de um fluxo contínuo de trabalho mecânico, passam a ser necessários mecanismos de controles mais rígidos, uniformidade, limite de segurança, verificação de desempenho (GONÇALVES, 1983, p.24).

Dessa forma, de acordo com Gonçalves (1983), as linhas de autoridade e responsabilidade dentro dos hospitais devem ser claramente definidas, com sua aceitação assegurada e a disciplina mantida. No entanto, esse autor reconhece que, no hospital, a autoridade não emana de uma única linha de poder, como em muitas organizações formais, o que pode levar a problemas administrativos, operacionais e psicológicos, acarretando dificuldades para a coordenação “devido às autoridades legal e profissional serem diferentes” (GONÇALVES, 1983, p.26).

Este autor considera, ainda, que nos hospitais, têm-se quatro centros de poder: a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, entre os quais se

destaca a enfermagem. Sendo que, a organização formal do hospital mostra que a direção superior tem toda a autoridade e a responsabilidade pela instituição, delegando a um administrador a gerência do dia-a-dia do hospital, que, por sua vez, delega às chefias dos serviços sua autoridade de comando; o corpo clínico pode ou não estar sob o comando do diretor e/ou administrador, dependendo do tipo de hospital; e os médicos exercem substancial influência em todas os níveis organizacionais, com grande autonomia para o exercício de seu trabalho e autoridade sobre outros na organização.

Para Mintzberg (1995), a estrutura das organizações hospitalares é essencialmente burocrática, classificada como burocracia profissional e atuando em um ambiente complexo e estável. Suas principais características são: quanto à complexidade, há a existência de muita especialização horizontal e vertical originada de um núcleo operacional composto por médicos com diversas especialidades, equipe de enfermagem e paramédicos com formações distintas; o agrupamento é normalmente do tipo funcional, com o tamanho das unidades normalmente grande nas bases e pequeno nas demais.

Quanto à formalização nos hospitais, há pouca padronização dos processos de trabalho, que, segundo Mintzberg (1995), são muito complexos. A padronização das atividades é uma consequência da padronização da habilidade do profissional, obtida por meio de treinamentos e de doutrinação, o que confere grande autonomia individual ao profissional. Portanto, a padronização nas unidades hospitalares tem origem externa à sua estrutura.

As características da centralização das unidades hospitalares giram em torno de seu núcleo operacional. Enfatiza-se a autoridade de natureza profissional, poder de perícia. Dessa forma, há a presença de descentralização horizontal e vertical, com controle pelos pares, com muito ajuste mútuo e comunicação informal. Grande parte do poder sobre o trabalho operacional fica na base da estrutura, com os profissionais do núcleo operacional não somente controlando seu próprio trabalho, mas também buscando o controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam (MINTZBERG, 1995).

Segundo Mintzberg (1995), freqüentemente ocorrem na burocracia do tipo profissional hierarquias administrativas paralelas: uma hierarquia democrática de baixo para cima para os profissionais – vinculada ao poder de perícia –, e uma segunda, burocraticamente mecanizada de cima para baixo, para assessoria e apoio.

Tendo uma visão, muitas vezes semelhante aos autores já citados nesse item, Cecílio (1997a, p.37), entende que o hospital é a mais complexa das organizações de saúde, estando nele fortemente presentes duas antinomias:

o auto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular os médicos, versus a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo; [e, guardando uma relação íntima com a primeira,] a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização versus o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação.

Portanto, seguindo um caminho diferente “dos clássicos modelos de administração vertical, com linhas hierárquicas de mando muito bem definidas, no velho esquema fayolista ou, na melhor das hipóteses, na burocracia como tipo ideal weberiano” Cecílio (1999, p.317), tem experimentado, em instituições hospitalares públicas, a implantação de estruturas organizacionais com modelos de gestão mais democrático e participativo, que podem resultar em acentuado processo de distribuição de poder no interior das organizações hospitalares,

em princípio, facilitadoras da comunicação entre as várias categorias profissionais, entre as várias unidades de trabalho e entre as direções superiores e intermediárias e as “bases” (destaque no original), visando à criação de um clima organizacional mais solidário e profissional no intuito de, em última instância, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários (CECÍLIO, 1997a, p.38).

Denominado esses modelos mais democráticos e participativos como “modelos gerenciais alternativos”, Cecílio (1997a, p.39) sintetiza os seus delineamentos gerais:

- a) um verdadeiro “desmonte” [destaque no original] dos organogramas tradicionais, com a quebra das linhas de mando hierárquicas centradas nos corpos funcionais (direção clínica, de enfermagem e administrativa);
- b) ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho;
- c) comando único das unidades de trabalho por gerentes profissionalizados, com o papel central de ser uma espécie de “animador” [destaque no original] da equipe ou um articulador dos vários saberes voltados para a obtenção de produtos de qualidade. Por exemplo, um ato cirúrgico é um produto, fruto de articulação de vários saberes e práticas, que para ser produzido consome produtos que são produzidos por outras unidades de trabalho (roupa limpa, medicamentos, refeições e assim por diante);
- d) gestão colegiada do hospital, com a participação dos gerentes de todas as unidades de trabalho, sejam elas assistenciais ou de apoio;
- e) gestão participativa nas unidades;
- f) ênfase na satisfação dos clientes, tanto internos quanto externos, e avaliação regular da qualidade dos produtos oferecidos e da satisfação dos usuários; pagamento de gratificação por desempenho;
- g) ênfase no intenso processo de “comunicação lateral” (intergerentes) como a melhor e mais rápida forma de resolver os problemas do cotidiano. Em outras palavras, “limpar” a agenda da direção superior de problemas que podem ser resolvidos na base da organização [destaques no original].

Ainda, segundo Cecílio (1997a), algumas dificuldades têm sido encontradas para a implementação desses modelos, dentre elas, especialmente: a resistência das corporações mais importantes (os médicos e as enfermeiras) às modificações propostas, resistências essas diretamente proporcional à *estrutura* previamente existente; à profissionalização dos gerentes, o que exige preparo, *vocação* e disponibilidade de tempo. Esta última exigência esbarra principalmente na compatibilidade entre a essência do trabalho dos médicos, que é a assistência, e as demandas das funções gerenciais, além das características de sua própria

formação (destaques no original). Além dessas dificuldades para implantação do modelo, o autor acrescenta: a demanda de tempo e investimento na capacitação gerencial - que deve ser desenvolvida em serviço e, no aprimoramento - não obrigatoriamente a informatização -, do sistema de informações; e a necessidade de criação de um grupo, formado em geral por ex-diretores (médico, administrativo e de enfermagem), devendo funcionar na linha de apoio estratégico à implementação do novo modelo de gestão. Aqui, a dificuldade reside na necessidade dos antigos diretores

desvestirem [destaque no original] suas camisas em vez de adotarem uma nova função que seja menos de tutela e mais de apoio e acompanhamento à consolidação das gerências das unidades, de estímulo à comunicação lateral e de desenvolvimento de uma maior grau de autonomia dos gerentes (CECÍLIO, 1997a, p.42).

Este autor ressalta que as duas primeiras dificuldades são mais específicas da área assistencial e as demais, a todas as áreas.

Como visto, os autores mencionados citam as especificidades próprias de cada instituição de suas estruturas, portanto, recorrendo a Gonçalves (1983, p.49), pode-se concluir que

não há uma resposta mágica que defina a estrutura de inter-relacionamento mais correta para aqueles que trabalham nos hospitais. O importante é se encontrar uma combinação na qual os elementos organizacionais tenham uma chance ótima de gerência eficiente, sensibilidade para as necessidades e opiniões dos vários grupos operacionais que trabalham na instituição.

Ou seja, deve-se buscar uma estrutura organizacional que seja compatível com a realidade e especificidade de cada organização hospitalar, de modo a contribuir para uma maior eficiência na prestação dos serviços:

na realidade cada instituição tem suas características próprias, pois os indivíduos e os grupos são diferentes de uma ambiente para outro, mesmo quando se consideram profissionais da mesma especialidade. Desta forma, cada hospital desenvolve e cultiva sua *cultura* interna própria [destaque no original], diferenciando-se razoavelmente dos demais (MARCONDES, 1980).

Nesse ponto, após a discussão sobre os aspectos organizativos e estruturais das organizações de um modo geral e das instituições hospitalares de modo específico, pode-se partir para a discussão empírica do caso em questão. Assim, na seqüência deste trabalho, no capítulo sobre metodologia, será apresentada a estrutura organizacional do hospital estudado, que se enquadra bem nos modelos experimentados por Cecílio (1997a), e apresentados neste item.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Demarcando o tipo de pesquisa

Este trabalho foi realizado por meio de um estudo de caso no HC/UFMG, de caráter descritivo – apoiado, como recomenda Bruyne e Schoutheete (1977, p.227), em conceitos e hipóteses, “guiados por um esquema teórico que serve de princípio diretor para a coleta dos dados” - e utilizando como estratégia a abordagem qualitativa, e teve como unidade de análise a estrutura organizacional e o grupo de trabalho de humanização, deste hospital.

A pesquisa foi descritiva, pois, como o próprio nome sugere, pretendeu-se descrever as principais características da estrutura organizacional e a constituição, atuação e resultados alcançados pelo GTH do hospital pesquisado, bem como verificar a compatibilidade existente entre ambos. É qualitativa, uma vez que se pretendeu caracterizar a realidade organizacional a partir, principalmente, da percepção e compreensão dos entrevistados (MATTAR, 1999; VERGARA, 2000).

Optou-se pelo estudo de caso por ser um método que permite responder perguntas do tipo como e por que, possibilitando caracterizar um fenômeno contemporâneo a partir de seu contexto e utilizando-se de técnicas de coletas variadas, como neste caso: entrevistas, documentos e observação (YIN, 2001; BRUYNE e SCHOUTHEETE, 1977). Esta pesquisa teve como referência o Programa / Política Nacional de Humanização, que estabelece, dentre outras questões, diretrizes para revitalização da humanização da assistência hospitalar, respeitando as especificidades da instituição. Este fato, além de reforçar a identificação do método como favorável, evidencia a sua limitação, no que tange as restrições de se generalizar para outros casos a validade de suas conclusões (BRUYNE e SCHOUTHEETE, 1977).

A escolha do caso, feita de maneira intencional, partiu da premissa de que era imprescindível que o hospital escolhido participasse do PNHAH e possuísse o GTH constituído. A opção por Belo Horizonte se justificou pela representatividade desses dentro do Sistema de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, servindo, inclusive, como referência para hospitais de outras cidades do interior do estado. Outro fator considerado foi a questão da acessibilidade, em função do tempo disponível para a realização da pesquisa e dos recursos financeiros disponíveis (VERGARA, 2000).

Também pesou, para a opção pelo hospital escolhido, o fato de ele desempenhar um papel fundamental na formação dos profissionais de saúde. As aulas práticas e os estágios do curso de medicina e outros da UFMG são realizados nesse hospital, além dele apresentar, também, Programa de Residência Médica. Dessa forma, entendia-se que tais condições contribuiriam para maior disseminação da filosofia do PNHAH.

Um fator que também pesou para a definição do HC/UFMG, sem riscos de comprometer a validade desta pesquisa, foi o fato de ele se enquadrar bem ao pré-requisito inicial deste projeto - ter um GTH atuante - com o detalhe de ter uma coordenadora exclusiva para dedicação ao mesmo; conhecer de antemão a complexidade desse hospital; e saber, pelas observações colhidas durante os Encontros de Capacitação dos Hospitais promovidos pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, ser o HC / UFMG um hospital referência no que diz respeito aos avanços obtidos na condução do PNHAH.

3.2 A operacionalização da pesquisa

Após a escolha e definição do HC/UFMG como local para a realização da pesquisa, um ponto que merece destaque e que demandou tempo de negociação foi a obtenção de autorização para a sua realização. Por definição da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, toda pesquisa realizada em hospitais tem que ter os projetos previamente submetidos à Comissão de Ética desse hospital. Sendo assim, o primeiro contato oficial com o HC / UFMG foi realizado no dia 28 de agosto de 2003 (APÊNDICE A), sendo a autorização para a realização e início da pesquisa obtida somente em 23 de outubro (ANEXO B), depois de todo o trâmite interno no hospital, providenciado pela sua Diretoria de Ensino e Pesquisa. Essa demora inicial para autorização da pesquisa foi posteriormente compensada pela facilidade de acesso aos entrevistados, que, sabendo da autorização concedida pela Comissão de Ética, foram abertos e acessíveis para o agendamento das entrevistas.

Após a obtenção da autorização para a realização desta pesquisa, o primeiro contato foi com a Assessoria de Planejamento do Hospital a fim de se obterem as primeiras informações a respeito da estrutura organizacional do hospital, bem como para se ter a relação dos nomes de sua diretoria e gerentes. Um outro contato realizado inicialmente foi com a coordenadora

do GTH do HC/UFMG - denominado de Comissão de Humanização -, também para coletar as primeiras informações a respeito do mesmo e a relação dos seus componentes⁵¹.

A partir desses primeiros contatos iniciou-se a pesquisa de campo propriamente dita, que foi realizada, no ambiente de trabalho dos entrevistados, no período entre 19/11/2003 a 22/01/2004.

As entrevistas foram realizadas com diretores, gerentes e membros do GTH, além de com outros funcionários da instituição: três assessores de planejamento; uma coordenadora de uma das unidades funcionais⁵² e o Responsável Técnico - RT - da Enfermagem. A escolha dos diretores e gerentes se justificou por serem as pessoas diretamente responsáveis pelos processos de tomada de decisões organizacional; os membros da Comissão de Humanização, pela responsabilidade na condução do Programa / Política Nacional de Humanização no hospital; os assessores de planejamento foram incluídos por ter sido identificado durante as entrevistas, que a Assessoria de Planejamento do HC / UFMG tem um papel-chave nos processos de organização e de tomada de decisões organizacional; a coordenadora da unidade funcional, pela dificuldade de agendar horário diretamente com a sua gerente e, finalmente, o RT, por compor o quadro geral da diretoria, representando um dos grupos hegemônicos, do HC/UFMG.

Ao todo, como pode ser melhor visualizado no TABELA 1, foram realizadas vinte e duas entrevistas, sendo quatro, com os diretores do hospital; três com assessores de planejamento; dez com gerentes das unidades funcionais; uma com uma coordenadora de unidade funcional; uma com o RT da Enfermagem e três com membros da Comissão de Humanização, sendo uma delas com a sua coordenadora. Dos entrevistados, todos têm mais de cinco anos de serviços prestados no hospital e, à exceção de um deles que iniciou o curso superior e parou, todos são profissionais de nível superior. Os entrevistados foram identificados nos relatos, utilizando-se a codificação de E1 a E22, sem especificação da categoria, a fim de se evitar a identificação dos mesmos.

⁵¹ A partir desse ponto, o termo Grupo de Trabalho de Humanização será utilizado nesta pesquisa toda vez que envolver uma referência genérica; e, o termo Comissão de Humanização quando se tratar especificamente da situação do HC/UFMG.

⁵² Denominação que se dá às unidades administrativas e/ou assistenciais encarregadas de operacionalizar as atividades do HC/UFMG.

TABELA 1
Quantitativo de Entrevistas Realizadas

ENTREVISTADOS POR CATEGORIA		
Quantidade de Entrevistados	Categoria	Total no Hospital
04	Diretores	04
03	Assessores de Planejamento	08
10	Gerentes Unidades Funcionais	24
01	Responsável Técnico Enfermagem	01
03	Membros Comissão de Humanização	09
TOTAL = 21(*)		

Fonte: elaborado pela autora da dissertação

Nota: (*) além de uma coordenadora de uma das unidades funcionais

Conforme Selltiz *et al* (1965), desde que se use de discernimento e de uma estratégia adequada, podem-se escolher com bom senso os casos a serem incluídos na amostra. Portanto, para a escolha das unidades funcionais que iriam participar desta pesquisa (QUADRO 7) utilizou-se o critério de acessibilidade aos entrevistados e o critério de intencionalidade, aproveitando a experiência profissional da pesquisadora, tomando-se o cuidado de incluir na amostra unidades funcionais pertencentes às áreas administrativa, assistencial e de apoio, abrangendo, tanto unidades que já tivessem assinado o Contrato de Gestão⁵³ com a direção do hospital, quanto unidades que ainda não o tivessem feito e, também, lançou-se mão de indicações de alguns entrevistados.

⁵³ Vide item 4.1.1

QUADRO 7

Unidades Funcionais do HC/UFGM Incluídas na Pesquisa

UNIDADE FUNCIONAL	ÁREA	SITUAÇÃO CONTRATO
Ambulatório Bias Fortes e Borges da Costa	Assistencial	Assinou (*)
Centro Cirúrgico	Assistencial	Não Assinou
Clínica Cirúrgica I	Assistencial	Assinou
Clínica Médica	Assistencial	Não Assinou
Convênios e Particulares	Administrativa	Assinou
Informação e Documentação	Administrativa	Não Assinou
Patologia e Medicina Laboratorial	Apoio	Assinou
Pediatria	Assistencial	Assinou
Processamento de Roupas/Esterilização de Materiais	Apoio	Assinou
Recursos Humanos	Administrativa	Assinou
Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde	Assistencial	Assinou

Fonte: elaborado pela autora da dissertação

Nota: (*) Depois da realização da entrevista

Dessa forma, por exemplo, a Unidade Funcional Recursos Humanos – área administrativa - foi escolhida em função da sua importância na gestão de pessoal e, conseqüentemente, nos processos de satisfação dos funcionários, um dos pilares de intervenção do Programa / Política Nacional de Humanização; a Unidade Funcional Processamento de Roupas e Esterilização de Materiais – área de apoio - foi selecionada por normalmente não ocupar, em muitos hospitais, espaço de relevância na participação dos processos de tomada de decisões, embora tenha um papel preponderante na atividade assistencial. A Unidade Funcional Pediatria – área assistencial – por ter sido citada por vários entrevistados, inclusive os membros da Comissão de Humanização, como uma unidade referência dentro das ações humanizadoras do hospital e foi citada ainda, em momentos distintos, também por pessoas externas ao HC/UFGM⁵⁴.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizadas como instrumentos para coleta dos dados entrevistas semi-estruturadas, orientadas por um roteiro específico para cada categoria dos entrevistados - diretores (APÊNDICE B); gerentes (APÊNDICE C) membros GTH (APÊNDICE D) - contendo perguntas-chave, documentos e a observação (VERGARA, 2000; YIN, 2001).

⁵⁴ Dentro dessa lógica, uma unidade que deveria ter sido incluída nesta pesquisa, por motivos quase que opostos aos da Pediatria, e não foi, pelo menos diretamente, é a Unidade de Pronto Atendimento, por dificuldade de se agendar um horário com a sua gerência. Essa não inclusão pode ter sido, de certa forma, compensada, uma vez que a assessora de planejamento, referência dessa unidade, foi entrevistada, chegando, em alguns momentos, a falar da dinâmica da Unidade. Aqui deve ser dito que essa posição quase oposta à Pediatria no tocante às ações humanizadoras se justifica em grande parte, como poderá ser visto na apresentação dos resultados desta pesquisa, pelas características de seus serviços.

O roteiro para a realização das entrevistas semi-estruturadas foi organizado tendo como base os objetivos que se pretendia alcançar, sustentado, principalmente, pelo esquema teórico utilizado neste trabalho e, também, por dissertações e teses que tiveram como objeto de estudo a estrutura organizacional de empresas, como pode ser observado no QUADRO 8, a seguir:

QUADRO 8

Esquema para Elaboração dos Roteiros das Entrevistas

Objetivos Específicos	Variáveis de Análise	Embasamento Teórico
Avaliar a estrutura organizacional do hospital pesquisado antes (formal) e depois da atuação do Grupo de Trabalho de Humanização, identificando se houve modificações	<i>Formas organizacionais</i>	Weber (ed. 1982); Chandler (1976); Vasconcellos (1986); Mintzberg (1995); Nadler (1994); Wood Jr. (2001).
	<i>Complexidade:</i> serviços prestados, diversidade de especialidades e constituição do quadro de pessoal	Lawrence e Lorsch (1973); Hall (1984).
	<i>Formalização:</i> presença de normas e procedimentos, fluxo da comunicação e presença de treinamento	Weber (ed. 1982); Pugh <i>et al</i> (1963); Hall (1984); Mintzberg (1995).
	<i>Centralização:</i> concentração do poder, participação dos funcionários nos processos de tomada de decisão, autonomia da direção e gerências e formas de controle	Weber (ed. 1982); Pugh <i>et al</i> (1963); Hall (1984); Mintzberg (1995).
Identificar a constituição, atribuições e atuação do Grupo de Trabalho de Humanização, no hospital pesquisado, bem como as ações implementadas e os resultados alcançados pelo mesmo na condução do PNHAH	<i>Estruturas Hospitalares:</i>	Schulz (1976); Marcondes (1980); Gonçalves (1983); Mirshawka (1994); Mintzberg (1995); Cecílio (1997a; 1999); Dalfior (2002).
	Constituição do GTH; atuação e resultados alcançados.	Programa / Política Nacional de Humanização.
	-	Programa / Política Nacional de Humanização
Identificar a forma de participação e envolvimento da diretoria e das gerências da instituição hospitalar, na condução do PNHAH	-	Programa / Política Nacional de Humanização
Verificar a compatibilidade entre a atuação do GTH e a estrutura organizacional da unidade hospitalar, na condução do PNHAH	-	Programa / Política Nacional de Humanização e a estrutura organizacional do HC / UFMG

Fonte: elaborado pela autora da dissertação

A investigação documental foi realizada por meio da utilização de documentos internos do hospital - da diretoria e da Comissão de Humanização – tendo como objetivos principais o levantamento histórico das informações colhidas e de aspectos conceituais, bem como a identificação da estrutura formal do hospital, sendo: organograma do hospital, relatórios elaborados pela Comissão de Humanização, Projeto para Implantação de um Novo Modelo de Gestão no HC / UFMG, Proposta de Estrutura Gerencial para o Hospital as Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais entre outros relatórios do hospital.

Como estratégia complementar, realizou-se, ainda, a observação simples durante as entrevistas realizadas no ambiente de trabalho dos entrevistados e onde se pôde observar, em alguns momentos, a dinâmica das unidades e o comportamento dos gerentes durante a entrevista. Também, por meio de visita técnica realizada a todo o complexo hospitalar, podendo-se verificar sua organização, extensão física e detalhes de seu cotidiano.

Na seqüência deste trabalho, são apresentados os resultados e a análise dos dados coletados na fase de operacionalização desta pesquisa.

4 RESULTADOS DA PESQUISA⁵⁵

À luz das informações coletadas e sendo o objetivo principal desta pesquisa verificar como se dá a compatibilidade entre a estrutura organizacional do hospital pesquisado e a proposta de institucionalização de um GTH para a condução da Proposta do Governo Federal para uma Assistência Humanizada, este item foi desenvolvido apresentando-se, inicialmente, o hospital pesquisado, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Destacou-se a formatação de sua estrutura organizacional no seu aspecto formal estabelecido por normas, regimentos e organogramas, planejados e programados em consonância com a expectativa da organização. Observou-se também seu aspecto informal, que é aquele que surge do exercício da organização formal, a partir da interação dos indivíduos. Na seqüência destacam-se os aspectos específicos da estrutura organizacional do hospital pesquisado, a saber: complexidade, formalização e centralização.

Posteriormente, é descrita a experiência do HC/UFMG na condução da Política Nacional de Humanização, apresentando o seu GTH - Comissão de Humanização - fazendo-se um relato de sua origem, atual constituição, atuação e resultados alcançados no hospital. Foram destacados, a participação e o envolvimento da direção e dos gerentes das unidades funcionais na condução do Programa / Política Nacional de Humanização.

4.1 O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG

Órgão especial da Universidade Federal de Minas Gerais, a partir do ano de 2004⁵⁶, vinculado diretamente à Reitoria, o HC/UFMG foi inaugurado em 21 de agosto de 1928, a partir do agrupamento de algumas clínicas – daí a origem de seu nome - que foram surgindo ao redor da Faculdade de Medicina, tendo como edifício central o Hospital São Vicente, pertencente a uma ordem religiosa. Efetivamente, passou a se chamar Hospital das Clínicas a partir de 1955.

⁵⁵ A elaboração deste item e dos seguintes teve por base o Projeto para Implantação de um Novo Modelo de Gestão no HC / UFMG, a Proposta de Estrutura Gerencial para o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, o Papel e Atribuições dos Colegiados, organograma do hospital, *site* do HC/UFMG e relatos.

⁵⁶ Conforme Resolução Complementar n. 01/04, de 29 de janeiro de 2004. Até 1976, o HC era vinculado à Faculdade de Medicina e, até o final de 2003, era um órgão suplementar da UFMG.

O HC/UFMG é um complexo hospitalar composto pelos seguintes hospitais e ambulatórios: o Hospital São Vicente de Paulo - sede da administração geral -, com onze andares, destinado às internações; Hospital Borges da Costa; Hospital Carlos Chagas; Hospital São Geraldo, que conta também com unidade de internação e bloco cirúrgico próprios; Ambulatório Prof. Oswaldo Costa; Ambulatório Bias Fortes e Ambulatório São Vicente.

Tem como missão “desenvolver com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável o ensino, a pesquisa e a extensão, incluindo a assistência à comunidade, na área da saúde” (Regulamento interno do HC/UFMG).

O HC/UFMG é um hospital geral, público e universitário inserido no Sistema Único de Saúde. Realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência no campo de ensino dos cursos de: medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e fonoaudiologia. Constitui-se como referência no Sistema Municipal e Estadual de Saúde, tendo como público-alvo principal do SUS, que representam 85% de sua clientela, e pacientes particulares e conveniados, representando 15% da clientela. Cerca de 40% do total dos pacientes são oriundos do interior do estado de Minas Gerais e, no caso específico de atendimento ambulatorial, todo ele é destinado a pacientes do SUS.

4.1.1 A Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas

A estrutura organizacional do HC/UFMG é distribuída, desde 1999, em cinco níveis⁵⁷ hierárquicos de autoridade, conforme ANEXO C. No primeiro nível de autoridade (topo da estrutura) tem-se um conselho diretor - órgão de caráter deliberativo superior do HC/UFMG, ao qual incube definir a política geral da unidade nos planos acadêmicos, assistencial e administrativo - presidido pelo diretor geral do HC/UFMG -, com voto comum e de qualidade. É também integrado pelo vice-diretor, diretor de ensino, pesquisa e extensão e vice-diretor técnico de enfermagem do HC/UFMG; pelo diretor, vice-diretor e chefes de departamentos das Faculdades de Medicina e Enfermagem; pelos chefes dos departamentos de fisioterapia e terapia ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; pelo chefe de departamento de psicologia da Faculdades de Filosofia e Ciências

⁵⁷ São consideradas como um dos níveis as duas vice-diretorias definidas pelo atual regimento do HC/UFMG.

Humanas; por um representante das Faculdades de Odontologia e Farmácia; pelos coordenadores das comissões de residência médica e de estágios do HC/UFMG; por um representante do colegiado gestor das unidades funcionais do HC/UFMG; por um representante do conselho municipal de saúde; pela representação do corpo docente das unidades acadêmicas que integram o conselho diretor e por representantes dos serviços técnicos e administrativos do HC/UFMG.

No nível imediato, vem a diretoria geral⁵⁸, com suas assessorias e as comissões e, na seqüência hierárquica, três diretorias: diretoria técnica; diretoria de ensino, pesquisa e extensão; e diretoria administrativa. Subordinado à diretoria técnica tem-se a vice-diretoria técnica de enfermagem, coordenadorias profissionais e os serviços especiais de diagnóstico e tratamento; e, subordinada a diretoria administrativa, a vice-diretoria de recursos humanos.

No quinto nível, ligado às diversas diretorias, têm-se 24 unidades funcionais responsáveis em conjunto com a direção, pelo processo de planejamento e gestão do HC/UFMG, incluindo a captação e alocação de recursos, bem como a definição de prioridades, elaboração de indicadores e definição de metas assistenciais, financeiras, de ensino, pesquisa e extensão, de forma a responder aos desafios da missão do HC/UFMG.

Compõem ainda a estrutura organizacional do HC/UFMG:

- um colegiado gestor das unidades funcionais, subordinado diretamente à diretoria geral;
- colegiados internos, ligados às unidades funcionais (cada unidade funcional dispõe de seu próprio colegiado);
- assessorias – planejamento, comunicação e jurídica - e Comissões (ANEXO D)

O colegiado gestor das unidades funcionais é órgão consultivo, presidido pelo diretor geral e integrado pelos demais membros da diretoria - incluindo-se a assessoria de planejamento – e pelos gerentes das unidades funcionais. Ao colegiado gestor compete, juntamente com a diretoria do HC/UFMG, coordenar e acompanhar o funcionamento das unidades funcionais, compatibilizando-as com as metas e objetivos gerais do hospital. O objetivo é que no colegiado gestor ocorra também a pactuação entre as diversas unidades funcionais visando o cumprimento da missão da Instituição sob a ótica da assistência, do ensino e da pesquisa. Participa, também, do colegiado gestor, sem direito a voto, a coordenadora da comissão de humanização do HC/UFMG.

⁵⁸ Vale destacar que a diretoria geral e vice-diretoria do HC/UFMG são nomeadas pelo reitor da UFMG, que os escolherá de lista tríplice de docentes médicos lotados na Faculdade de Medicina, organizada em ambos os casos, pelo conselho diretor deste Hospital, por meio de processo de eleição.

Essa gestão colegiada tem por objetivo promover a participação e a democratização das decisões organizacionais, contemplando as representações ou setores que participam efetivamente dos diversos processos produtivos, ou seja, trazer para mais próximo da execução o processo de tomada de decisões.

Dessa forma, pretende-se descentralizar para as unidades funcionais as funções de gestão de recursos humanos, orçamento, investimentos e planejamento hospitalar; qualificar o atendimento prestado no HC/UFMG, possibilitando que todos se responsabilizem pela melhoria do desempenho dos serviços, na perspectiva de uma assistência/ensino/pesquisa de qualidade

transformar a organização interna do Hospital em todos os seus aspectos, com destaque para a distribuição de responsabilidades, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se da execução” (Projeto ..., p. 4).

Essa lógica gerencial⁵⁹ centrada nas unidades funcionais é considerada como ponto estratégico na atual estrutura organizacional do HC/UFMG. Ela foi constituída a partir da agregação dos serviços/setores afins existentes na estrutura organizacional anterior, tendo como fator norteador a integralidade em uma determinada linha do cuidado. Foi resultado de um longo processo de discussões internas ocorridas ao longo da década de 90⁶⁰, e que teve como momento fundamental o 3º. Seminário, realizado no período de 23 a 27 de novembro de 1998. Foi nesse seminário que se apontou para a necessidade de adequação da estrutura organizativa e gerencial do HC/UFMG, compatível com as novas demandas do seu ambiente interno e externo:

“O projeto das unidades funcionais ele já vinha sendo elaborado há muito tempo aqui no hospital. Não no formato de unidade funcional. Mas como uma proposta de descentralização. Então houve um seminário. O terceiro seminário. Já tinha existido no hospital, anteriormente, em direções anteriores, uma proposta inicial de uma unidade gestora (unidade de produção) na pediatria” (Relato⁶¹)

⁵⁹ É importante salientar que esta lógica foi desenvolvida no HC/UFMG pelos seus profissionais a partir de suas próprias experiências e de experiências colhidas em outros hospitais universitários, principalmente os da UFPE e UNICAMP, além do Hospital da Santa Casa do Pará, Hospital Público de Volta Redonda (RJ) dentre outros. O HC/UFMG contou, ainda, com importante participação de profissionais do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCON / Faculdade de Medicina da UFMG e do Laboratório de Planejamento - Lapa / UNICAMP.

⁶⁰ Para um histórico das discussões vide CHERCHIGLIA, M. L. *O conceito de eficiência na reforma setorial do Estado Brasileiro nos anos 90: difusão e apreensão em um hospital público*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo.

⁶¹ A partir deste ponto o termo Relato será utilizado em substituição aos códigos de alguns dos entrevistados a fim de se evitar identificações futuras (Nota da autora da dissertação).

“E esse seminário então define uma certa insuficiência do modelo gerencial existente na época. E aponta para a reformulação de um novo modelo baseado num processo de descentralização administrativa gerencial. O formato que vai adquirir a proposta de descentralização é que se torna as unidades funcionais” (Relato).

Após esse seminário, ficou sob a responsabilidade da diretoria do HC/UFMG e de sua assessoria de planejamento a formatação de estratégias que viabilizassem o processo de implantação da descentralização da gestão. Como parte destas estratégias, elaborou-se uma proposta de agregação de alguns setores e serviços, já na lógica de unidades funcionais, que foi apresentada e discutida com os diversos atores interessados e envolvidos:

“você define um determinado percurso e começa a fazer metodologicamente a inclusão de novos atores. Quer dizer, a saída aqui da direção do projeto e ele começar a circular no cotidiano do hospital” (E6).

De acordo com o projeto de implantação, esse processo resultou em inúmeras reuniões no interior do Hospital, no período de abril a junho de 99, chegando-se a um consenso de como deveriam ser as agregações dos setores e serviços, definindo-se por 24 unidades funcionais (APÊNDICE E).

Uma estratégia importante adotada pela diretoria do HC/UFMG e sua assessoria de planejamento para a implementação do projeto das unidades funcionais foi o oferecimento de um curso para capacitação dos profissionais interessados em ocupar o cargo de gerente da unidade funcional⁶². Este curso, de 180 horas, envolvendo módulos teóricos e de exercícios práticos na própria unidade funcional, foi importante pois possibilitou o início da constituição dos colegiados internos e a elaboração do diagnóstico das unidades funcionais, pelos seus próprios funcionários. Além do mais, esse curso se constituiu em um fórum de discussão e reflexão entre as unidades funcionais sobre os seus processos de trabalhos, com todos os seus problemas e limitações, possibilitando aos participantes um maior conhecimento do HC/UFMG como um todo.

De acordo com o Projeto para Implantação de Um Novo Modelo de Gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, ser uma unidade funcional significa, além de possuir um colegiado interno, ter um contrato de gestão assinado com a direção do Hospital. Nesse contrato, a unidade funcional se compromete com a diretoria do HC/UFMG e com as demais unidades funcionais com as quais interage e se integra, a produzir, executar e

⁶² De acordo com os relatos dos entrevistados, a cada unidade funcional foi facultado apresentar até três candidatos à gerência para participar do curso, desde que estes tivessem curso superior e disponibilidade para trabalhar em horário integral.

zelar pela boa qualidade dos seus serviços e produtos. Implica ainda comprometer-se a orientar seu aperfeiçoamento operacional e a desenvolver seu controle gerencial por meio de plano de ação específico e do acompanhamento e mensuração mensal de indicadores gerais que avaliem o desempenho do hospital como um todo e de indicadores específicos relacionados diretamente as suas atividades características.

Em contrapartida, pelo contrato de gestão, a unidade funcional recebe um orçamento mensal do HC/UFGM e o apoio e a infra-estrutura necessários para o desenvolvimento de seu plano de ação; o pagamento de uma gratificação extensiva a todos os funcionários, proporcional ao cumprimento das metas estabelecidas com a diretoria e o pagamento mensal de uma gratificação⁶³ para os gerentes e coordenadores das unidades funcionais, para o exercício de suas funções.

Aos colegiados internos, formados pelos gerentes das unidades funcionais e por representações dos seus serviços/setores, compete coordenar e definir de forma coletiva, os objetivos, metas, indicadores e plano de trabalho da unidade funcional, possibilitando, assim, a pactuação e negociação dos recursos existentes e a definição de prioridades e investimentos.

Cada unidade funcional tem por característica “equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes ou com grande relação entre si, responsáveis por produtos que são consumidos por determinados usuários” (Proposta ..., p.1) e conta com uma estrutura gerencial própria definida pelo seu colegiado interno, de acordo com as suas próprias necessidades e especificidade. Sendo assim, é variado o número de serviços/setores existente nas unidades funcionais, como, também, pode ser observado no APÊNDICE E. Esta característica da estrutura organizacional do HC/UFGM pode ser definida, utilizando-se a tipologia de Hall (1984), como uma estrutura de variações intra-organizacional.

No geral, a estrutura gerencial das unidades funcionais tem um gerente e coordenadores para as áreas administrativas, de enfermagem e médicas e, ainda, uma secretaria administrativa. Das vinte e quatro unidades funcionais, dezesseis são subdivididas em setores, sendo que, em média, cada uma delas apresenta quatro setores. A unidade que tem mais setores, conta com dez; e as que têm menos (quatro), dispõem de dois setores. Oito unidades funcionais não apresentam divisão setorial.

⁶³ O pagamento da gratificação ainda está em discussão no conselho diretor, retardando, inclusive, a consolidação definitiva do Projeto das Unidades Funcionais no HC/UFGM. Embora favorável à gratificação, este conselho diretor está buscando um respaldo jurídico para o seu pagamento.

Na realidade, a efetivação das unidades funcionais, que teve início em julho de 1999, ainda está em processo final de implementação. Para que uma unidade funcional assine o seu contrato de gestão com a diretoria do Hospital, ou seja, esteja preparada para assumir um compromisso formal com a diretoria e com as demais unidades funcionais, tem que obedecer a uma série de etapas, que envolve a participação e discussão entre os integrantes dos diversos setores que a compõem⁶⁴. Como disse uma das pessoas entrevistadas, referindo-se ao processo de efetivação de sua unidade funcional:

“este período de gestação de unidade é muito maior do que o período que a gente tem de assinatura de contrato. A gestação de unidade funcional ela rola, ela vai há mais de 3 anos atrás. Então para a unidade para você fazer com que haja uma concatenação de setores que até então trabalhavam todos eles separadamente sejam todos eles englobados num único, numa única unidade foi um processo de gestação. Até que os próprios componentes da unidade conseguissem absorver esta filosofia nova de gestão administrativa, houve um período bem maior do que este um ano de assinatura de contrato. A assinatura de contrato é tão somente a formalização de algo que já foi gerido” (E12).

A série de etapas que envolve o processo de implementação de uma unidade funcional, de acordo com o Projeto de Implementação, tem como primeiro momento a manifestação formal por parte da unidade funcional⁶⁵ do seu interesse em se transformar em unidade funcional; posteriormente, devem elaborar o seu plano de trabalho, contendo:

1. “Definição da missão ou objetivos da UF.
2. Resultados e/ou produtos que se esperam para cumprimento dos objetivos da UF.
3. Diagnóstico dos recursos existentes na unidade (humanos, materiais, área física, equipamentos, etc.).
4. Elaboração do plano de ação da UF com a identificação das operações necessárias para o enfrentamento dos problemas encontrados.
5. Aperfeiçoamento e monitoramento das atividades vinculadas à apuração de custos e faturamento da Unidade.
6. Elaboração de indicadores que espelhe o conjunto das ações desenvolvidas nas áreas de ensino, pesquisa e assistência.
7. Definição do ponto de equilíbrio da Unidade.
8. Definição de metas para o próximo semestre/ano.
9. Planejamento e proposta do excedente gerado na Unidade.
10. Monitoramento do desempenho da Unidade” (Projeto ..., p.8)

⁶⁴ Até o mês de fevereiro de 2004, dezenove unidades funcionais havia assinado o contrato de gestão, tendo a primeira assinado em julho de 2001. Portanto, cinco unidades faltavam para assinar. A expectativa da direção do hospital é que até o mês de julho de 2004 todas as unidades já tenham assinado os contratos.

⁶⁵ Independentemente de ter ou não assinado o contrato de gestão, todas as unidades funcionais são tratadas com esta nomenclatura.

Para que a unidade funcional consiga atingir os pontos acima citados, conta com um apoio importante da assessoria de planejamento do Hospital, sendo que cada uma delas conta com um assessor como referência:

“na verdade a assessoria ela faz uma rede de apoio ao gerente. Então, no processo de implantação das unidades funcionais, tem uma participação mais ativa, mais direta” (E5).

Pelas entrevistas, principalmente com membros da direção, percebe-se que não existe uma preocupação em assinar o contrato de gestão com as unidades funcionais sem que estas estejam minimamente preparadas e organizadas para tal.

“Na realidade existe um acordo e uma compreensão que você assina na hora que o grupo está pronto. Não é só o gerente que precisa estar pronto. O colegiado é o meu termômetro A participação das pessoas no colegiado. A adesão delas na discussão” (sobre como saber se está pronto). (Relato)

“Superficialmente se a questão fosse assinar todos os contratos antes de dezembro de 2003 a gente teria assinado. A gente poderia ter assinado. Mas não se trata disso para nós. Os que nós assinamos pelo menos nós temos segurança que há um processo coletivo instalado ali” (Relato)

“Eu tenho que começar a pensar enquanto unidade, mesmo não tendo finança. Por quê? Porque afinal, quando você assinar, você vai pular de uma coisa para outra? Não. Você tem que ir se habituando à lógica da unidade antes de assinar. Quando você assinar, vai ser uma coisa tranqüila, vai ser uma coisa mais automática” (Relato).

“E, por isso, essa assinatura não pode se dar simplesmente, por se dar. Ela tem que ter um amadurecimento. O gerente sabe que, a oportunidade dele de como suporte de definição de várias coisas, ela se dá ao longo desse processo. Depois que assinou, ele tem que dar conta de caminhar naquele rumo” (Relato).

Pelo relato dos entrevistados, as unidades funcionais que já assinaram o contrato estão trabalhando em cima de suas metas e indicadores, mesmo que eles ainda estejam passando por um processo de adequação em algumas delas:

“e a partir do momento, que ele faz a assinatura do seu contrato é porque ele já está num ponto de organização e de andamento mais otimizado” (E5).

E, as unidades funcionais que ainda não assinaram o contrato são aquelas que apresentam uma maior complexidade estrutural:

“unidades funcionais que ficaram sem assinar o contrato, não é uma coincidência, é porque realmente são unidades de maiores dificuldades, pra assinar” (E5)

Como visto no referencial teórico desta pesquisa, a estrutura organizacional de uma organização deve ser compreendida a partir da análise de três aspectos principais: complexidade, formalização e centralização. Dessa forma, nos subitens seguintes, a estrutura organizacional do HC/UFMG será analisada, buscando-se enquadrá-la dentro desses aspectos.

No subitem sobre a complexidade do HC/UFMG, será abordada a questão dos seus serviços prestados e suas diversas especialidades, sua estrutura física e a constituição de seu quadro de pessoal, que envolve vários vínculos profissionais e diversos horários de trabalho, distribuídos em turnos diferentes.

No subitem sobre formalização, será tratada a questão das normas existentes e, de como se dá o processo de comunicação e de treinamento dentro do hospital que, também como visto no referencial teórico deste trabalho, são fatores que influenciam no grau de padronização da organização.

E, finalmente, no subitem sobre centralização, serão abordados os pontos de concentração do poder nos processos de tomada de decisões, enfocando-se a participação dos funcionários, a questão da autonomia da direção e dos gerentes para a tomada de decisão e a forma como o controle é exercido sobre essa autonomia.

4.1.1.1 A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua complexidade

O HC/UFMG é formado por um complexo hospitalar constituído de um edifício-sede e mais sete edifícios anexos, realizando serviços e procedimento que englobam diversas especialidades⁶⁶, correspondentes às patologias de média e alta complexidades, algumas delas consideradas de ponta.

⁶⁶ Aleitamento materno; anatomia patológica; anestesiologia – clínica de dor, angiologia, cardiologia e cirurgia cardiovascular; centro de tratamento intensivo; cirurgia de cabeça e pes coço; cirurgia do aparelho digestivo; cirurgia geral; cirurgia pediátrica; cirurgia plástica estética e reparadora; clínica médica; dermatologia; doenças infecto-parasitárias; endocrinologia; fisioterapia; gastroenterologia clínica; genética médica; geriatria; ginecologia; hematologia; hemodiálise; hipertireoidismo congênito e fenilcetonúria; imaginologia (radiologia e medicina nuclear); infertilidade e fertilização *in vitro*; maternidade de alto risco; medicina do adolescente; medicina fetal; nefrologia e urologia; neonatologia; neurologia e neurocirurgia; oftamologia; onconlogia; ortopedia e traumatologia; otorrinolaringologia; patologia clínica; pediatria clínica; pneumologia e cirurgia torácica; proctologia, reumatologia e fisioterapia; psicologia; psiquiatria; saúde do trabalhador; terapia ocupacional; transplante de pulmão; transplante hepático; transplante medula óssea; transplante renal; urgências clínicas e cirúrgicas.

No HC/UFMG são realizados em média 3,5 mil atendimentos de urgência; 1,8 mil internações; 24,5 mil consultas ambulatoriais; 107 mil exames; 03 transplantes hepáticos; 04 transplantes renais; 04 transplantes medula óssea; 1,1 mil cirurgias ambulatoriais; 1,0 mil cirurgias; 260 partos.

Quanto à sua capacidade física para atendimento, ela está distribuída em 50.053 m² de área física (ANEXO E), considerando-se todas as edificações que compõem o complexo hospitalar. Contém: 435 leitos - 372 ativos – de capacidade total instalada; 08 leitos de CTI (adulto); 10 leitos CTI (pediátrico); 31 leitos unidade de neonatologia; 49 leitos de unidade de urgência (observação).

Um aspecto relevante desta distribuição física, que contribui para o aumento de sua complexidade, é a sua distribuição pelas vinte e quatro unidades funcionais que compõem a estrutura organizacional do HC/UFMG. Uma mesma unidade funcional pode ter setores dispersos pelo complexo hospitalar, ou ainda, funcionários prestando serviços em outras unidades funcionais, em andares e/ou prédios distintos, influenciando nos processos de trabalho e de comunicação da instituição. Como exemplo, pode ser citada a unidade patologia e medicina laboratorial que funciona parte no prédio da Faculdade de Medicina e parte no prédio principal:

“O que é urgência funciona lá (prédio principal). O que não é urgente, vem pra cá (prédio da Faculdade de Medicina) (Relato)”.

“Lá, a beira do hospital, quem está lá dentro, esta vivendo a vida do hospital. Aqui (prédio da Faculdade de Medicina), eu levo uma certa distância, pra estar percebendo o hospital chegando aqui. Porque o que acontece lá, por exemplo, não chega aqui no mesmo instante que chega lá. Mas quem ta lá, com certeza, tem muito mais acesso, muito mais facilidade” (Relato).

O HC/UFMG tem em sua estrutura de pessoal cerca de 3.647 pessoas prestando serviços em suas dependências, além de 4.840 estudantes da UFMG, com diversos vínculos empregatícios; níveis de escolaridade - superior, médio e elementar - e horários e turnos de trabalho: 1.785 funcionários estatutários pertencentes ao quadro da UFMG e regidos pelo Regime Jurídico Único; 474 funcionários da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP -; 45 bolsistas da Fundação Mendes Pimentel; 43 menores assistidos da Cruz Vermelha; 502 médicos autônomos, vinculados à Cooperativa de Trabalho dos Médicos do

Hospital das Clínicas da UFMG (COOP/HC/UFMG); 388 Docentes da UFMG; 257 residentes e 153 estagiários. O HC/UFMG tem ainda, prestando serviços em sua dependência, profissionais dos seguintes serviços terceirizados: limpeza, portaria e vigilância.

Um dos fatores importantes que também interfere na complexidade do HC/UFMG é o fato de ele ser um hospital de ensino. As unidades funcionais que têm uma dependência maior da área acadêmica, ou seja, as que a assistência é desenvolvida principalmente por alunos e professores-médicos, o seu funcionamento sofre forte influência das normas e da filosofia da academia. O atendimento do hospital, por exemplo, é influenciado pelo calendário escolar, em função dos dias de férias e feriados da academia que não coincidem com a lógica de funcionamento de um hospital. Em função disso, o atendimento tende a ser reduzido significativamente. Para evitar esse tipo de situação, conforme os relatos, a diretoria do hospital acaba por ter que lançar mão da contratação de pessoal, ainda que isso possa impactar o orçamento do hospital. Um outro ponto identificado pelos relatos é que a própria organização da estrutura e dos processos de trabalho dessas unidades funcionais vinculadas à academia, é comprometida.

“Conflito que existe entre os critérios de dias de trabalho dos acadêmicos e do hospital. O que acontece nas unidades acadêmicas quando se fala que é ponto facultativo fecha. Igual quando eu falo que é feriado, na escala do hospital você vai trabalhar no feriado. Você não fecha o hospital e vai embora igual nas unidades acadêmicas acontece” (E1)

“Eu tenho alguma críticas que eu gostaria de fazer. Que é o pouco envolvimento da unidade acadêmica dentro do processo de direcionamento do hospital” (E2)

4.1.1.2 A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua formalização

Por ser um hospital público federal, subordinado à UFMG, e inserido no Sistema Único de Saúde, o HC/UFMG está sujeito a uma série de regulamentações, normas e legislações da universidade e do próprio hospital⁶⁷, bem como do Ministério da Saúde, das secretarias estadual e municipal da saúde e dos conselhos de classe, tanto regional quanto federal. E também normas de administração de pessoal do Regimento Jurídico Único e da Consolidação

⁶⁷ Estatuto da UFMG, Regimento Geral da UFMG, resoluções dos órgãos de deliberação superior da UFMG, por seu regimento e pelas resoluções do seu conselho diretor.

da Legislação do Trabalho. E ainda da Lei de Licitações que definem os processos de compras dentre outros, que interferem, inclusive, restringindo a formalização de seus processos de trabalho.

Além dessas normas, regulamentos e legislações de origem externa, uma burocracia de fora para dentro, observa-se que, no HC/UFMG, é comum se formalizarem os acordos e negociações internas inicialmente tratados de forma verbal, por meio de documentos escritos, inclusive normas e protocolos, que são distribuídos e divulgados para todos os interessados. De acordo com os relatos dos entrevistados, esses registros são importantes e necessários para se conseguir uma uniformidade na transmissão e cumprimento das informações, principalmente pela complexidade do hospital. Também pela possibilidade de se precisar utilizá-los em situações futuras:

“Eu procuro fazer da maneira mais formal possível. Quando eu tenho alguma demanda para algum gerente de alguma outra área, eu faço através de uma conversa, ou via telefone ou pessoalmente. Mas sempre eu procuro documentar e estar encaminhando a conversa para a gente poder ter uma documentação lá na frente daquela conversa. É uma burocracia, mas também não dá para ser de outra maneira” (E11).

“Do ponto de vista de relação para relação eu procuro formalizá-las. Não formatar, mas formalizá-las, porque eu preciso de documentos que vão depois me garantir em discussões futuras” (E13)

“Em um hospital em que tem aqui dentro cerca de 3.500 funcionários, é uma forma de você ter um trabalho organizado. Imagine aqui dentro se não tivesse a ordem de serviço. Imagina como que as pessoas iriam fazer o seu trabalho. É um processo, e todo trabalho, quando você organiza o trabalho, ele rende mais. Inclusive todo mundo sabe como ele é organizado. Sabe que ele está na fila para ser atendido” (E10)

Como pode ser observado pelos relatos, os entrevistados não vêm às normas e regulamentos internos como algo que limita ou restringe os seus trabalhos, mas como necessários para a sua organização e fluidez, colocando as mesmas, inclusive, como balizadoras para as suas tomadas de decisões:

“E como norteador as normas que eu tenho. Eu tenho uma preocupação muito grande. Para todas as tomadas de decisões, se for uma tomada de decisões que envolva o jurídico, eu sempre faço uma consulta para o jurídico antes. E se é com relação a algum manejo de conflito, eu sempre tenho alguém com quem eu dialogo, o RH. Então eu estou sempre dialogando com o setor que a princípio me faz esta prestação de serviço” (E12).

Normalmente, no HC/UFMG as informações são transmitidas via intranet, quadro de avisos; Boletim Informativo - com periodicidade quinzenal, comunicações entre as unidades funcionais, além do reforço em reuniões dos colegiados gestor e internos.

De acordo com os entrevistados, todo esse esforço de transmissão das informações não tem sido suficiente para garantir que a informação seja devidamente disseminada pela Instituição, principalmente em função da falta de interesse por parte dos próprios funcionários.

“Faz reunião do colegiado gestor. Faz reunião dos chefes dos serviços. E, às vezes, você vai a alguma unidade de internação e o pessoal fala que não está sabendo que o hospital está passando por uma crise. Que o hospital não tem dinheiro. E estas é uma das questões mais reforçadas aqui, mais debatidas. A gente fez um mundo de reuniões. É o interesse [dos funcionários]. Eu acho que tem muito isto. Até assim, eu estou trabalhando muito e agora não dá para ver. Eu acho que deve ter de tudo um pouco” (E1)

“Nem sempre se lê o boletim. Tem gente que pega e joga fora” (E3).

“O pessoal antigo que está aqui quando a gente fala de unidade funcional com eles, eles falam que não sabem, porque nunca falaram nada sobre isto com eles. Como é que é, vocês nunca ouviram falar de unidade funcional? Teve vários seminários, várias reuniões. A direção chamou turno por turno. Sentou por unidade funcional. É o hospital inteiro. E quem não conhece, não sabe o que é a proposta de unidade funcional é porque não quer saber. Não quis saber. Não é falta de informação da diretoria não” (E7)

Alguns desses entrevistados entendem, também, que para superar esse problema, que deve ter um maior esforço por parte da instituição, inclusive do corpo gerencial, em despertar esse interesse dos funcionários pela informação, fazendo-os perceber a sua importância:

“Uma instituição grande como é o hospital é muito difícil essa informação, comunicação, fluir com tamanha presteza, tamanha possibilidade de ser cem por cento” (E9)

“Eu acho também que precisa ter mais iniciativa dos gerentes. Porque, a partir do momento em que eles começarem a divulgar mais, a melhorarem essa comunicação com os funcionários. O funcionário também vai procurar saber mais. Ele vai ficar mais curioso. Ele vai se motivar mais” (E1)

“Isto é uma fala consensual. Isto é a fala da gerência, da coordenação que a questão da comunicação ela deve ser melhorada. E agora a gente tem um serviço de assessoria de comunicação e me parece que eles estão mais empenhados. Me parece que agora eles estão aí há seis

meses trabalhando e tem melhorado. Eles também passaram por um período de transição e tem melhorado isto. Mas a comunicação ela deixa a desejar. E até mesmo por uma questão cultural das pessoas” (E12)

Como afirmado nesse último relato, uma outra assessoria que atualmente vem desempenhando um papel importante no HC/UFMG, mais especificamente no processo de comunicação, é a assessoria de comunicação que, segundo alguns entrevistados, tem elevado a qualidade das informações que estão sendo veiculadas internamente: boletins de informações, quadro de avisos e nos demais canais de comunicação escritos existentes no Hospital.

Quanto ao cumprimento das normas, observa-se que algumas tendem a ser mais obedecidas que outras. Uma das pessoas entrevistadas entende que os processos de trabalho que

“dependem de eu cumprir a norma pra eu atingir meu objetivo, normalmente elas são seguidas. Elas são seguidas, e as outras são mais, mais assim, maleáveis” (E8).

Um outro fator que, segundo os entrevistados dificulta ou restringe o cumprimento das normas, principalmente nas áreas assistenciais, é a relação dos médicos com as mesmas:

“Não se envolvem [os médicos]. Não se envolvem na questão gerencial do hospital. Não é a deles. A prioridade dos médicos é muito assistencial. Para você conseguir reunir os médicos, todos os médicos que atendem na unidade, para você poder passar para eles as normas, é muito difícil” (E7).

“Ele é, ele é [corpo clínico] mais distante desta questão de cumprimento de norma, ele acha assim que ele está meio, é, meio fora disso. Quer dizer, se ele tivesse consciência da norma, da necessidade do cumprimento da norma, você não precisaria estar cobrando” (E8).

Quanto às competências e funções dentro do HC/UFMG, também conforme os relatos, hoje existe clareza das funções dos médicos e equipe de enfermagem, inclusive por definição da própria formação profissional e, conseqüentemente, exigência dos órgãos de classes; das competências de cada unidade funcional e uma definição clara, por escrito, da função do gerente e de seus coordenadores. Essas duas, como resultado do próprio projeto das unidades funcionais.

O fato de as unidades funcionais terem as suas competências bem definidas e conhecidas dentro da organização não implica estarem elas bem organizadas e ou estruturadas.

“Isso [a competência de cada unidade funcional] com relação à unidade funcional fica bem claro, se a gente olhar a instituição, o hospital. Mas talvez não seja tão claro dentro das próprias unidades funcionais. Por exemplo, estaria sendo cético, ou crente demais, se eu disser que todo mundo que está aqui dentro da unidade funcional sabe tudo da unidade funcional, ou entende tudo da unidade funcional, ou aceite, entendeu” (E9).

Dessa forma, da mesma maneira que a complexidade, observa-se que no HC/UFMG, o nível de formalização e exigência do cumprimento das normas pode variar entre as unidades funcionais, dependendo da atividade da área e de sua interlocução com o seu ambiente externo.

Como já mencionado, além da presença de normas e do processo de comunicação, outro fator que os autores, dentre eles Mintzberg (1995), enfatizam como indicativos da característica formalização das estruturas organizacionais é a questão dos treinamentos.

No HC/UFMG, a presença de muitos profissionais de nível técnico e superior pertencentes à área de saúde faz com que a padronização dos processos de trabalho, principalmente na área assistencial, seja determinada sobretudo pela formação – treinamento/doutrinação, segundo Mintzberg (1995) - desses profissionais.

Além disso, pode-se verificar, por meio das entrevistas, que o HC/UFMG tem uma grande preocupação em investir no treinamento de seu pessoal, tanto técnico quanto comportamental, atendendo as demandas das unidades funcionais, utilizando recursos financeiros próprios e o potencial de seus profissionais.

“Então o hospital sempre teve uma tradição de estar aplicando muito em cursos. Muito em treinamentos, em capacitação” (E1)

“Tem [treinamento técnico]. Todo o processo de formação técnica também tem junto, a não técnica. Simultaneamente. Sempre tem isso” (E3).

O fato de o HC/UFMG estar aproveitando o seu próprio pessoal para ministrar alguns treinamentos internos pode possibilitar que a sua filosofia de trabalho seja mais facilmente disseminada. No entanto, só com os relatos das entrevistas não é possível afirmar que o treinamento no HC/UFMG é utilizado como um meio de formalizar o comportamento de seus funcionários como sugerem os estudos de Mintzberg (1995).

4.1.1.3 A estrutura organizacional do HC/UFMG e sua centralização

A estrutura organizacional do HC/UFMG foi formatada com a expectativa de deslocar os processos de tomada de decisões, até então centrados na direção, para as unidades funcionais, contando com a máxima participação dos gerentes e demais funcionários, por meio dos colegiados gestor e internos.

Portanto, hoje a administração do HC/UFMG conta com dois fóruns, além da direção, para o processo de tomada de decisões: o colegiado gestor, que trata de decisões que envolvem o hospital como um todo; e os colegiados internos, que envolvem, principalmente, questões pertinentes à própria unidade funcional. Algumas questões deliberadas no colegiado gestor ocorrem depois de terem sido remetidas aos colegiados internos para discussões e proposições. Dependendo do grau de abrangência dessas decisões, normalmente as relativas ao plano estratégico do hospital, elas têm que ser posteriormente submetidas ao conselho diretor para deliberação definitiva.

“A preocupação é de você constituir um fórum democrático de discussão da política institucional. É esta a questão. Quer dizer, não há incompatibilidade nenhuma em eu fazer este processo interno no hospital. De fazer uma discussão política consistente, com argumentação e isto inclusive servia de subsídio ao conselho administrativo [hoje, conselho diretor] para que ele tome, e aí do ponto de vista formal, as decisões que precisam ser tomadas. Mas eu preciso constituir um fórum interno. Que é onde existe este encontro de todas as unidades funcionais, junto com a direção, para falar qual é o rumo que esta instituição vai tomar” (E6)

Quanto ao processo de tomada de decisões no colegiado gestor, segundo a maioria dos entrevistados, ele tem normalmente acontecido por meio de um processo de discussão, sendo as resoluções obtidas principalmente via consenso e, ocasionalmente via votações. Ou seja, a pauta é colocada em discussão, e os principais interessados vão apresentando suas argumentações de forma a esclarecer para os participantes da reunião sua situação. Após esse processo, costuma-se chegar a um consenso, sendo contemplada aquela unidade funcional que, na opinião dos presentes, demonstrar ter maior prioridade de atenção:

“As discussões no colegiado são levadas mais para um consenso. Dificilmente as coisas no colegiado gestor são decididas no voto. São mais no consenso” (E1)

“Olha, eu vejo muito pouca coisa tendo que ser votada no colegiado para ver o que é que vai fazer. As coisas são decididas mais na discussão e no encaminhamento” (E2)

Uma das pessoas entrevistadas questiona essa dinâmica do processo de tomada de decisões do colegiado gestor. Segundo ela, nesse processo, tende a sair beneficiada aquela unidade que for mais rápida na sua capacidade de argumentação.

“E tem coisas aqui que são assim, nessas reuniões, chegou esse dinheiro aqui, e nós podemos gastar com isto e isto e isto. E como é que nós vamos gastar? E você está sendo claro? Não, não é. Mas você é muito mais rápido do que eu. De repente, o seu raciocínio pode ser menos inteligente do que o meu. Se, de repente, eu vou pensar um dia ou dois eu posso criar uma solução melhor do que o seu raciocínio rápido” (E10).

Esse modo de pensar que quem é beneficiado é a pessoa que for mais rápida na argumentação encontra eco na fala de uma outra pessoa entrevistada:

“e aí o colegiado vota. Agora depende de que? Depende do poder da sua solicitação. Do seu poder de argumentação” (E13).

No entanto, é importante salientar que essa pessoa entende que o gerente tem que ir preparado para o debate, inclusive, com apresentação de dados concretos e atualizados.

Na opinião da maioria dos entrevistados, hoje as unidades funcionais já conseguem tomar decisões no colegiado gestor tendo, como foco o interesse e as necessidades do Hospital como um todo e não somente os seus próprios interesses e necessidades.

“E essa parte que veio para investimentos, nós discutimos no colegiado gestor. O que é que cada unidade precisava. O que é que ia ser priorizado. E as unidades voltaram para dentro das unidades e deram um retorno do que é que precisavam. E quando se discutiu isso no colegiado, algumas unidades abriram mão da sua necessidade para outras que estavam em pior situação” (E1)

“É como a lei Robin Hood, fica para aplicar onde está necessitando mais. Todo investimento que chega ao hospital nós vamos votar para ver onde é que vai ser utilizado” (E2)

“A diretoria deu o prazo e a gente levou. E aí, chega a verba. E aí, quando chega a próxima reunião do colegiado, o diretor vira e fala assim: todo mundo pega a sua planilha e vamos defender aqui. E o colegiado é que bate o martelo. E eu viro e falo, eu fiz isto e isto em casos de emergência. E aí a gerente vira e fala o que ela precisa. E quando chega lá na hora eu vou argumentar, eu vou fazer a minha parte. E a outra gerente faz a parte dela. Você é uma gerente, e você está com a sua planilha para você apresentar. E aí começa a discussão” (E13).

Sendo assim, na opinião dos entrevistados, o colegiado gestor já apresenta um amadurecimento no seu processo de atuação e consolidação.

Uma das pessoas entrevistadas, embora também entendendo que o colegiado gestor ainda está em processo de amadurecimento, faz algumas críticas:

“Algumas vezes dá um palco para isso e dá uma discussão boa. E algumas outras o pessoal já está de saco cheio, já está cansado e doido para ir embora para casa” (E10).

“E esse colegiado nosso aqui eu acho que ele ainda é um colegiado que ele não tem este lugar de tomada de decisões. Tipo assim, eu vou bancar esta decisão. Às vezes, precisa de um provocador maior. Vamos levar a discussão para o colegiado. Se perder, perdeu e tudo. Mas você ainda tem aquela cultura de que grande parte dos gerentes, ou eles ainda não se sentem autônomos para chegar a brigar com a diretoria de igual para igual. Eles se sentem enquanto um elemento de cargo de confiança” (E10).

Quanto à participação e interferência do diretor geral nas reuniões do colegiado gestor, muitos dos entrevistados entendem que tem sido como a dos demais membros. Expressa sua opinião baseado em suas próprias experiências.

“Não. O diretor ele tem o dever de respeitar a decisão. E muitas vezes ele apresenta uma defesa também. O Ricardo tem assumido uma postura muito saudável dentro do colegiado. Ele tem que falar lá na hora. Ele tem o tempo dele para falar isto lá na hora. Ele fala, gente vocês estão pensando bem no que vocês estão fazendo. Vai acontecer isto e isto. Agora ele dá a palavra final. O Ricardo tem uma fala muito democrática. Mas a ele é reservado este direito de dar a palavra final. E ele ainda não fez uso disto. Porque ainda não precisou. Eu acredito que ele fará quando for necessário. E a ele é reservado este direito” (E13)

Não. Ele tem a visão da parte dele. O que é que isto causa. Qual é a demanda disto. Para ele poder apoiar um ou outro. Mas acaba que a gente sempre consegue a verba. Ele faz um esforço muito grande para isto e acaba que consegue a verba daqui ou dali. Da educação, da saúde e tal. Então a gente acaba falando, pode deixar. Deixa o meu aparelho para a próxima. Eu já ouvi isto muito aqui dentro (E21).

Uma das pessoas entrevistadas tem uma opinião contrária, ela entende que muitas das vezes é imposta a opinião da direção.

“Não tem isto. A diretoria chega e fala, chegou um dinheiro aqui para poder comprar computador. Estão ali 20 mil reais. E ele só faz a especificação e manda” (E10).

Sobre a frequência e assiduidade dos membros do colegiado gestor às reuniões, os entrevistados entendem que algumas pessoas não têm sido muito frequentes, principalmente as que trabalham na área assistencial, mais especificamente os médicos. Mas, ainda segundo os entrevistados, a não presença está mais atrelada à não disponibilidade das pessoas em função de suas atividades profissionais, do que ao não interesse pelas questões do hospital.

“Funciona [o Colegiado Gestor]. A gente tem problema com os gerentes médicos, de participação. Quando vem ele, às vezes, assiste a metade da reunião e sai. Outros não vêm e mandam sempre o coordenador administrativo, coordenador de enfermagem. Disponibilidade [problema de], não é interesse. Eles são médicos e não querem abandonar a clínica. Eles têm consultórios” (E5).

“Do colegiado gestor eu devo ter faltado de uma ou duas nesse tempo todo. Enquanto que a média das outras unidades, pelo menos na última eu contei tinham 11 representantes das unidades funcionais lá. A média para mim deve ser em torno de 15 ou 16. E tem aí um agravante, o profissional médico e o profissional docente, nem sempre eles podem participar dessas reuniões. Nem sempre eles podem comparecer e aí vai o representante técnico administrativo, ou o coordenador administrativo que está ali como o gerente” (E10).

Quanto aos colegiados internos, embora os entrevistados entendam serem eles a base de apoio das gerências das diversas unidades funcionais, eles encontram-se em estágio diferenciado de atuação. Segundo os entrevistados, em algumas unidades, mesmo naquelas que já assinaram o contrato de gestão com a direção, eles ainda estão em processo incipiente de formação e consolidação, em função, inclusive, do perfil do gerente. Fato esse que foi percebido, durante as entrevistas, pela postura e comentários de alguns dos entrevistados.

“Algumas unidades a gente percebe que têm problema porque o colegiado não se constituiu de fato e aí é um problema. Mas o colegiado é uma montanha de estratégia. O aprendizado do colegiado interno, essa formação, está se dando na prática” (E5).

“Então, os colegiados internos eu acho que eles apresentam ainda um pouco mais de problemas. Agora eu acredito que o colegiado interno ainda hoje ele seja ainda muito conformado pelo perfil do gerente. Então, se eu tenho um gerente mais atuante, mais provocativo, mais no sentido de chamar as pessoas para participar de um debate, de uma discussão, funciona num determinado modelo. Se eu tenho um gerente mais burocrático, funciona num outro modo (E6).

“Mas essa é uma coisa que a gente está ainda meio que ensaiando. A gente tem tentado resolver as questões que são mais importantes. Enfim, essas coisas a gente está meio que ensaiando. A gente não está tão bem organizado ainda”. (E14)

Em outras unidades, já se observa que eles estão funcionando de forma mais estruturada.

“E acontecem também unidades funcionais que estão funcionando direitinho. Onde o pessoal discute, avalia, toma a decisão” (E10).

“Então o nosso colegiado hoje ele é montado com um representante médico, um representante de enfermagem, e um representante administrativo dos três setores que compõem a unidade funcional. Mais eu, como gerente, mais o representante do grupo de apoio técnico que é chamado de multiprofissional. E tem reuniões que enchem a sala porque estão lá todos os representantes de todas as unidades. E tem outras que a gente precisa de ficar aguardando para fazer quórum, porque é 50 [%] mais um. Mas isto porque os participantes são tirados da prática deles. E o paciente está lá morrendo. Então, o pessoal que trabalha na assistência aqui não pode ir” (E13).

Dessa forma, o maior ou menor envolvimento dos colegiados internos nos processos decisórios das unidades funcionais depende do seu nível de constituição e atuação e do perfil do gerente.

Pelo relato das pessoas entrevistadas, existe, além dos colegiados gestor e internos, ainda um outro fórum no HC/UFMG que constitui um espaço importante para as discussões e os encaminhamentos das decisões: são reuniões realizadas, normalmente às quintas-feiras, com a direção do hospital e a sua assessoria de planejamento, podendo contar, quando necessário, com a presença de alguns gerentes das unidades funcionais.

“Fazemos reuniões semanais da diretoria com a assessoria de planejamento. Toda quinta-feira de manhã. Para realmente estar discutindo os projetos do hospital, alguma coisa que está mais difícil. Alguma coisa que vai ser feita. As questões financeiras. Como é que a diretoria vai estar olhando isto até para poder ver como é que vai poder estar discutindo com o restante do colegiado gestor” (E1).

“E a direção tem uma reunião semanal, com os assessores, com todos os assessores. Tanto de planejamento, quanto de comunicação, recursos humanos e financeiros. Nessa reunião, são tratadas as questões mais emergenciais, que, às vezes, não entram como uma pauta pré-processada no colegiado, mas, é aquilo que tem que ser de imediato deflagrado. Então, assim, essa reunião de diretoria, ela faz essa amarração semanal, de algumas seções que a gente tem que sair dali tomando atitudes. Por exemplo, se tem alguma coisa que é urgente, que não dá para esperar uma reunião de colegiado e que já tem que ir adiantando, tem que ir fazendo” (E5).

“Tem um outro fórum que este sim discute mais as ações da diretoria. Que é uma reunião da diretoria que tem na Quinta feira. Quem

participa dessa reunião da quinta-feira é mais privilegiado do que os outros em nível de discussão. E nessa reunião é mais tomada de decisões sobre o que vai ser decidido no colegiado gestor” (E10).

Quanto à participação dos funcionários no processo de tomada de decisões, segundo os entrevistados, a formatação da estrutura organizacional do HC/UFMG em unidades funcionais tem contribuído para essa participação e para um maior envolvimento dos funcionários com as questões do hospital.

“Você consegue ter uma participação maior das pessoas. Neste ponto, eu acho que o projeto de unidade funcional já teve um progresso” (E1).

“Porque, na verdade, tudo aquilo que a gente discute em nível de colegiado gestor, em nível de colegiado interno, e em nível de decisão de diretoria, a gente, necessariamente passa com mais facilidade, e mais obrigatoriedade pro funcionário. Ele tem que estar envolvido no processo, então, ele envolve muito mais; ele indica muito mais. Ele se dá muito mais também; ele acompanha. Então mudou realmente. E eles têm que estar sabendo o que está acontecendo na unidade funcional” (E9).

“Ela [administração colegiada] está pelo menos abrindo frentes de discussão; vários aspectos no hospital, por exemplo, a questão do gasto excessivo, a questão da conscientização dos profissionais de ponta, os médicos e enfermeiros, na prescrição. Eu acho que isso nunca aconteceu antes no hospital, você está entendendo. Isso não era uma realidade nesse hospital. As pessoas estão compreendendo melhor, que esse é o Hospital das Clínicas. Não dá para isso ficar na mão de uma diretoria, de dois diretores, um clínico, um; três diretores; não dá. Tem que ter um processo. Eu realmente acredito que gestão colegiada é uma possibilidade, desde que aconteça tal qual foi proposto. Que as pessoas se apropriem, e que de fato aconteça” (E13)

Alguns dos entrevistados afirmam que o fato de o HC/UFMG ser um hospital universitário também contribui para esta participação e envolvimento dos funcionários.

“E aqui o hospital sempre foi muito participativo. Se você considerar que eu estou numa unidade acadêmica, cujo elemento basal é a existência e a autonomia universitária. Nós temos aqui dentro todos os elementos para fazer essa discussão. E combater essas decisões” (E10).

“Mas eu acho que a instituição universitária ela tem uma visão um pouco mais democratizada” (E14).

Uma das pessoas entrevistadas entende que essa participação dos funcionários ainda é limitada, pois, até por uma questão cultural, as pessoas ainda não têm o hábito de discutir, não têm o hábito do enfrentamento.

“Infelizmente você não tem uma independência cultural. Por exemplo, se você tem três pessoas conversando aqui. Se entrou o diretor, ele não é só mais um para participar da conversa não. Se é alguma coisa, alguma crítica. Ninguém fala, senta aqui porque nós estamos justamente conversando sobre aquele comportamento seu” (E10).

Para uma outra pessoa entrevistada, na verdade, as pessoas apenas não se interessam por participar, até mesmo por comodismo ou pelo receio de se comprometerem.

“Então eu acho que as pessoas deveriam se apropriar dessa proposta. Eu acho que as pessoas poderiam mudar o cenário até administrativo. Mas elas não entendem isto. É a minoria. É a exceção. Tem este conforto pessoal e aí existe a indisposição de se comprometer. Porque a participação envolve comprometimento” (E13).

Quanto à questão da autonomia da diretoria do HC/UFMG e de sua estrutura gerencial, nota-se que, da mesma forma que o processo de formalização, ela é influenciada por fatores oriundos de seu ambiente externo, que acabam influenciando também, nos processos decisórios:

“Eu como diretor tenho muito mais limitações do que as pessoas imaginam. E nós somos todos cercados por estas limitações. Eu tenho todo um arcabouço político que dirige a minha função dentro do poder público, que me faz reportar a instâncias superiores. Eu sou o ordenador das despesas, mas sou diretamente vinculado como chefia a reitoria. Eu tenho um arcabouço jurídico dentro da unidade médica que faz com que a maioria das atividades seja subordinada à unidade acadêmica. O poder dos gerentes é muito pequeno, porque, do ponto de vista trabalhista, eles estão ligados à unidade acadêmica e não ligados à diretoria do hospital. Eu tenho uma limitação financeira. Eu tenho uma autonomia financeira muito pequena. Primeiro, porque o orçamento é deficitário. Segundo, porque o hospital deve à Fundação. E, terceiro, porque os gastos também são muito grandes, e tem todo um processo de diminuir os gastos. E então os gastos também estavam limitados. Então, mesmo na diretoria do hospital eu acho que tem uma posição estratégica e política. Mas no espaço mesmo as pessoas não imaginam como você tem o poder limitado. E isto aí repercute em toda a estrutura” (Relato).

Além dessa influência dos fatores externos na autonomia dos gerentes, nota-se que, embora a formatação da atual estrutura organizacional do HC/UFMG favoreça a descentralização da administração para as unidades funcionais e maior autonomia aos gerentes, ela não se expressa da mesma forma em todas as unidades funcionais.

Conforme o relato dos entrevistados, algumas unidades funcionais encontram-se em estágio mais avançado de autonomia; enquanto outras, em estágio menor, sendo atribuídas a essa menor autonomia, mais uma vez, as características dos ocupantes dos cargos.

“Então a grande maioria já tem” [autonomia, a tirar pelo número de Unidades funcionais que já assinaram o contrato]. (E3)

“E tem gerente que demanda mais [assessoria], e tem gerente que demanda menos. Outros, você tem que manter esse acompanhamento. Você tem quem ainda tem dificuldade. Outras, você vê que já assinou, mas que ainda tem problema que a coisa ainda é devagar”. “[Algumas que não assinaram] Já estão adiantadas, já, pronta pra poder começar, pra assinar o contrato, porque já dá pra assumir o que for assinado” (E6).

“O que eu vejo que eu não tenho autonomia, eu passo para a diretoria. Na maioria das vezes eu tenho autonomia sim” (E11).

Percebe-se, pelos relatos, que alguns gerentes demonstram maior tranquilidade em buscar maior participação do colegiado interno nas tomadas de decisões (chamam à responsabilidade) e maior facilidade de delegação, ao passo que outros não: ainda têm necessidade de manter o controle maior em suas mãos, inclusive nas tarefas cotidianas.

Uma das pessoas entrevistadas relata que, às vezes, se faz necessária a interferência da gerência no trabalho das coordenações, pois umas são mais dependentes que outras.

“Eu acho que aí é até uma característica muito pessoal. Autonomia até que eles têm, mas eles têm que saber decidir. Tem coisas que não precisaria de eu estar decidindo. Mas que chegam. É por isto que eu estou te falando que é mais uma característica da pessoa” (E14).

Alguns gerentes, principalmente da área assistencial, tendem co-responsabilizar as suas coordenações na gestão do cotidiano de sua unidade funcional.

“Eu gerencio, mas eu não tenho uma ação direta na coordenação da unidade. Quem deve fazer isto é o coordenador administrativo ou o coordenador de enfermagem. Ele que é o responsável pela coordenação administrativa. Ela assumiu um cargo de chefia. Ela é responsável para que a unidade funcione. É papel dela. Olha, se você for pensar hoje, a função de estar cobrando hoje é do coordenador de cada categoria funcional. O coordenador médico do médico. O coordenador administrativo do funcionário administrativo” (E7).

“E o coordenador médico é para isso [resolver, por exemplo os problemas de faturamento], ele tem que gerir o dia-a-dia da unidade, do ponto de vista assistencial” (E8).

“Então nós estamos em um momento em que nós temos coordenadores administrativos com plena autonomia das suas ações dentro da unidade à qual ele está inserido” (E12).

Essa condição de maior ou menor autonomia por parte dos gerentes acaba fazendo com que uns busquem mais o apoio da direção para a resolução de seus problemas.

“E algumas coisas ainda chegam até a diretoria. E aí ainda com as pressões dos poderes localizados com as pressões da medicina, com o poder da enfermagem. Então, algumas vezes, ainda a diretoria entra com o gestor” (E2).

“Quando o planejamento já está pronto a gente faz sem problemas. E quando é uma coisa que não dá para a gente ir mais, então, aí eu vou discutir com a diretoria. Então no geral, a gente tem essa autonomia que não envolve grandes decisões. Vamos dizer assim” (E14).

Mas, também conforme o relato de alguns dos entrevistados, a diretoria tem assumido uma posição de não resolver os problemas demandados pelas gerências das unidades funcionais quando ela entende que cabe a elas o encaminhamento e a resolução de seus próprios problemas. Essa atitude da direção tem contribuído para que as gerências das unidades funcionais a procurem somente quando esgotam os seus próprios recursos.

“Algo que você podia, talvez, antigamente ir lá direto na diretoria que determinava e fazia, não, hoje ele te obriga a procurar um gerente. Por que? Se eu não consigo com um gerente, aí, eu vou no diretor como um intermediador. Quer dizer, o diretor hoje, pelo menos na minha visão, é o último lugar onde você vai, só quando não consegue de jeito nenhum” (E9).

Uma das pessoas entrevistadas tem uma posição contrária a essa. Ela entende que a maioria das decisões ainda está centrada nas mãos da direção.

“Mas eu vejo que a maioria das decisões é centralizada, ainda não é o resultado da discussão geral. Centralizam muito a decisão ainda. Muita coisa ainda fica a cargo dos diretores” (E10)

Alguns dos entrevistados entendem que em algumas situações não há como fugir da prerrogativa da direção para tomar uma decisão.

“E isto não é diferente da diretoria. Há momentos em que ela abarca para si a tomada de decisões. Até mesmo pela situação emergencial. O colegiado como eu já coloquei só se reúne a cada 15 dias. Então há momentos em que ela chama isoladamente os setores que dizem respeito ao assunto para a discussão e para a tomada de decisões. Nem sempre há como levar para o colegiado uma vez que ele se reúne a cada 15 dias. Então a decisão é tomada. E depois é repassado na reunião mais próxima do acontecimento. É repassado” (E12).

Quanto à forma de avaliação e controle das atividades das unidades funcionais, ela está sendo estabelecida por meio do acompanhamento, por parte da direção do hospital e de sua assessoria de planejamento, dos indicadores e metas combinados, podendo, dependendo dos resultados alcançados e das dificuldades ou facilidades encontradas, negociar novos indicadores e novas metas.

“E a posição da diretoria é de sempre impactar positivamente, quer dizer, a melhora contínua. E essa melhora contínua significa, reduzindo os indicadores e aumentando outros. Então, essa negociação, diversa, ela é uma negociação importantíssima” (E5).

Uma outra forma de controle existente no HC/UFMG e como já visto, um limitador da autonomia dos gerentes, é o orçamento que é disponibilizado para cada unidade funcional:

“As unidades específicas elas têm total autonomia, entre aspas, vigiadas. Porque elas têm um limite. É vigiado pelo gasto econômico e financeiro” (E3).

“Pra você conseguir requisitar material, tem que ir à diretoria, fazer uma justificativa e convencer que você, por exemplo, teve um aumento de internação de tantos por cento naquele mês e você precisou de mais material, por exemplo, naquela unidade” (E5).

“A unidade funcional ela é autônoma. E isto foi votado em uma assembleia soberana. Você deveria ser autônomo e soberano. Mas, para você ser autônomo, você tinha que ter um orçamento para fazer inclusive um investimento. Por exemplo, em todo o processo de gestão, eu quero treinar um técnico, eu não tenho autonomia para fazer isto” (E10).

Um aspecto importante da utilização desses indicadores é que, além de subsidiarem a gestão do hospital, eles também são considerados, para o pagamento da gratificação aos funcionários da unidade funcional. Essa gratificação é proporcional ao alcance dos resultados em relação à meta estabelecida. No entanto,

“o gerente pode apresentar um recurso para aquele indicador. Então, tem uma comissão que faz uma avaliação de todos os recursos: têm algumas pessoas estratégicas, por exemplo, tem a coordenação de ensino e pesquisa, tem um gerente, por exemplo, da área financeira, tem funcionários isolados que não têm cargo nenhum. Então, esses, eles avaliam todos os recursos” (E5).

Caso essa comissão entenda que o não alcance da meta foi provocado por um fator inerente às possibilidades da unidade funcional ele poderá ser considerado, para efeito do pagamento da gratificação, como sendo 100% alcançado.

“Então, essa comissão ela faz essa avaliação, e se no entendimento dela aquele recurso for válido, é como se a pessoa tivesse atingido a meta” (E5).

Um último aspecto a ser mencionado nesse subitem é a estrutura de poder presente no HC/UFMG. Utilizando a classificação de Mintzberg (1995), fica evidenciada a presença da estrutura burocrática profissional no HC/UFMG – presença de um núcleo operacional com poder de perícia, no caso hospitalar, na figura do médico – mas, com uma particularidade não mencionado por esse autor: a presença do médico-professor, característica própria dos hospitais universitários. Segundo os entrevistados, o médico-professor está no topo da estrutura de poder do hospital:

“E a academia tem um poder maior, porque o hospital faz parte de uma escola médica” (E2).

“Professor-médico; o que manda e desmanda” (E9).

“Numa instituição em que o professor é o grande determinador, e numa instituição em que o professor médico é o ator da vida” (E13).

Um ponto que evidencia esse poder da academia no HC/UFMG, identificado por meio de relatos, é o fato de uma das unidades funcionais, cuja assistência é realizada em sua maior parte pelos acadêmicos e docentes, não ter conseguido assinar o seu contrato de gestão, em função, inclusive, da dificuldade de se estar acertando com este grupo alguns pontos fundamentais para a consolidação da organização da unidade funcional.

Uma das pessoas entrevistadas identifica três corporações existentes nessa estrutura de poder do HC/UFMG: a burocrática, a dos médicos e da equipe de enfermagem.

“E aí eu digo o seguinte: na verdade, a gente não tem só a corporação médica atuando dentro do hospital. A gente tem a corporação da enfermagem e a gente tem, no mínimo, a corporação da burocracia” (E6).

Dessas corporações, na visão dos entrevistados, os enfermeiros e médicos ocupam espaço privilegiado na estrutura hospitalar, mas ainda prevalecendo o poder dos médicos.

Quanto à categoria dos enfermeiros, há indicativos de uma certa independência e distanciamento em relação às demais categorias

“Nós estamos tentando montar um novo colegiado. Nós temos enfermeiros. Eles não são muito participativos não. Na verdade, no colegiado [interno] o profissional que menos participa eu acho que é o enfermeiro” (E7).

“A enfermagem, ela é autônoma. Igual eu te falei. Eles se fecham. Eles entram, e tudo. Por exemplo, a DTE que é o departamento de enfermagem ela dá folga para a pessoa no aniversário dela. Por conta dela. Ninguém mais tem isto. É por conta dela, ela definiu que tem e pronto” (E21).

4.2 Política Nacional de Humanização: a experiência do HC/UFMG

O HC/UFMG passou a fazer parte da Política Nacional de Humanização, em junho de 2001, ainda sob a égide do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, por meio da iniciativa de um representante de um grupo de trabalhadores que vinha desenvolvendo, dentro do hospital, um trabalho voltado para ações humanizadoras.

Esse grupo foi formado a partir da intenção de uma assistente social que trabalhava no departamento de recursos humanos no HC/UFMG, de agregar ao seu trabalho pessoas que pudessem incrementar no hospital ações que possibilitassem a humanização do trabalho e da assistência ao usuário.

Tendo essa idéia inicial encontrado respaldo entre outros funcionários do HC/UFMG, foi divulgado no hospital um cartaz chamando pessoas interessadas a abraçar essa idéia para uma reunião previamente agendada. Várias pessoas se apresentaram, de várias formações e setores de trabalho e, juntos, tiveram a idéia de realizar no hospital uma oficina, organizada por uma comissão por eles indicada, para tratar do assunto de forma mais organizada e participativa.

“A preocupação do hospital foi trazer voluntários para estar fazendo alguma coisa para estar melhorando a qualidade do atendimento. Aí, a gente fez esta chamada, fizemos uma reunião e, dessa reunião nós tiramos uma comissão pra fazer uma oficina com as pessoas que estivessem interessadas em estar levando isto adiante” (E18).

É importante salientar que essa proposta foi uma iniciativa de trabalhadores do HC/UFMG, não ocupantes do cargo de direção do hospital. Ou seja, não foi uma iniciativa da direção do hospital. Salienta-se, ainda, que uma das pessoas que, desde o início, abraçou a idéia da assistente social e que fez parte dessa comissão para organizar a oficina, na época, secretária do gabinete da diretoria, é a atual coordenadora da comissão de humanização do HC/UFMG, indicada pelos demais participantes da mesma. Essa comissão, como poderá ser observado na seqüência, tem a sua origem nesse grupo de voluntários.

Para a referida oficina foram especificamente convidados, além de todos os outros funcionários do hospital, os membros da diretoria e representantes de projetos que existiam no HC/UFMG, também voltados para a humanização da assistência.

Dessa forma, a oficina foi realizada no dia 6 de março de 2001, sábado, durante o dia inteiro, na Escola de Enfermagem da UFMG e contou com a presença voluntária de quase oitenta pessoas, além do atual diretor do hospital, naquela época, ocupando o cargo de vice-diretor.

“Nós tivemos um público muito bom, de quase oitenta pessoas, não demos nada em troca, tipo folga, nada, foi uma atitude espontânea mesmo dos trabalhadores” (E18)

Como resultado desse encontro, foi elaborado um documento para submissão à diretoria do Hospital, a título de formalização (já que a diretoria havia participado do evento), que continha, como objetivo principal a formação e institucionalização de uma comissão permanente para elaborar um plano de humanização para o HC/UFMG.

De posse desse documento e concordando com os termos, a diretoria do HC/UFMG publicou a Portaria 084/01, em maio de 2001, institucionalizando a sua Comissão de Humanização. Conforme consta desta portaria o grupo era constituído por uma técnica em Comunicação Social (coordenadora), uma técnica de nutrição (serviço de nutrição), uma assistente social (serviço social), uma fisioterapeuta (serviço de Fisioterapia), uma terapeuta operacional (serviço de terapia ocupacional), duas enfermeiras (uma da diretoria técnica de enfermagem e outra da Escola de Enfermagem), uma assistente administrativo (ambulatório), uma técnica de enfermagem (recursos humanos), um médico (representando os médicos) e um representante do conselho de usuários do HC/UFMG.

Foi durante esse processo de formação e de institucionalização da Comissão de Humanização do HC/UFMG, que o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Daí, a iniciativa, de um dos membros dessa Comissão, de fazer um contato com o Ministério da Saúde que, após exigir algumas formalidades, inseriu o HC/UFMG no referido PNHAH, em junho/2001, como Hospital Centro Colaborador⁶⁸. Começou, assim, todo o processo de capacitação⁶⁹ do HC/UFMG no PNHAH, com a participação de dois membros da sua comissão de humanização, sendo um

⁶⁸ Conforme o relato de uma das pessoas entrevistadas, Hospital Centro Colaborador é um outro programa do Ministério da Saúde que tem por filosofia a troca de experiências, via assessoria: um hospital com determinada experiência assessora outro hospital que esteja necessitando de ajuda nessa experiência específica. O HC/UFMG já fazia parte do Programa Hospital Centro Colaborador.

⁶⁹ Esta capacitação foi promovida pelo Ministério da Saúde, por intermédio do seu Comitê de Humanização.

deles, a coordenadora que foi eleita pela própria comissão. Coube a esse dois membros repassar as informações colhidas durante a capacitação para os demais membros da comissão e também para a direção do Hospital.

“Na verdade, nós fomos pioneiros nisso. Porque não tinha nada pronto. Ninguém sabia como fazê-lo. O Ministério da Saúde tinha um manual, que seguia alguns critérios, como exemplo, a formação do grupo. A gente foi fazendo [durante a capacitação] muitas discussões assim, como seria um trabalho de humanização. Porque é uma coisa muito subjetiva, né? Ninguém determinou assim, por exemplo: para ser um hospital humanizado tem que seguir esses e esses critérios. Não existia isso. Existiam alguns parâmetros, mas, que não tinha como agente, ficava muito solto, aliás, ainda acho que isso é ainda muito solto. Mas então o nosso trabalho foi um pouco pioneiro. Quando terminou, foi muito gratificante, foi muito enriquecedor, porque a gente fazia as discussões, tinha um espaço para estar discutindo isso, para estar trazendo para a comissão, a comissão interna, para você estar discutindo os rumos que o hospital iria seguir, né, porque é, tinha esses passos a serem seguidos mas a forma era de acordo com as características de cada hospital”. (E18).

Foi com essa adesão ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que a Comissão de Humanização do HC/UFMG passou a atuar sob a orientação do mesmo.

4.2.1 A comissão de humanização: constituição, atuação e resultados alcançados

Desde a sua origem, muitas pessoas já passaram pela comissão de humanização:

“As pessoas que queriam participar, poderiam estar indo. Tinha gente do próprio Recursos Humanos. Tinha gente da TO. E tinham muitas pessoas que participavam deste grupo. Então era bem eclético. Não tinha muito as pessoas certinhas para participar não” (E17).

“Era uma comissão interdisciplinar: a gente tinha professor, psicólogos, enfermeiros, técnicos, assistente social. Também tinha técnicos, auxiliares” (E18).

“A Comissão começou com uma empolgação grande, com muitas pessoas e, ao longo do tempo, houve um certo esvaziamento. Uns acharam que a Comissão não estava avançando, aí saíram. Repetia muito um mesmo assunto e não saía do lugar” (E19).

Atualmente, a Comissão de Humanização do HC/UFMG é constituída por uma técnica em comunicação social (coordenadora), duas assistentes sociais, sendo uma da área

assistencial e outra do recursos humanos, uma fisioterapeuta, duas técnicas administrativas, duas terapeutas ocupacionais e um representante do conselho de usuário.

As reuniões da comissão são semanais, todas as terças-feiras, no período de 15 às 16h e 30 min., correspondendo ao horário de trabalho de alguns de seus membros. Este horário coincide com o horário de visitas aos pacientes do hospital e foi definido pelos componentes da comissão, por ser o horário de menor demanda dos trabalhos da área assistencial, onde alguns trabalham. Mesmo assim, comprometendo a presença de seus membros a todas às reuniões, conforme relato,

“As pessoas têm dificuldades para sair do setor toda terça-feira”
(E19).

A vinculação hierárquica da comissão à estrutura organizacional do HC/UFMG não é bem estabelecida, conforme as respostas dos entrevistados. Tanto os membros da diretoria como da própria comissão divergiram em suas respostas: uns apontaram como sendo a comissão ligada à diretoria administrativa; outros à diretoria clínica, em função da característica das atividades da PNHAH, e outros, à diretoria de ensino e pesquisa, em função da vinculação do programa à Pró-Reitoria de Extensão da UFMG; e outros, à diretoria como um todo. Mas, pela lógica da estrutura formal do HC/UFMG, entende-se que ela deve estar realmente ligada à diretoria geral do Hospital, da mesma forma que as demais comissões ali existentes.

Essa divergência de entendimento dos entrevistados pode ser justificada pelo pouco conhecimento que têm da comissão e de sua atuação: alguns dos entrevistados sabem que ela existe, mas não conhecem os seus membros e sua atuação; outros sabem citar alguns dos seus membros, mas não acompanham a sua atuação e outros, a grande maioria, associam à comissão e sua atuação apenas ao trabalho da sua coordenadora, fato esse que inclusive chama a atenção.

Quando questionados a respeito do PNHAH, muitos dos entrevistados tinham a tendência de citar de imediato o nome da coordenadora da comissão, induzindo, pela maneira como as respostas foram dadas, a duas hipóteses: uma é a forma de eles demonstrarem que conhecem o Programa e, a outra, a forma de eles transferirem para a coordenadora o conhecimento que se deve ter do Programa, ou seja, a obtenção das possíveis informações desejadas pela pesquisadora.

“Por mais que eu não me envolva; eu ouço as pessoas comentarem; eu leio os cartazes no corredor. Não sei como essa comissão está trabalhando, nem em cima de que estão trabalhando. Na minha visão, eu continuo dizendo, existe um grupo trabalhando humanização no

hospital, a visão dela, eu acredito seja muito o paciente; porque, em nenhum momento, nós fomos abordados pra poder ver as condições de trabalho em que nós estamos. Esta é a minha visão” (E7).

“E desse grupo estava vinculado à administração. Agora o que eu não sei te falar é o que aconteceu de lá para cá” (E4).

“Hoje a gente centraliza tudo na Rita, mas, na realidade, não é ela a referência. É porque ela é a referência da humanização. Ela [Comissão] existe sim, ela tem as reuniões que ela realiza, eu sei porque eu já participei de uma reunião que eles foram me perguntar algumas questões relativas ao atendimento de clientes” (E8).

“Sei [da existência da Comissão]. Mas como eu estou te falando, eu vejo muito o discurso da Rita nesse processo aí. A comissão ainda não se firmou enquanto referência (E10).

Uma das pessoas entrevista das, inclusive que tem uma participação ativa no projeto das unidades funcionais e em projetos relacionados à humanização da assistência e catalogados pela comissão de humanização, afirmou:

“Não. Tem não. Só ela. Por isso que estou falando, não tem; não existe comissão. Então é surpresa para mim [obtendo confirmação a respeito da existência da Comissão]. Você pode perguntar, você conhece a comissão de humanização do hospital? É surpresa para mim. Só conheço a Rita; essa comissão, então tá. Eu vou falar essa comissão. Pode ser desinformação minha; eu não me sinto desinformada não, mas pode ser” (E13).

Pode-se perceber pelos relatos que a atuação da Comissão está muito atrelada à figura da sua coordenadora, sendo importante salientar que uma das ações que tem sido realizada pela mesma - não pela Comissão - é o atendimento individualizado a alguns usuários ou funcionários do hospital, que tenham alguma insatisfação a ser relatada ou dúvida a ser esclarecida. Conforme consta dos relatos, é um procedimento que a mesma já realizava quando prestava serviços no gabinete da diretoria.

“Olha. Eu vejo a Rita que é a coordenadora do programa aqui no hospital ela está fazendo um esforço muito grande. Ela está sempre fazendo reuniões. Ela está sempre tentando convencer as pessoas a estarem aderindo ao programa. É isto que eu vejo” (E10).

“A Rita é muito meiga para qualquer um que chegar até ela. Para qualquer um que você chegar e perguntar. Porque a Rita ela é extremamente acessível para qualquer um, não é só para a gerência não. Qualquer servidor que chegar até a sala dela, a sala vai estar constantemente aberta” (E12).

Os primeiros trabalhos realizados pela comissão foram voltados principalmente para comemorações.

“Festa de natal. De ano novo. De dia das crianças, e a gente estava buscando algumas formas de estar fazendo alguma coisa de diferente aqui dentro” (E19).

Hoje, o trabalho da comissão gira mais em torno dos projetos que são desenvolvidos pelas unidades funcionais, mais especificamente catalogando-os; da realização de eventos comemorativos, como, por exemplo, dia das secretárias. E também da organização de cursos e palestras sobre o tema humanização, encaminhamento e apresentação para as unidades funcionais, de projetos propostos por voluntários e a exposição do Programa em fóruns internos e externos do hospital, como, por exemplo, em faculdades e em cursos da Secretaria de Estado da Saúde. Além, como já dito, o atendimento individualizado a funcionários e usuários do hospital, realizado pela coordenadora da comissão.

Uma das ações da comissão de humanização de maior abrangência foi à organização de um seminário, realizado em abril de 2002, com o tema Humanização do Ambiente Hospitalar. A esse seminário antecederam diversas oficinas, preparatórias para o mesmo, durante os meses de outubro de 2001 a fevereiro de 2002.

Nesse seminário, foram apresentados os projetos existentes no HC e iniciou-se a discussão de uma proposta para implantação de um plano de ação no HC/UFMG. Este plano de ação (ANEXO F) foi efetivamente finalizado em maio de 2002, em função, inclusive, da polêmica causada pelo tema. Como pode ser observado neste ANEXO F, muitas das ações programadas ainda não foram concretizadas, inclusive, por falta de recursos.

Alguns dos entrevistados fizeram algumas observações a respeito desse seminário:

“mas nós tivemos o seminário e, nesse seminário, surgiram muitas demandas do trabalhador, dos profissionais. E aí eu acho que tem um risco se você não estiver muito atento, de trabalhar muito claramente os dois focos, e que, no final, resulta em uma coisa só que é o melhor atendimento. Isso é, esquecer o foco do usuário. Porque tem que ter um equilíbrio nos dois. Não pode pender para um lado só. No seminário, a gente fez uma coisa mais de conhecer, de apresentar o programa. De sensibilizar. De mostrar os projetos em andamento” (E4).

“Eu acho que o seminário do Hospital das Clínicas sobre essa questão de humanização ele se centrou muito sobre essa questão de provimento de condições de trabalho, de condições de assistência” (E6).

“Claro que não, e todo mundo sabe disso. Não é estratégico você fazer determinadas ações aqui num sábado, dependendo da temática. O ideal é você trabalhar com o hospital como um todo. Se você vai mudar agora, a cada dia você muda um pouco da sua carga. Você vai fazendo o trânsito. Olhando as vantagens. Planejando. Criando uma logística para que a coisa aconteça. E escolher o dia também faz parte da logística. É isto. São pequenos detalhes” (E12).

Na visão dos entrevistados, a atuação da comissão de humanização tem sido ainda muito incipiente:

“Mas, eu acho um trabalho insuficiente. Tem alguns resultados; mas insuficiente. Ela aglutina poucas pessoas. Ela aglutina menos do que esperavam as pessoas” (E2).

“Fala uma coisa que o projeto de humanização mudou no hospital. Eu não sei te dizer. Então, eu acho que realmente é muito insuficiente, com ações muito pontuais, não se consolidando enquanto política de humanização” (E5).

“Ela veio a uma reunião e depois ela nunca mais voltou. Então eu acho que ela veio mesmo só a título de apresentar o pessoal” (E12).

“Eu acho incipiente; eu vou repetir essa palavra. Eu acho que esse setor, primeiro, ele é composto por uma única pessoa. Olha como isso já começa um problema; essa única pessoa, ela tem a responsabilidade de fazer todo esse movimento; e isso não é um movimento fácil; especialmente, porque ela está vindo com uma normalização em assunto que já funcionava; imagina você, já vinha alguma coisa dando certo e, de repente, chega alguém que quer estar monitorando; isso já é um problema, inclusive político. Eu acho que a Rita faz um trabalho, mas eu acho que ainda é incipiente” (E13).

Um dos entrevista dos, entretanto, sai a favor dos membros da comissão.

“Então nós estamos exigindo dos trabalhadores mais e mais trabalho e sem dar eles uma recomposição disto. Então eu não posso nem exigir. Como a grande maioria é voluntariado, eu só posso ver o que cada um tem feito com uma contribuição pessoal” (E3).

No geral, os entrevistados entendem que a atuação da Comissão poderia e deveria ser melhor. Segundo eles, as pessoas que se dispõem a fazer um determinado trabalho precisam cavar seus próprios espaços, a despeito de toda e qualquer dificuldade que tenham que enfrentar.

“Então apertado ou não a gente tem que fazer. Então para esses assuntos é a mesma coisa” (E9).

“O responsável. A Comissão tem que sair a campo. Eu acho que falta é mesmo determinação de fazer. Não é fácil implantar um programa

com a monta que é e com o que as instituições públicas são. Realmente você tem que arregaçar as mangas. Se para um projetozinho você tem que fazer. Imagine isso. Agora cair de bandeja não adianta que não cai. Você tem que construir tijolo por tijolo. Senão, não vai. Aqui é duro para você conseguir as coisas. Tem que ter determinação” (E12).

“Mas se eu tenho o apoio da minha direção eu vou me fazer mostrar. Se eu tenho o apoio da minha direção eu chamo a responsabilidade para cima de mim e aí eu faço cumprir. E aí eu passo a ser uma pessoa atuante. É para isso que me foi feito o convite para estar no papel daquela pessoa. Então eu tenho que assumir e me fazer presente. Eu me faço presente. Por mais que a estrutura emperre, por mais que fique engessada alguma ação minha ela vai te mostrar. Quer dizer eu tendo a acreditar que eu venço sem ficar trocando passos. Eu acho que a gente tem que ter o convencimento. Não adianta nada a diretoria me dar o apoio e fazer da minha comissão uma realidade se eu não tiver a convivência, o conhecimento, o trabalho” (E12).

Um fato que também chama a atenção na atuação da Comissão é o seu distanciamento da unidade funcional recursos humanos. Como um dos pilares do PNHAH é a satisfação do profissional de saúde, era de se esperar um trabalho mais conjunto entre a comissão e esta unidade funcional. Percebe-se, no entanto, que tem existido uma tentativa de contato por parte da coordenadora da comissão, mas ainda sem êxito.

“Eu acho que pelo pouco, eu vejo muito a Rita falando que precisa de conversar mais com os recursos humanos. A questão da qualidade de vida da pessoa no trabalho. Os locais de trabalho... De estar avaliando as questões de trabalho. E ela está sempre chamando” (E14).

Quanto aos resultados alcançados pela inserção do HC/UFMG no PNHAH, conseqüentemente, o que reflete a atuação da sua Comissão de Humanização, há consenso, entre os entrevistados de que os benefícios são:

- o HC/UFMG conseguiu se enquadrar às novas exigências da Pró-Reitoria de Ensino da UFMG⁷⁰ no que diz respeito a ter um programa único dentro da instituição, que norteia o desenvolvimento de seus projetos;
- hoje, consegue-se ter conhecimento de todos os projetos que estão implementados no HC/UFMG, seus objetivos e setores envolvidos;
- trouxe para o hospital maior evidência sobre o tema humanização.

⁷⁰ Dentro da nova política da Pró-Reitoria de Extensão, estabeleceu-se que somente seriam aceitas a solicitação e distribuição de bolsas para os projetos se esses pertencessem a grandes programas (Relatos).

No mais, a avaliação que os entrevistados fazem do Programa / Política de Humanização no HC/UFMG é:

“O Programa de Humanização ainda não alcançou essa instituição setORIZADA, mais aprofundada, o que é a proposta. Ainda não alcançou” (E11).

“E a pergunta é [do questionário da avaliação geral, que está sendo realizada]: qual a avaliação que a sua unidade faz quanto a implementação e divulgação do programa de humanização do HC? E a primeira pergunta que me fizeram ontem: qual o programa de humanização? Ações de humanização nós conhecemos. Mas qual o programa? (E13).

“Eu não sei te falar, com toda a sinceridade qual é a inserção desse Programa no hospital hoje” (E14).

É importante salientar que, na medida em que as entrevistas transcorriam, principalmente no tocante à avaliação do Programa / Política de Humanização no Hospital, a maioria dos entrevistados remetia para uma avaliação maior e geral que está sendo realizada no HC e que inclui uma avaliação dos projetos do Hospital, inclusive o de humanização. Eles entendem que essa avaliação será essencial para uma avaliação mais consistente dos trabalhos desenvolvidos pela comissão de humanização e da repercussão do Programa como um todo.

“Porque essa avaliação é que vai subsidiar, inclusive, uma ação mais, mais é efetiva da direção” (E5).

“Agora, eu não sei se você sabe, mas a gente está fazendo uma proposta de avaliação do projeto. É uma proposta grande, extensa e bastante ousada. Eu acho que ela está trabalhando na linha da pesquisa qualitativa, mas escarafunchando e cutucando as questões mais polêmicas e as questões mais delicadas do projeto. Tanto naquilo que constituiu a crítica sindical quanto no ponto de vista institucional” (E6).

4.2.2 Participação e envolvimento da diretoria⁷¹ e gerentes das unidades funcionais

Embora haja um consenso entre os entrevistados sobre a importância do tema humanização, apesar das contradições que o nome sugere, como mencionado por alguns dos entrevistados, e da importância da inclusão do HC/UFMG no Programa do Governo Federal,

⁷¹ Neste item, quando utilizado, o termo diretoria, inclui-se todos os diretores e sua assessoria de planejamento. O termo diretor será utilizado quando se referir ao diretor geral do HC/UFMG.

percebe-se pelos relatos que a participação e o envolvimento dos diretores e gerentes das unidades funcionais, no tocante a implementação do Programa / Política de Humanização, não têm sido ativas, indicando que eles se limitam a atender às solicitações da comissão de humanização, quando isto ocorre.

“Ainda não há um entusiasmo quanto a isso. É tipo assim: se ela vier aqui eu ligo para o pessoal e nós discutimos essa questão. E aí você pára essa pessoa para você conversar aquela coisa todinha de novo. Mas não significa que há um entusiasmo” (E10)

“A direção tem que dar um curso para isso acontecer [atuação comissão]. Direção que eu digo não é só a diretoria não. A diretoria é essencial, as gerências também. Não vejo [preocupação], no nível que ela tem que acontecer. Não vejo” (E11).

“Existe o programa. E ele está amplamente divulgado. Ele tem o apoio do hospital e da diretoria, e tem o apoio das coordenações médicas. Com certeza. Agora eu não tenho condições de te dizer até onde vai este apoio. Porque são vários serviços. E o nosso setor é um pouco fechado. Nós temos pouco trânsito com as pessoas dentro do Hospital. Então isto fica um pouco difícil” (E15)

Além do mais, fica claro que a grande maioria dos entrevistados nem sequer chegou a ler sobre o Programa / Política de Humanização: alguns alegam que nunca leram nada; outros que já leram *alguma coisa*; poucos disseram ter lido o mesmo. Segundo a comissão de humanização, foi entregue a cada diretor / gerência um *kit* falando sobre o então Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em reunião do colegiado gestor e, posteriormente, sobre a nova Política Nacional de Humanização.

Quando questionados sobre quais fatores poderiam estar interferindo no envolvimento e desconhecimento deles sobre o Programa / Política de Humanização, a maioria dos entrevistados justificava como sendo a estratégia inadequada da comissão de humanização para a divulgação do mesmo, comparando-a à estratégia da Comissão do Programa de Acreditação Hospitalar⁷², do qual o HC/UFGM também faz parte. Contudo, eles salientam que o Programa de Acreditação já é mais objetivo em sua proposta.

⁷² O Programa de Acreditação Hospitalar é uma iniciativa do Ministério da Saúde. Lançado em 1999, seu manual e instrumentos de avaliação são flexíveis para serem progressivamente modificados de acordo com as características dos hospitais e da realidade brasileiros, levando em consideração as grandes diferenças regionais e os diferentes graus de complexidade das instituições. Este Programa é coordenado pela Organização Nacional de Acreditação e atua através de entidades credenciadas com os objetivos de treinarem acreditadores, desenvolverem estratégias de avaliação e melhorias e procederem ao processo de acreditação de hospitais no país” < KLÜCK, Mariza. *O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial*. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, BRASIL. Disponível em <http://www.alass.org/CALASS2002/actas/109-BR.doc>> Acesso em: 31 mar. 2004.

“No caso da acreditação, optou-se por criar uma referência nas unidades funcionais para discutir a acreditação. Então, foram as oficinas e tal. Então, nesse sentido eu acho que houve uma aproximação maior” (E6).

“A acreditação trabalhou de forma diferente. Ela fez oficinas de preparação, de planos de ação de cada área. Cada área indicou os facilitadores de acreditação dentro dos setores, e esses facilitadores trabalharam o plano de ação dentro de cada unidade. Teve unidade que respondeu prontamente, outras demoraram mais na resposta e tem pessoas mais envolvidas, menos envolvidas. Mas até porque é uma coisa que mexe muito com os processos de trabalho, a gente percebe que tem coisas que são bem aceitas pelas equipes, o pessoal de enfermagem ajudou bastante” (E11).

“Tem a ver com o fato de ter sido previamente chamada para ter sido orientada. Chamaram os gerentes e nós fomos orientados. Nós ficamos o dia inteiro. Foram várias reuniões” (E12).

“Não, na verdade, quando eu falo em humanização é muito amplo e você tem que traçar algumas coisas para desenvolver e a implantar. O cara que é creditado já vem com normas predefinidas determinadas. Na humanização não existem normas. Para você dar melhor condição de vida para o paciente, eu tenho que ter uma cama. A acreditação vai atingir outro nível de funcionamento de resultados porque ela vem com interesses predefinidos. A acreditação traçou um cronograma de atividades de algumas ações que cada unidade funcional tem uma resposta para poder apresentar. Ela discutiu, explicou, justificou, ensinou, orientou e a partir daí nós temos que analisar aquilo que é específico da gente. Aquilo que é específico da pediatria pode não se aplicar a nós. Então, cada unidade funcional tem a sua especificidade para ser discutido dentro do que está no manual” (E9).

É importante citar que este Programa de Acreditação é coordenado no HC/UFMG por uma das assessoras da assessoria de planejamento, mas os entrevistados entendem que não é isso que interfere no maior conhecimento deles a respeito desse Programa e, sim, a estratégia adotada para a sua divulgação:

“Não [não é a pessoa]. Tem a ver com o que eu entendo dele” (E12).

“Não. [não é a pessoa]. Porque a forma como o projeto institucionalmente hoje está colocado. Mas aí não é comigo pessoalmente. Mas é com as unidades funcionais. Porque comigo não precisa ter proximidade ou não para funcionar” (E6).

Nota-se, pelos relatos, que a comissão de humanização realmente não tem utilizado como estratégia uma aproximação maior com as unidades funcionais, uma vez que ela não se

tem aproveitado da presença de sua coordenadora nas reuniões do colegiado gestor para envolver os gerentes e diretoria em seus trabalhos, mesmo existindo esta possibilidade.

“Mas eu acho que depende da maneira dela [comissão] de inserção junto à instituição. Claro [inserir via unidades funcionais]. Porque já está organizado o espaço. Para que é que você vai criar outro? Não tem sentido você criar outro espaço. O desenho está dado. O desenho dos fóruns está dado” (E6).

“É mais com informe sobre o que o programa tá fazendo, alguma atividade. Pedindo pessoas para mandarem os projetos. Pedindo idéias” (E11).

“Ela pode ir e pedir uma pauta, preparar um assunto. E discutir uma pauta no colegiado” (E14).

“Não. Nem no colegiado gestor, nem nas discussões da diretoria porque, senão, a diretoria retornava para o colegiado” (E16).

Falando-se especificamente do envolvimento e participação da diretoria, nota-se que esta tem dado apoio, quando solicitado, mas não tem feito um acompanhamento sistemático das atividades da comissão de humanização. Ainda, apenas dois de seus membros demonstraram ter maior conhecimento sobre o conteúdo do Programa / Política de Humanização, já que os demais não chegaram a ler o mesmo, na íntegra.

“Porque, quando a Rita precisa da infra-estrutura, a infra-estrutura é acionada. Quando é o recursos humanos, o recursos humanos é acionado. Quando é, por exemplo, o sistema de controle e vigilância, eles é que são chamados. Quando é a enfermagem. E vai assim, é neste processo que vai” (Relato).

“Eu já tive contato assim sobre a documentação. A forma como é formada a comissão. E alguns trabalhos que eles realizam. Não acompanho muito de perto não. Mas algum tipo de contato sim” (Relato).

“Não. De ler o programa inteiro não. Já vi. Já dei uma olhada. Mas nunca analisei o programa não” (Relato).

“Eu conheço pouco” (Relato).

Com relação à percepção dos gerentes sobre a atuação da direção na condução do Programa / Política de Humanização no Hospital, alguns dos entrevistados responderam:

“Não conheço. Não posso te falar. Essa é uma resposta que eu não posso te dar. Se eu disser para você que existe o movimento, estaria mentindo. Porque eu não conheço. Pode ser que tenha, que seja feito um controle, um acompanhamento pela diretoria, que foge ao meu conhecimento” (E13).

“Só no discurso [comportamento diretores]. O Programa ainda não conseguiu o envolvimento que ele realmente necessita” (E11).

“Eu não tenho condições de dizer para você que eu vejo. Quer dizer, logicamente eu tenho ido às reuniões e tal. Mas eu não tenho condições de avaliar isto porque o nosso próprio trabalho aqui, muitas vezes, nos deixa divorciados não da diretoria, mas dos comentários que se fazem sobre isso na diretoria. Então, o que eu vejo, o que eu acho é que a diretoria dá um apoio irrestrito porque a diretoria é muito preocupada com essa parte do recebimento do paciente. Do conforto psicológico do paciente dentro da instituição” (E15).

No entanto, os gerentes reconhecem que, se demandado, a diretoria concede o apoio necessário.

“O que eu vejo no colegiado gestor; o Ricardo, quando é solicitado pela Rita, ou por algum outro, abre um espaço no Hospital. Nunca foi proibido isso. Ela já apresentou a comissão dela, ele já apresentou, por exemplo, nos tínhamos uma iniciativa dessa comissão, no que foi apresentado ao colegiado. Então, significa que a diretoria está aberta. Agora se ela cobra, cobra, que eu digo no sentido de acompanhar, exige, um desempenho mais eficaz, eu não sei te falar. Porque não está na minha esfera”. (E13).

“Primeiro é de apoio, é de fazer acontecer. De prioridade não” (E9).

Dessa forma, fica claro pelos relatos que a diretoria não tem o Programa / Política de Humanização como uma prioridade de sua gestão, lembrando que existe uma expectativa para tal postura, após a conclusão da avaliação geral que está sendo realizada no HC/UFMG.

“Fala que é importante, que as pessoas têm que certificar, têm que participar, mas não é aquele carro-chefe, como é dado enfoque à questão do modelo gerencial das unidades funcionais. E ele é um programa que vai ajudar enormemente o projeto das unidades funcionais” (E11).

“Não vejo. Esta é uma pergunta difícil [sobre o programa ser prioridade]. Porque, se ele fosse uma prioridade, eu teria mais informações. Então, eu estaria sendo contraditória se eu dissesse que sim. Enquanto gerente de uma unidade eu deveria ter mais informações. Então, se eu estivesse sendo ausente a um programa no qual o hospital tem prioridade” (E12).

Pelos relatos dos entrevistados especificados ao longo deste item, percebe-se que os gerentes também não estão envolvidos com o Programa / Política de Humanização, já que muitos deles não conhecem o programa, não conhecem a Comissão como um todo e não percebem a atuação da diretoria no referido programa.

Quanto à diretoria do HC/UFMG, eles assumem a posição de não estar dando prioridade ao Programa / Política de Humanização, principalmente pelo envolvimento pessoal que eles estão tendo que ter com o projeto das unidades funcionais. O relato abaixo selecionado exprimi bem esta situação:

“eu acho que na realidade a gente tem um *quantum* de investimento. Do que a gente dá conta de fazer. E aí eu não estou falando em investimento do ponto de vista do apoio. Eu estou falando de investimento do ponto de vista de você ir e fazer. Então, com certeza, este esforço da direção de fazer junto é na unidade funcional. Até mesmo que é um projeto mais complexo. Porque, como ele discute poder na instituição. O poder da academia. O poder do SUS. É um projeto que mobiliza demais a instituição como um todo. E cobra da direção sistematicamente o seu posicionamento. Porque ela enfrenta no seu cotidiano problemas que derivam da unidade funcional. Então, do ponto de vista da ocupação da direção com o projeto é em função disto. Porque ele gerou, ele trouxe efeitos que precisam de ser gerenciados. Então, eu penso que os diretores pessoalmente se ocuparam muito em função das demandas que surgiram, dos efeitos políticos e operacionais que precisavam ser executados. E do ponto de vista deste *quantum* então de investimentos serem aplicados nos outros projetos eu acho que nós nos ocupamos muito das questões das unidades funcionais e não nos ocupamos tanto com as outras questões mesmo. Então, na realidade, o projeto da unidade funcional ele mexe tanto com esta estrutura que está mudada e com uma cultura que você quase que o tempo inteiro precisa reafirmar a sua posição. O tempo inteiro você tem que segurar a onda. Por isso, que eu falei que o apoio da direção é fundamental para dar sustentação ao projeto. E eu acho que não houve ainda a incorporação da humanização, por exemplo, nesse cotidiano. De criar demandas que a própria diretoria teria que se posicionar, se manifestar, para assumir. É neste sentido” (Relato)

Mas, nesse ponto, deve ficar claro que essa posição da diretoria frente ao Programa / Política de Humanização não reflete a sua posição em relação à questão da humanização da assistência. A diretoria do hospital demonstrou ter por princípio a crença no atendimento humanizado, no acolhimento e respeito ao usuário e na necessidade da contrapartida disso, também para os funcionários.

“Que é necessário um programa que vamos chamar então de humanização há sim. É fundamental. E é fundamental sim. Que isso seja um processo com um desenvolvimento de nós todos. E que nós estejamos constantemente sendo alertados para solidariedade humana. Para a perspectiva de trabalho que envolva a felicidade das pessoas das formas mais variadas. Mas sempre em busca desse equilíbrio, da harmonia. E que a pessoa tem que ter com ela mesmo primeiro. E depois com todos os outros. Com a sua família. Com a comunidade. Quer dizer, isto é fundamental” (Relato).

“É absolutamente premente, que nos temos que discutir a questão da humanização, uma questão de trabalhar o indivíduo como cidadão, é o que acho. Basicamente o clichê da humanização é isso, você ter o respeito ao cidadão. É a justiça social, mas é isso, é um bom momento pra gente estar se esforçando, tentar procurar, tentar ser um parceiro também gestor, na procura de solução. Eu acho que tem que participar da discussão, não excluir dela” (Relato).

“O que eu posso dizer, que todo o esforço de trabalhar com unidades funcionais, tem como princípios o sujeito, o usuário enquanto sujeito, a reforma nessa relação, a relação dessa instituição com os funcionários, a equipe dentro das unidades” (Relato).

Deve ser dito também que a diretoria do HC/UFMG demonstrou não acreditar na viabilidade desse Programa / Política de Humanização dentro das condições de recursos humanos, financeiros, materiais e organizacionais oferecidos pelos gestores do Sistema de Saúde Brasileiro.

“Eu não tenho, não vejo nenhuma possibilidade; quando se trabalha em um sistema aberto, em um hospital onde o sistema é aberto, onde as relações interpessoais deterioram mesmo. Não tem jeito. Quem está preparado pra atender duzentas pessoas, não consegue atender quatrocentas. Isto é o que acontece. Então, as relações interpessoais, as relações da qualidade do atendimento, as relações de qualidade de vida, vão se deteriorando. E a solução, não tem jeito; eu não tenho jeito de pegar a porta e fechar a porta. Porque esse é um hospital do sistema, está aberto, e se eu fizer isso, vou sobrecarregar mais ainda, outro hospital, que está com a porta aberta e não tem condições. Então, pra discutir humanização sem contextualizar o hospital, eu não consigo. Aí, não sou eu que consigo ampliar isso, é o gestor da saúde” (Relato).

“Quer dizer há um programa em que se busca fazer uma humanização, mas simultaneamente a carga de trabalho, o número de assistência, a quantidade de pessoas. Só para você ver, nós temos uma fila de 11 mil pessoas aguardando para fazer uma cirurgia otorrinolaringológica. Só isto é um caos para uma instituição como esta. Porque a essência do problema não está sendo atacada. E o hospital é uma dívida social. Escola é outra dívida social. Quer dizer, é muito fácil um programa que vem do estado brasileiro e que humaniza hospitais mas não dá estrutura para o hospital. Se você também não tem um programa de humanização com relação ao apoio? Eu julgo que é necessário um profissional que ele tenha um pouquinho de felicidade para ele poder distribuir” (Relato).

No entanto, essa diretoria entende que cada um deve fazer sua parte para melhorar as condições da assistência oferecida aos usuários do SUS. E, além de investir no projeto das unidades funcionais que tem proporcionado uma melhoria nos resultados operacionais do

HC/UFMG, uma outra forma que ela tem encontrado para possibilitar tal melhoria é garantindo o funcionamento do hospital e o atendimento a todos os usuários que por ele procuram.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após o tratamento dos dados coletados neste trabalho, partiu-se para a análise dos mesmos que foi dividida em dois subitens. No primeiro, é realizada uma análise específica sobre a estrutura organizacional do HC/UFMG e, na seqüência, a experiência desse hospital na condução do Programa / Política Nacional de Humanização.

5.1 Sobre a estrutura organizacional do HC/UFMG

Pela análise dos dados obtidos, notou-se que a atual estrutura organizacional formal do HC/UFMG, distribuída em unidades funcionais e com uma gestão colegiada - formada pelos colegiados gestor e internos -, faz com que os processos de tomada de decisões do HC/UFMG sejam realizados de forma participativa e democrática, deslocando a centralização do poder das mãos da direção do Hospital, para as unidades funcionais - descentralização. Favorece, também, para maior horizontalidade do processo de comunicação entre as diversas unidades, uma vez que, pelos relatos, se constatou o envolvimento e participação dos gerentes nas decisões encaminhadas para o colegiado; maior autonomia dos gerentes para decidir sobre suas rotinas internas; efetiva participação de alguns colegiados internos nas decisões das unidades funcionais e diálogo direto entre as diversas gerências das unidades funcionais para a resolução dos problemas cotidianos.

A própria construção do modelo aponta para uma tendência de descentralização, já que contou com a participação de muitos funcionários das unidades funcionais, possibilitando-lhes liberdade para a organização de sua estrutura interna, de acordo com seus próprios interesses e necessidades, desde que sem se desviar das diretrizes do referido projeto.

“Em princípio o gerente tem autonomia para definir a sua estrutura gerencial. E você pode escolher os cargos. E por uma opção pessoal minha, eu, sabendo das implicações políticas em se estar trazendo para coordenadores pessoas que trariam legitimidade ao colegiado eu resolvi o seguinte. Eu chamei o grupo de médicos e falei, definam quem é o seu coordenador médico. Tivemos várias reuniões. E a mesma coisa eu fiz com a enfermagem. E falei o conjunto de enfermagem que tinha na unidade, e falei: quem é que vocês querem que seja o seu coordenador? E eles não indicaram. E a única solução

que eu tive nesta época foi que estas pessoas tivessem dado conta de trabalhar comigo. E não que eu tivesse falado isto. Mas, quando eu pedi a eles que indicassem um nome eu falei com eles para se lembrarem de indicar uma pessoa que desse conta de trabalhar com o meu ritmo. É totalmente aberto. Desde que você respeite um eixo básico. Eu não posso virar aqui e falar que eu vou ficar com toda a gratificação para mim e aqui dentro coordenador nenhum vai ganhar” (E13).

Na prática, a construção desse modelo, iniciado em 1998, tem acontecido de forma gradual e não homogênea, visto que algumas unidades funcionais - poucas - ainda não assinaram o seu contrato de gestão com a diretoria e, independentemente dessa situação, esse processo democrático e participativo ainda não está totalmente consolidado no interior das unidades funcionais. Algumas estão em processo mais adiantado que outras, em função, principalmente, das características do seu gerente, indicando que este tem um papel preponderante dentro da sua unidade. Assim, percebe-se que houve um deslocamento do poder de decisão – sobre matérias do cotidiano - da direção para as gerências das unidades funcionais. Quando elas têm tendência mais democrática e participativa, então o grupo de funcionários tem maior participação nas decisões da unidade.

Mesmo no colegiado gestor, outro fórum democrático e participativo de tomada de decisões, o processo ainda está em construção, embora mais adiantada que dos colegiados internos: ele não é totalmente participativo, em função de algumas constantes ausências, principalmente dos gerentes da área assistencial, mas, é mais democrático. Os relatos apontam que as pessoas estão se posicionando e conseguindo tomar decisões que favoreçam as principais necessidades e prioridades, tendo como foco todo o complexo hospitalar.

No entanto, percebe-se pelos relatos, principalmente pelos exemplos citados, que as discussões que são realizadas no colegiado gestor giram mais em torno dos recursos financeiros do hospital - hoje, o grande dificultador / desafio da Instituição - tanto no que diz respeito ao seu destino de aplicação - mais especificamente os recursos não carimbados, uma vez que eles já são liberados para um determinado fim de aplicação -, quanto no que diz respeito a sua otimização. Portanto, percebe-se, pela análise das entrevistas, que ainda existe uma grande parte das questões do hospital concentradas e decididas pela diretoria do hospital e por sua assessoria de planejamento, principalmente, as questões mais estratégicas da Instituição, que, como visto na apresentação dos resultados, normalmente são mais discutidas nas reuniões das quintas-feiras que têm uma participação mais restrita à diretoria e algumas gerências.

Um dos entrevistados que se mostrou mais crítico às questões da direção argumenta:

“E para você ver, o contrato de gestão não foi discutido no colegiado. Foi ou não foi. E foi aquela coisa. E aí agora passaram recentemente uma relação de todas as pautas. E lá não estava esta discussão. Não tinha sido discutido. Por exemplo, a Secretaria de Saúde mudou o processo de faturamento de cobrança do hospital. E isto não foi discutido no colegiado gestor” (E10).

Contudo, o diretor do hospital demonstra ser favorável a esse processo de democracia, usando inclusive uma expressão enfática: *é uma coisa bacana. É bacana demais*. Na realidade, ele diz que tem usado da prerrogativa da sua posição de diretor geral, quando ele percebe que o processo de tomada de decisões está caminhando em sentido contrário à política do HC/UFMG e da proposta de sua gestão, que foi legitimamente aceita quando da sua eleição.

“É um processo democrático. Foi um processo da unidade. E quando o processo ocorreu a gente estava envolvido. Isto é um processo democrático. Mas em algumas coisas, por exemplo, no colegiado gestor, todos os gerentes das unidades participam juntamente com a direção. E quando há uma decisão política, aí eu dou a minha opinião. Como neste caso eu falei, negativo. Vocês [referindo-se a uma determinada Unidade] não vão deixar de atender aos pacientes do SUS sem minha autorização. A política do hospital não é esta não. Eu tenho a minha autonomia” (Relato).

“E aí eu faço uma reunião e falo, a prioridade é essa. Alguém tem uma outra prioridade que é maior do que esta? Se tiver com certeza. E um mamógrafo para as mulheres é um dever social. E é fundamental ter um num hospital universitário. Se tiver alguém que tem uma prioridade maior, vamos discutir. E as prioridades são discutidas” (Relato).

“Mas aí nem sempre acontece. Porque eu tenho a prerrogativa da decisão. Eu estou te dando um exemplo do que acontece, e em alguns momentos é claro. Porque se não tiver eu tiro da verba maior e compro. E então tem uma parte da verba do hospital que é investimento. Eu já comprei o mamógrafo. Eu tinha que optar, e eu optei pelo mamógrafo. Mas a maioria das coisas é discutida por estas pessoas coletivamente” (Relato).

Ele acredita, inclusive, que uma próxima direção que queira retroceder nesse processo de descentralização terá dificuldades:

“coitado do diretor que tiver outra proposta. Ele vai mudar o rumo do hospital todo para o outro lado. Uma coisa que é absolutamente inviável é centralizar no diretor desde para comprar prego até para comprar um tomógrafo. Está louco” (Relato).

No tocante à estrutura de poder do HC/UFMG, pela análise dos relatos, fica bem evidente a hegemonia da categoria dos médicos, com destaque para a supremacia do professor-médico. Mas há indicativos de que esta hegemonia começa a ser, mesmo que timidamente, atingida, com o projeto das unidades funcionais. Um fato que pode exemplificar essa nova situação é a autonomia que os médicos tinham para decidir sobre qual medicamento seria ministrado ao paciente e hoje não têm mais.

“Vamos pegar um exemplo prático. As prescrições eram feitas e ninguém sabia, ninguém se preocupava com quem pagava a conta. Quais os procedimentos gerenciais e administrativos que precisavam ser feitos para que de repente o seu paciente estivesse tomando aquele medicamento da última linha. Ninguém se preocupava com isto. Era como uma mágica. Tinha um bastidor e uma série de atores que se movimentavam neste bastidor. Mas não havia um envolvimento da academia neste bastidor. Então, eu vinha aqui e fazia a minha atividade acadêmica, fazia também a minha atividade assistencial, quando eu atendia o meu paciente e tal. Fazia as minha prescrições e tudo transcorria normalmente. De vez em quando eu tinha uma notícia de que o hospital estava em crise. Mas o hospital sempre viveu muitas crises e sempre saiu das crises. Então, eu não precisava diretamente de me envolver com o processo administrativo, com o processo gerencial, com o processo econômico e financeiro. Não precisava. A partir do momento que a gente começa a discutir a unidade funcional tudo isso vem à tona (E6).

Um outro fato, bem significativo, é a presença de duas gerentes não médicas em unidades funcionais tipicamente assistenciais: a pediatria, que tem uma terapeuta ocupacional na gerência, eleita pelo grupo, tendo concorrido com três médicos e com uma secretária que tinha curso superior⁷³ e, a clínica Médica que tem uma enfermeira como gerente, resultado de um consenso entre o grupo.

“Mas um grupo aí achou que eu tinha perfil, e eu fui assumindo esta idéia. E aí eu me candidatei a ser gerente. E tinha também um outro candidato [médico] e acabou que nós chegamos a consenso, não teve uma eleição e nem nada. E nós chegamos a um consenso aqui. E como também não tem nenhum enfermeiro no hospital, gerente” (Relato).

Este último fato é importante, pois demonstra que as pessoas estão tomando consciência de que a gestão de uma unidade não pode ser pautada no conhecimento técnico de uma determinada categoria profissional, mas, sim, num conjunto de habilidades, conhecimentos e atitudes profissionais – competência gerencial.

⁷³ Um ponto que merece ser realçado na construção do modelo das unidades funcionais é a definição do perfil dos gerentes. Eles teriam que ter formação de nível superior, disponibilidade para a função de gerente e ter participado do curso de capacitação. Mais tarde, conforme relatos, esses dois últimos itens foram flexibilizados em função das dificuldades de conseguir candidatos.

A complexidade da estrutura organizacional do HC/UFMG é elevada. Dispõe de uma área física extensa, tanto vertical quanto horizontalmente, o que tem interferido, conforme análise dos relatos, na dinâmica das unidades funcionais e nos processos de comunicação do Hospital. Existe diversos vínculos empregatícios, com diversas cargas horárias e turnos de trabalho, diversidade de especialidades médicas e categorias profissionais, trabalhando em equipe. E ainda a presença da academia que interfere significativamente nos processos de trabalho dessa estrutura. Tudo isso somado a um grande fluxo diário de pessoas dentro do hospital. Aproximadamente 10 mil pacientes, funcionários e médicos circulam pelo HC/UFMG, por dia.

Quanto à formalidade do HC/UFMG, ela também fica evidente, principalmente, por se tratar de uma instituição pública, que traz todo um histórico de burocracia próprio do setor público. Mesmo internamente, observa-se a presença de normas e regulamentos que são considerados pelos entrevistados como importantes para o funcionamento do HC/UFMG, principalmente pela sua complexidade. Mas percebe-se que o maior ou menor cumprimento dessas normas e regulamentos está diretamente relacionado às exigências do processo de trabalho. Se neste, ela não é imprescindível, ou seja, se não barra o processo, ela costuma ser mais flexível ou desconsiderada. Onde, entretanto, a norma é fundamental para o processo de trabalho, ela é cumprida.

A complexidade do HC/UFMG, somada a presença de muitas normas e regulamentos, faz com que o processo de comunicação, ou melhor, de repasse das informações, seja intenso dentro do hospital. Preferiu-se aqui denominar de repasse das informações, pois há uma queixa geral por parte dos entrevistados de que nem sempre a informação veiculada é apropriada pelas pessoas para as quais elas se destinam. Conforme os relatos, essas pessoas se interessam pelas informações, quando vêm ao encontro de seus próprios interesses ou necessidades. O curioso é que parece que essa prática, da não leitura de todas as informações que são veiculadas no HC/UFMG, está acontecendo nos diversos níveis hierárquicos do Hospital. O próprio desconhecimento dos entrevistados a respeito do Programa / Política de Humanização demonstra tal constatação, já que a comissão de humanização afirmou ter passado para eles todas as informações através de *kits* e, também conforme relatos, várias notícias a respeito deste Programa / Política de Humanização foram divulgados nos murais e quadros de aviso do hospital.

5.2 Sobre a Política Nacional de Humanização e a experiência do HC/UFMG

Pela falta de visibilidade que a comissão de humanização tem no HC/UFMG, somada aos resultados alcançados até hoje pela mesma, pode-se perceber que a sua atuação, desde o início, tem sido bastante restrita e focal. Não realiza o acompanhamento sistematizado dos projetos do HC/UFMG, não abarcando assim, a complexidade das atividades sugeridas pelos Parâmetros de Humanização do Programa / Política de Humanização

Um fato importante que reforça essa atuação pontual e restrita da comissão de humanização é que dois setores mais citados pelos entrevistados, como os que atuam nos extremos quase que opostos das ações humanizadoras, não têm nenhum tipo de aproximação com a mesma. Primeiro a unidade pediatria que constantemente foi citada pelos entrevistados como a unidade que mais tem projetos voltados nessa direção, o que já dito, inclusive, à pesquisadora, em outras oportunidades, por pessoas externas ao HC/UFMG. Segundo, a unidade pronto atendimento, apontada pelos entrevistados como a mais problemática no tocante à possibilidade de uma assistência humanizada, principalmente, por deficiência do próprio sistema de saúde. Mas fica implícito, pela análise das entrevistas, que também isso é ocasionado por problemas internos da unidade.

Nota-se, também pela análise das entrevistas, que as ações da comissão ainda estão muito centradas na sua coordenação, o que pode ser justificado pelos seguintes motivos: é o único membro que tem disponibilidade integral para dedicar-se aos trabalhos da Comissão e parte das atividades que a mesma realiza é uma continuidade de suas atividades enquanto membro do gabinete da diretoria do Hospital.

No entanto, um dos entrevistados entende que é a própria postura dos demais membros da comissão que permite este tipo de situação. Aqui é bom lembrar que muitos dos entrevistados entendem que as pessoas, quando se propõem a um determinado trabalho, devem investir na busca de seus próprios caminhos.

Uma das dificuldades que a comissão pode estar enfrentando para a sua atuação de forma diferenciada parece ter origem na interação entre os seus próprios membros. Essa dificuldade ficou evidenciada pelas entrevistas realizadas com os membros da comissão, que falaram sobre a dificuldade de se conseguir um entrosamento entre eles próprios, especialmente no início das suas atividades, ou seja, esse entrosamento tem melhorado muito.

Percebe-se, até pelo relato de outros entrevistados, que existe uma divisão de opinião entre eles, principalmente, no que diz respeito a como deve ser a linha de conduta para a realização de seus trabalhos, na comissão.

Outras dificuldades apontadas pelos membros da comissão têm origem na própria complexidade do HC/UFMG: tamanho da instituição, número elevado de funcionários, falta de recursos financeiros e a rotatividades de pessoal.

A essas dificuldades deve-se incluir a postura da direção do Hospital de não ter o Programa / Política de Humanização como uma prioridade de sua gestão. Também, a própria inexistência de uma estratégia da comissão de humanização de se inserir no projeto das unidades funcionais ou de não utilizar a estrutura das unidades funcionais ou do colegiado gestor, para se fazerem presentes, possibilitando, assim, conseguir novos aliados para a efetiva implementação, na sua complexidade, do Programa / Política de Humanização.

Aliás, como poderá ser visto no QUADRO 9, as etapas sugeridas pelo então Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar para a sua implementação, não chegaram a ser, na sua íntegra, seguidas no HC/UFMG. Esse fato até dificulta uma análise mais aprofundada da viabilidade ou não da constituição e atuação dos GTH's, conforme proposto pelo referido PNHAH.

QUADRO 9

Comparativo entre a Proposta do PNHAH e as Providências Tomadas pelo HC/UFMG

(continua...)

PROPOSTA MINISTÉRIO DA SAÚDE		AVALIAÇÃO DO PNHAH NO HC/UFMG
PASSOS PROPOSTOS	OBJETIVO	
<p>1º. Sensibilizar a gestão hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a direção do hospital para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde ▪ Obter apoio da direção para a implantação e a sustentação permanente das ações de humanização 	<p>Embora a diretoria do HC/UFMG seja sensibilizada para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde e dê apoio às demandas da sua comissão de humanização, ela não acompanha sistematicamente os trabalhos desta comissão.</p>
<p>2º. Constituir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituir um GTH, sendo que: os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar devem ter uma participação equitativa de representantes das diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos da instituição: representantes da direção do hospital, da chefia dos setores e serviços, técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha etc). A coordenação dos GTH's deve ser escolhida democraticamente dentre as lideranças compromissadas com a idéia da humanização <p>Obs.: o manual sugere ainda a elaboração de um regimento interno para funcionamento dos GTH's.</p>	<p>Embora no PNHAH (e posteriormente na Política Nacional de Humanização) e também nos encontros promovidos pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais utilize sempre o termo Grupo de Trabalho de Humanização, o HC/UFMG denominou este grupo de Comissão de Humanização. Sua comissão não é composta pelas lideranças das diversas categorias profissionais e níveis hierárquicos do hospital. A coordenação da comissão de humanização foi eleita por seus membros. Não foi elaborado um regimento interno para o funcionamento da comissão. O que existiu foi uma portaria institucionalizando a Comissão que começou a atuar antes mesmo do lançamento do PNHAH pelo Governo Federal.</p>
<p>3º. Fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviços humanizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada. ▪ Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização) 	<p>O conceito do que seria uma cultura e filosofia de humanização para o HC/UFMG não foi definido (embora pelos relatos as pessoas demonstrem ter uma mesma idéia sobre o tema: no tocante aos usuários é a questão do acolhimento, do respeito, da escuta; no tocante aos funcionários, melhores condições de trabalho). O diagnóstico da instituição foi</p>

PROPOSTA MINISTÉRIO DA SAÚDE		AVALIAÇÃO DO PNHAH NO HC/UFMG
PASSOS PROPOSTOS	OBJETIVO	
		realizado durante o seminário promovido pela comissão de Humanização.
4º. Elaboração e implantação de plano operacional de ação de humanização	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Elaborar um plano de ação de humanização hospitalar de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do hospital, bem como as ações de humanização já existentes”. ▪ “Implantar o plano de ação de humanização no hospital”. 	Plano de ação elaborado mas não executado em sua íntegra, estando ainda faltando itens a serem cumpridos.
5º. Avaliação de resultados da implantação do processo de humanização	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços”. ▪ “Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do hospital”. ▪ “Avaliar o desempenho do GTH em termos de seus objetivos e funções. ▪ Avaliar a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização”. 	As ações de humanização do HC/UFMG não são sistematicamente acompanhadas pela Comissão de Humanização. E, quanto a avaliação da atuação do mesmo por parte do hospital, ela está em processamento, juntamente com a avaliação geral dos projetos existentes no mesmo.

Fonte: elaborado pela autora da dissertação (continuação)

Quanto ao envolvimento do corpo gerencial e da direção do HC/UFMG, pela análise das entrevistas, é visível que a diretoria do HC/UFMG não tem o Programa / Política de Humanização como uma prioridade de sua gestão, pelo menos até que se conclua a avaliação geral que está sendo realizada no mesmo. E também que as gerências das unidades funcionais não estão envolvidas com o mesmo, inclusive, com muitos não sabendo falar sobre a Comissão e sua atuação. Ambos, direção e gerência, estão mais concentrados no projeto das unidades funcionais, que tem ocupado, conforme os relatos, grande parte de seu tempo.

Também pela análise das entrevistas fica claro que, embora o Programa / Política de Humanização não seja uma prioridade da diretoria do HC/UFMG, a assistência humanizada é.

E, também, que existe a possibilidade do apoio da direção às demandas da comissão, ressalvados os limites oferecidos pelas conjunturas internas e externas ao hospital.

Agora, o que realmente chama a atenção na análise das entrevistas é o não acompanhamento mínimo, por parte da direção e gerências, das atividades da comissão, que parece ficar desconectada dentro da estrutura do hospital. Em mais um momento de crise do hospital, quando se aponta como uma das dificuldades do mesmo a falta de disponibilidade de profissionais para a sua demanda excessiva, pessoas são liberadas de suas atividades, em nome de uma Comissão, cujas gerências alegam sequer conhecer o trabalho.

A princípio, esse fato pode ser justificado pelo o que os entrevistados falaram durante as entrevistas que é a liberdade que as pessoas têm para desenvolver, no hospital, projetos com as quais elas se identificam, desde que em prol da assistência e pela confiança que eles depositam nestes profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo foi dividido em dois subitens: no primeiro, são apresentadas as considerações finais sobre o problema de pesquisa e no segundo, são feitas algumas considerações a respeito do Programa / Política Nacional de Humanização.

6.1 Sobre o problema de pesquisa

Este trabalho teve por objetivo principal verificar como se dá a compatibilidade entre as características estruturais do hospital pesquisado e a proposta de institucionalização de um GTH para a condução da proposta do governo federal de Assistência Humanizada, e foi realizado por meio de estudo de caso, utilizando-se, como instrumento de coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e observação. Os dados foram tratados de forma descritiva, utilizando-se, como estratégia, a abordagem qualitativa.

A partir do levantamento e análise dos dados desta pesquisa, observou-se que a atual estrutura organizacional do HC/UFMG é compatível com a proposta do Programa / Política de Humanização, no que diz respeito à institucionalização do GTH (no caso estudado, Comissão de Humanização), inclusive em suas concepções. Ressalta-se que essa estrutura já existia, embora em processo de implementação, antes mesmo do lançamento do PNHAH, pelo governo federal. Ou seja, não houve mudanças na estrutura organizacional do HC/UFMG com a institucionalização de sua comissão de humanização. Ressalta-se, no entanto, que na estrutura do HC/UFMG já se prevê a presença de comissões, ligadas diretamente à direção do hospital, o que, a princípio, justificaria a não necessidade de modificação da sua estrutura.

Um fator que se constatou foi que, na prática, parece que a comissão de humanização do HC/UFMG não teve adesão por parte de sua estrutura organizacional, atuando de forma desconectada, já que não existe um acompanhamento sistematizado de sua atuação por parte de seu corpo diretivo e gerencial. No entanto, constatou-se, também, que a comissão de humanização tem toda uma limitação de atuação, já que ela não dispõe de orçamento, recursos humanos e materiais próprios para atuar de forma independente e dissociada. Portanto, embora desconectada da estrutura organizacional do Hospital, a comissão de

humanização atua subordinada a ela, podendo-se dizer ser essa uma forma de controle sobre a sua atuação.

Constatou-se, ainda, que existem compatibilidade e convergência de concepções na proposta do governo federal e na lógica de formatação da estrutura organizacional do HC/UFMG. Com a estrutura organizacional do HC/UFMG, pautada na gestão colegiada, busca-se estabelecer espaços coletivos onde possam ser negociados e pactuados compromissos, em que todos se responsabilizem com a melhoria do desempenho dos serviços. Por definição, os GTH são “espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2002, p. 15).

Essa compatibilidade e convergência de concepções, no entanto, não foram suficientes para que a institucionalização da Comissão de Humanização do HC/UFMG fosse concebida como proposto pelo PNHAH e nem tão pouco para garantir que essa comissão apresentasse resultados diferentes e mais significativos para a assistência humanizada à saúde, especialmente num hospital onde há anos já existiam diversos projetos de cunho humanizador.

“Ai a gente ficou brincando, falando: este negócio que eles tem aí (referindo-se a um vídeo, fornecido pelo Ministério da Saúde, quando do lançamento do PNHAH) nós já temos aqui há muito tempo. Alojamento em conjunto que a gente já tem anos, e anos, e anos, que a gente já faz. Se não me engano, desde 82 ou 83, que a gente já tem alojamento conjunto aqui dentro do hospital. É velhíssimo isto aqui dentro do hospital. E a pessoa que falou sobre isto já aposentou aqui dentro. Então a gente já tem algumas propostas rolando aqui dentro há anos” (E17).

Embora o HC/UFMG seja considerado como um dos exemplos de hospital mais avançado dentro do Programa / Política Nacional de Humanização, pelo menos nos encontros promovidos pela Secretaria de Estrado da Saúde, verificou-se que hoje, o que existe, são muitos projetos, independentes, que contemplam ações humanizadoras, e que, na sua grande maioria, já existiam neste hospital antes mesmo do lançamento do PNHAH pelo governo federal.

Dessa forma, foi constatado pelos relatos a necessidade de se aprofundar dentro dos hospitais, de uma maneira em geral, a discussão e avaliação da proposta do Ministério da Saúde, com o envolvimento de todos os seus atores, especialmente seus gestores, para, a partir daí, buscar mecanismos para a solução dos problemas recorrentes da assistência à saúde, e

não somente trabalhar em ações paliativas, que, muitas vezes, apenas conseguem minimizar a dor e o sofrimento humano.

Uma outra constatação, que também pode ser visualizada no QUADRO 9 é que no Hospital das Clínicas, o PNHAH não foi totalmente implementado conforme orientação do Ministério da Saúde, não possibilitando, dessa forma, uma avaliação da validade dessa proposta no tocante à formação e atuação dos GTH's. No entanto, a experiência do modelo das unidades funcionais do HC / UFMG, que propicia a participação dos vários profissionais do hospital, nesse sentido, bem semelhante à proposta do PNHAH, indica que esse realmente seria um caminho para se aproximar de um resultado positivo para a implementação de uma política de tal envergadura.

Quanto à direção do hospital somente dar o apoio às demandas da Comissão sem interferir na sua atuação, ou melhor, nos resultados de sua atuação, é algo que chama a atenção. É coerente que, pela complexidade das atividades que uma diretoria de um hospital tem que assumir, ela delegue a outrem o planejamento e a execução de determinados projetos e / ou programas, mas, não, transferência da responsabilidade pelos resultados, como parece acontecer no HC/UFMG. Ou seja, a diretoria tem que criar um mecanismo de acompanhamento e controle desses projetos / programas, a fim de certifica-se do alcance dos resultados esperados. E o HC/UFMG já tem tal prática estabelecida no controle e acompanhamento das unidades funcionais, por meio das metas e indicadores. O que poderia ser feito é apenas estender tal prática para o acompanhamento da comissão de humanização. Como disse um dos entrevistados,

“quando a diretoria assumi um setor, uma comissão, um setor de humanização, ela está dizendo para o seu cliente, para aquele que a procura que nós nos preocupamos com a humanização. E tem que dar conta disto. Ou então não instituir” (E13).

Portanto, constatou-se que ter apoio da direção do hospital não é suficiente para que um trabalho vá para frente. É necessário mais que isso: é preciso que ele faça parte das prioridades do gestor.

Outra situação que chama a atenção é o desconhecimento de parte da direção do Hospital e de seu corpo gerencial sobre a existência e funcionamento da comissão, por dois motivos principais: um deles, é que todos eles aceitam a presença da coordenadora da comissão no colegiado gestor que, *a priori*, dele não deveria fazer parte. Portanto, a sua presença demandaria resposta a no mínimo duas perguntas: qual a justificativa para a sua presença na reunião e qual o desdobramento desta presença em prol das unidades funcionais

e, conseqüentemente, do hospital como um todo. A resposta a essas perguntas já seria suficiente para tornar a comissão, no mínimo, conhecida.

Um outro aspecto, que também chama a atenção e que já foi abordado na análise dos resultados é que alguns desses gerentes liberam seus funcionários para atuarem na comissão de humanização, durante o horário de trabalho ou negociam folgas em função dessa mesma atuação, à qual, como dito, eles desconhecem: qual seria a justificativa real para a postura destes gerentes?

Assim, ficou caracterizado que realmente existe um certo grau de liberdade no HC/UFMG para que as pessoas exerçam algumas atividades dentro do mesmo, conforme seus interesses e identificação pessoal, desde que justifiquem ser em prol da assistência e que respeitem as suas diretrizes.

Sendo várias as possibilidades de ações humanizadoras, somado à liberdade identificada nesta pesquisa que os funcionários têm para atuar em prol da assistência, é possível que a comissão consiga implementar alguma ação humanizadora sem ciência da diretoria ou das gerências do HC/UFMG, ou seja, sem necessitar de um apoio específico por parte das gerências ou da direção do Hospital. É importante salientar, que a comissão de humanização tem legitimidade para atuar nessa direção, e que seus membros – entrevistados – demonstraram ter comprometimento e responsabilidade com as diretrizes do Hospital.

Outra observação proporcionada por esta pesquisa foi a comprovação da complexidade que envolve o Programa / Política de Humanização, inclusive para a sua inserção na estrutura organizacional dos hospitais. Além de toda a complexidade oferecida pela proposta do Ministério da Saúde, existe ainda a específica de cada instituição hospitalar, o que demanda muito investimento não só financeiro, como humano e político, para a sua efetivação.

Alguns pontos observados no HC/UFMG merecem ser reforçados até mesmo para serem estudados em trabalhos futuros. Primeiro, a dificuldade do diálogo entre a academia e a administração hospitalar, no tocante ao papel da assistência no hospital universitário. Segundo, a postura da equipe de enfermagem do HC/UFMG, outro grupo de hegemonia dentro do hospital, frente aos projetos e diretrizes desta Instituição, tendo em vista que há indicativos de um certo isolamento desta categoria. Finalmente, a experiência de se ter na gerência de áreas assistências a presença de dois profissionais não médicos. Outro ponto que merece atenção, acompanhamento e avaliação em intervalos de tempo distintos é a experiência do HC/UFMG na implementação do seu modelo de unidades funcionais, a fim de se verificar quais os resultados serão alcançados ao longo do tempo.

Além do mais, como ter uma estrutura compatível com a proposta do Programa / Política Nacional de Humanização, no tocante à participação e democracia das tomadas de decisões, não foi suficiente para o avanço dos trabalhos da sua comissão de humanização, e tendo em vista essa proposta não fazer parte das prioridades da atual gestão do HC/UFMG, seria interessante também estudar algum caso em que a estrutura organizacional do hospital tivesse como característica a centralização do poder e, como uma prioridade, a implementação da proposta do PNHAH / PNH, a fim de se verificar qual seria o desempenho do GTH.

Por fim, com as condições oferecidas pelo sistema de saúde brasileiro, no tocante aos recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais, a humanização da assistência hospitalar somente poderá surtir efeitos mais significativos se houver uma real articulação e envolvimento dos seus diversos atores: gestores – tanto do sistema público quanto do sistema privado -, profissionais, usuários e comunidade. Mas certo é, também, que muito há que ser feito ainda internamente nas instituições hospitalares. Há que se investir na revisão dos processos de trabalho internos, nas condições de trabalho e principalmente, nas atitudes e posturas profissionais. Além disto, ainda mais nas instituições públicas, revitalizar as noções e preceitos do que seja público, do que seja cidadania.

6.2 Sobre o Programa / Política Nacional de Humanização

A iniciativa do Ministério da Saúde em lançar um programa / política buscando resgatar as relações dos profissionais de saúde entre si e desses profissionais com os usuários, tendo como foco da atenção tanto a satisfação do usuário quanto a dos profissionais de saúde, além de legítima, é de fundamental importância, relevância e complexidade.

Complexidade, não só por estar tratando da satisfação de pessoas, portanto, com aspectos diversos da subjetividade humana, mas, também, pelos parâmetros de humanização propostos no PNHAH e, posteriormente, pela Política Nacional de Humanização.

Tomando-se, por exemplo, o parâmetro *reduzir o tempo de espera pelo usuário para atendimento* percebe-se que tal ação está atrelada a várias questões que fogem, inclusive, ao poder de governabilidade dos hospitais: demanda pelos serviços de saúde e capacidade do sistema para atendê-las, a quantidade e a capacitação dos profissionais, a infra-estrutura hospitalar, e a autonomia do hospital para gerir seus recursos humanos e financeiros (nessa questão, principalmente os hospitais públicos), limitando o seu poder de ação.

Pode-se observar, também por meio desse exemplo, que a proposta do governo federal extrapola o campo do subjetivo e entra no campo do objetivo e racional, próprio, inclusive, dos indicadores de qualidade, o que não é de se estranhar. Serra (2002a, p. 40), então Ministro da pasta da Saúde, quando do lançamento do PNHAH, afirma que “na saúde, as metas têm de perseguir, sempre, a qualidade total”.

Outros pontos do PNHAH / PNH merecem atenção: o primeiro diz respeito aos próprios títulos. Ao utilizar a expressão *humanização da assistência* tem-se a impressão de que a atual assistência prestada, de forma generalizada, não apresenta caráter humanitário, o que não condiz com a verdade. Nas suas propostas, o Ministério da Saúde reconhece que já existem muitas iniciativas e exemplos de atendimentos humanizados estabelecidos em diversos hospitais do território brasileiro. Nesse sentido, o termo humanização pode provocar um desconforto nos profissionais de saúde - os efetivos prestadores da assistência à saúde. Por outro lado, o termo humanização por si só já explicita a proposta: tratar das relações interpessoais, do acolhimento, ou seja, das questões subjetivas da assistência, o que favorece a sua divulgação. Portanto, a manutenção dessa nomenclatura merece ser cuidadosamente repensada.

Um segundo ponto é a constituição do comitê técnico, do então PNHAH, designado para elaborar e conduzir o PNHAH no âmbito nacional. Como já visto, ele foi constituído por profissionais da área de saúde mental, com formação apenas em psiquiatria e psicologia. Esse ponto chama a atenção pelo fato de esse grupo defender o trabalho em equipe multidisciplinar e profissionais de diversos níveis hierárquicos. Dessa forma, era de se esperar que o próprio comitê tivesse tido essa constituição, valorizando-se as diversas profissões existentes na maioria dos hospitais, conferindo-lhe maior legitimidade.

Outros pontos que merecem destaque é o fato de o PNHAH ser de adesão voluntária por parte dos hospitais e prever uma titulação de *hospital humanizado* para aquelas unidades que tenham efetivamente implantado uma política de humanização do seu serviço, com propostas de incentivos futuros. Essa política de incentivo pode levar os hospitais a aderirem ao Programa para garantir recursos futuros - já que, conforme afirma Reis (2002), é na esfera federal que se concentra a maior parte dos recursos de custeio e financiamento do setor de saúde - e não propriamente por crença em sua proposta, o que pode comprometê-la. Ações humanizadoras dependem muito de atitudes individuais e fogem ao mero desejo dos gestores hospitalares em implementá-las. Ainda, não era especificado pelo Programa qual ou quais seriam os critérios e indicadores específicos para a avaliação dos hospitais para que eles

obtivessem o referido título, nem mesmo que tipo de tratamento diferenciado seria a eles concedido.

Seguindo nessa mesma linha de incentivo do PNHAH, a PNH está concedendo um prêmio HumanizaSUS David Capistrano para as oito melhores experiências já implantadas, há pelo menos um ano, e oito projetos em fase de implantação, nas instituições que integram a rede do SUS⁷⁴.

Um último ponto a ser destacado é a constituição dos GTH's. A maneira como o GTH foi proposto pelo PNHAH e reforçado pela PNH tende a institucionalizar, dependendo do que for especificado em seu regimento interno, um poder paralelo ao poder estabelecido pela estrutura organizacional da instituição. Se não articulados em suas diretrizes e ações, esses poderes poderão provocar divergências de informações, duplicidade de comando, tomadas de decisões contraditórias e, conseqüentemente, conflitos, ineficiência na prestação dos serviços aos usuários e insatisfação e insegurança aos profissionais de saúde, podendo levar a um caminho contrário à proposta do governo. Daí surge à necessidade da incorporação do GTH pela estrutura organizacional da instituição, o que implica a necessidade de redefinição de papéis, de hierarquia, autoridade e do sistema de comunicação, afetando as relações de poder. Isso, também, requer muita reflexão e tempo de maturação das idéias, principalmente quando o resultado esperado é um trabalho participativo e democrático. Ressalta-se que os hospitais são organizações complexas e, geralmente, com estrutura organizacional tradicional, o que implica “alto nível de formalização; unidade de comando; especialização elevada; comunicação vertical; e utilização de formas tradicionais de departamentalização” (VASCONCELLOS, 1986).

Ainda, a proposta de constituição do GTH - realizada por lideranças representativas das diversas categorias profissionais e níveis hierárquicos, de forma participativa e democrática - é pertinente, mas, ao mesmo tempo, pode oferecer dificuldades para sua implementação.

É pertinente, pois, trata-se de uma proposta que pretende disseminar nas instituições hospitalares uma nova cultura de atendimento à saúde, tornando-se essencial que os membros da instituição, pelo menos em sua maioria, a compreendam e estejam engajados num mesmo conceito do que seja um atendimento humanizado. Portanto, a agora atual Política Nacional de Humanização deve ser amplamente debatida, possibilitando que as pessoas expressem seus

⁷⁴ Para estas duas categorias, o prêmio é de R\$50 mil, que deverá ser reinvestido em prol da atenção à saúde. As dezesseis instituições premiadas receberão ainda diploma e placa de participação, além de uma viagem para seus representantes possam conhecer as demais experiências premiadas (Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt+19368, acesso em 27/03/2004).

sentimentos e apresentem suas opiniões. E, as lideranças representativas das categorias profissionais, nesses processos, têm muito a contribuir.

Por outro lado, a democracia e a participação não são processos fáceis de serem alcançados, sendo diretamente dependentes do nível de maturidade que os indivíduos têm para expor suas idéias e ouvir as idéias dos outros indivíduos.

Outro aspecto a ser considerado é se um grupo constituído por pessoas de formação e posições hierárquicas tão diferentes conseguiria uma participação efetiva de todos os seus membros: até que ponto as lideranças representativas das categorias de níveis mais elevados não iriam inibir a atuação e a participação das lideranças dos níveis hierárquicos mais baixos? Ainda, elas serão reconhecidas e aceitas pelos demais membros da instituição como instância de poder para a condução da PNH? Caso não seja, o GTH's provavelmente terão dificuldades de conseguir atingir seus objetivos.

Para finalizar, vale salientar que como afirma Nogueira-Martins (2002b) a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, sujeito à resistências, pois envolve mudanças de comportamento. Os padrões conhecidos, ao contrário dos novos, tendem a oferecer mais segurança. Além do mais, cada profissional, cada equipe, cada instituição, cada usuário terá seu processo singular de humanização. E se não for assim, não será de humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM Márcio Filgueiras de. Conceitos básicos de Saúde pública. 2001 Disponível em: <<http://www.usinadeletras.com.br/exibelotexto.phtml?cod=1190&cat=Artigos>> Acesso em: 17 dez. 2003

ANDRADE, L. O. M. de. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2001. 279 p.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. IN: Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ministério da Saúde. Brasil. Brasília/DF. 2003.

BRASIL. Constituição Federal – de 05/10/1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080 – de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Col 1, p.18055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei 8.142 – de 28/12/1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Portaria n. 234/92. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Portaria n. 545/93. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS. Portaria n. 2.203. *Diário Oficial da União*, Brasília. 1996.

BRASIL. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS, Portaria n.373. *Diário Oficial da União*. Brasília. 2002a.

BRASIL. Manual Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/humnaizacao>. Acesso em: 07 de maio 2002b.

BRASIL. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. 12ª. Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca: Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRUYNE, P; Herman Jacques; SCHOUTHEETE, M.. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAMPOS, Juarez de Queiroz. *O hospital, a lei e a ética*. São Paulo: LTR, 1976.

CECÍLIO, L. C. de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.36-47, maio/jun. 1997a.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-78, jul./set. 1997b.

CECÍLIO, L. C. de O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.315-29, 1999.

CEMBRANELLI, Fernando. Por que um programa de humanização nos hospitais? Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=1168texto=>>>. Acesso em: 19 abril 2004.

CHANDLER, A. D. *Strategy and structure*. Massachusetts, 1976. Introdução e Capítulo1.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, n.18, p. 49-71, Jun. 2002.

DALFIOR, Simoni Da Ros. *Novas relações de trabalho: efeitos da inserção de cooperativas de especialidade médica em um hospital público do Espírito Santos*. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) - CEPEAD/FACE/UFMG. Belo Horizonte.

DONALDSON, Lex. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, S. (Org) *Handbook de estudos organizacionais*. São Paulo: Atlas, 1999.

FAYOL, Henri. *Administração industrial geral*. 10 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

FORTES, P. A. C. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais. Autonomia e direitos do paciente. Estudos de casos*. São Paulo: EPU, 1998.

GOMES, J. C. M. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/411996/atu.html>>. Acesso em: 13 nov. 2002.

GONÇALVES, E. L. (Coord) *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.

HAGE, Jerald and AIKEN, Michael. Relationship of centralization to other structural properties. *Administrative Science Quarterly*, v.12, n. 1, p.72-91, June 1967.

HALL, Richard H. *Organizações: estrutura e processos*. Rio de Janeiro: Prentice, 1984.

HATCH, Mary Jo. Explorando os espaços vazios: jazz e estrutura organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, v 42, n.3., p. 19-35, jul./set. 2002.

LAWRENCE, P. R. LORSCH, J. W. *As empresas e o ambiente*. Petrópolis: Vozes, 1973, caps I e VIII.

LEVCOVITS, E; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 6. no. 2: 269 a 291. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=isso> Acesso em: 19 dez. 2003.

MARCONDES, R. C. A dinâmica do ambiente interno do hospital *Revista de Administração*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 28-55, abr./jun. 1980.

MATTAR, F.N. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 1999.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

NADLER, D. *Arquitetura organizacional*. Rio de Janeiro. Campus: 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002a. 130p.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. *Humanização na Saúde*. In: *Revista Ser Médico*. Edição Jan/Fev/Mar. Ano 2002b.

PETROIANU, ANDY. *Ética Moral e Deontologia Médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PUGH, D. S., HICKSON, D. J., HININGS, C. R. A conceptual Scheme for organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, v. 8, n. 3, p. 289-315, Dec. 1963.

REIS, A. T. Modelos tecno-assistenciais em Belo Horizonte, de 1897 a 1964: em direção a uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte.

SCHULZ, Rockwell; JOHNSON, Alton C. *Administração de hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1976.

SELLTZ, C. et al. *Métodos de pesquisa das relações sociais*. São Paulo: Herder, 1965.

SERRA, JOSÉ. *Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2002a. 249 p.

SERRA, José. Apresentação. In: Manual Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: www.saude.gov.br/humanização. Acesso em: maio 2002b.

SERRA, José. Introdução. In: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: www.saúde.gov.br. Acesso em: set. 2002.

VASCONCELLOS, E; HEMSLEY, J. R. *Estrutura das organizações: estruturas tradicionais, estruturas para inovação, estrutura matricial*. São Paulo: Pioneira, 1986.

VERGARA, Sylvia C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 3^a. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WEBER, M. *Ensaio de sociologia*, 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982. Parte II, capítulo VIII.

WOOD JR. T. *Novas configurações organizacionais: pesquisa exploratória empírica sobre organizações locais*. São Paulo: NPP/EAESP/FGV. 2001. Relatório de Pesquisa n.37.

WOODWARD, Joan. *Organização industrial*. Teoria e prática. São Paulo: Atlas, 1977, caps 1, 4 e 5.

YIN, R. K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*, 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

PARÂMETROS DE HUMANIZAÇÃO***Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários***

Condições de acesso e prestação dos serviços
Sistema de marcação de consultas
Tempo de espera para atendimento
Acesso de acompanhantes e visitas
Sistema de internação
Sistema de marcação, realização e resultados de exames

Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital

Adequação / criação de áreas de espera
Sinalização das áreas e serviços do hospital
Instalações físicas e aparência do hospital
Equipamentos
Refeitórios
Meios para efetivação de queixas e sugestões
Espaço de recreação e convivência dos pacientes

Clareza das informações oferecidas aos usuários

Identificação dos profissionais
Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário
Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde
Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade

Qualidade da relação entre usuários e profissionais

Eficiência, gentileza, interesse e atenção
Compreensão das necessidades dos usuários
Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento
Privacidade no atendimento

Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais***Gestão hospitalar e participação dos profissionais***

Oportunidade de discussão da qualidade dos serviços prestados
Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários
Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho
Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências
Aplicação sistemática de normas de trabalho

Condições de trabalho na instituição

Áreas de conforto

Segurança

Higiene

Condições de apoio aos profissionais

Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital

Refeitório

Área de descanso e convivência

Atividades recreativas e/ou sociais

Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais

Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional

Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários

Qualidade da comunicação entre os profissionais

Canais de informação e resolução de problemas e necessidades

Canais de informações oficiais da administração dos hospitais

Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades

Relacionamento interpessoal no trabalho

Confiança

Integração grupal

Cooperação

Valorização do trabalho e motivação profissional

Respeito

Reconhecimento

Motivação

Realização

Satisfação

Fonte: BRASIL, 2001



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
 Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE

UFMG

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2003.

ANEXO B

PROCESSO Nº 082/03.

TÍTULO: *"Programa nacional de humanização da assistência hospitalar: um estudo da compatibilidade do grupo de trabalho de humanização e a estrutura organizacional de hospitais de BH."*

Sr(a) Pesquisador(a):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico Financeira de Projetos de Pesquisa sobre o mesmo, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional.

Solicitamos enviar à DEPE relatório parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,

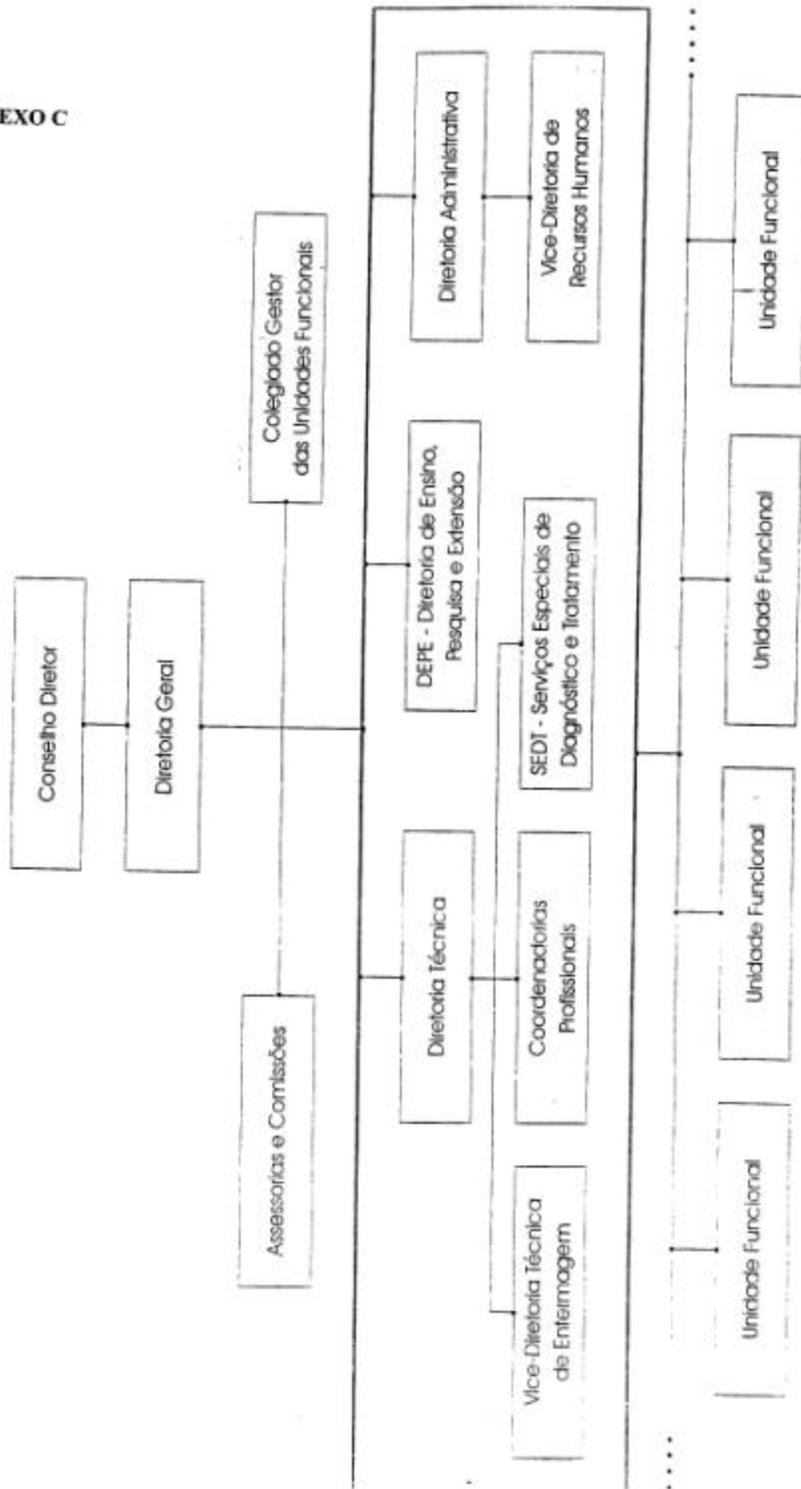
Prof. Urquiza Helena Meira Paulino
 Diretora da DEPE/HC-UFMG

À

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa
 Depto. de Ciências Administrativas
 Faculdade de Ciências Econômicas – FACE/UFMG

ORGANOGRAMA

ANEXO C



ANEXO D**COMISSÕES HC/UFMG****Comissão de Controle de Infecção Hospitalar**

Atuante

Comitê de Ética Médica

Atuante

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Criada em fevereiro de 1995

Competência: padronização de medicamentos dentre outras

Atuante

Comissão de Padronização de Impressos

Competência: revisão e otimização dos impressos usados atualmente

Atuante

Comissão de Revisão de Prontuários, Documentação Médica e Estatística

Criada em janeiro de 1995

Competência: supervisionar o preenchimento de impressos dos prontuários e propor medidas de racionalização

Não atuante

Comissão de Óbitos e Biópsias

Criada em dezembro de 1994

Competência: análise e divulgação de dados relativos a óbitos e ações de melhoria nos índices

Não atuante

Comissão de Ética de Enfermagem

Criada em julho de 1995

Competência: garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem dentro da instituição e outros

Não atuante

Comissão Interna de Prevenção de Acidente

Criada em março de 1998

Competência: discutir e encaminhar questões relativas a prevenção de acidentes no trabalho

Atuante

Comissão de Residência Médica

Atuante

Comissão de Apropriação de Custos

Criada em janeiro de 1995

Competência: rever a metodologia de custos do HC/UFMG

Não atuante

Comissão de Obras

Criada em novembro de 1997

Competência: acompanhar e opinar sobre a execução de obras e reformas no hospital

Atuante

Comissão de Licitação

Criada em 1996

Competência: acompanhar os processos de licitação desde a abertura até os recursos

Atuante

Comissão de Suporte Nutricional Enteral e Parenteral

Comissão Permanente de Sindicância

Comissão de Avaliação Econômico Financeira de Projetos de Pesquisa

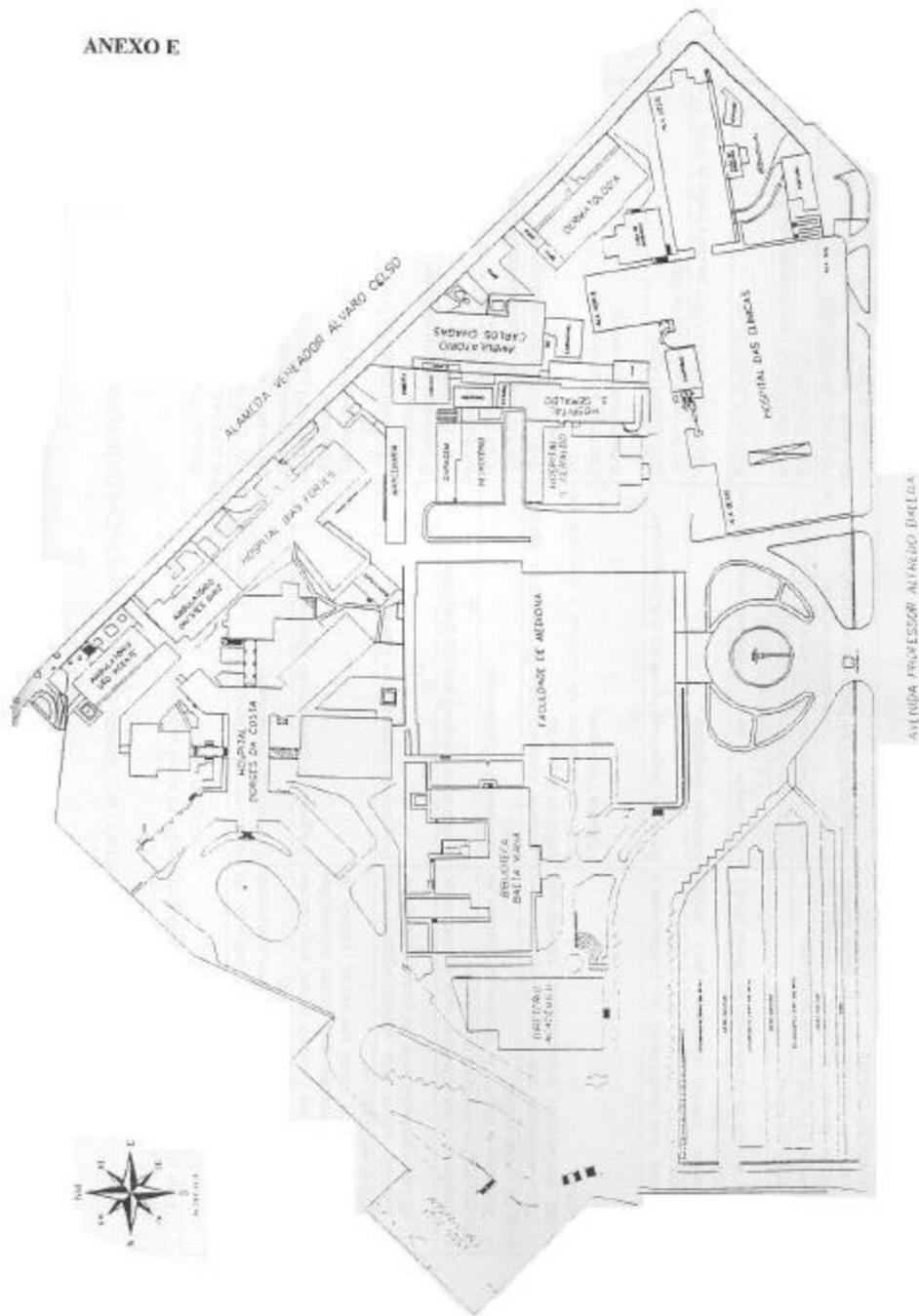
Criada em 1997

Competência: analisar a viabilidade econômico financeira dos projetos de pesquisa e o impacto dos mesmos nos custos do hospital e na produção.

Atuante

Fonte: Assessoria de Planejamento HC / UFMG, 2004.

ANEXO E



ANEXO F

ANEXO III

DIAGNÓSTICO DO I SEMINÁRIO DE HUMANIZAÇÃO DO HC-UFGM

❖ Acolhimento

Toda ação com objetivo da melhoria do atendimento ao nosso público externo: usuários

ACÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO-DATA IMPLEMENTAÇÃO JUSTIFICATIVAS.
• - Efetuar acompanhamento e avaliação do atendimento ao usuário e familiares, e implantar pesquisa de satisfação do usuário	Assessores de Planejamento e coordenação do Programa de Humanização.	IMPLEMENTADO Se encontra em processo de reformulação do Projeto, a ser apresentado no colegiado Gestor das Ufs.
• Organização das Salas de espera: proporcionar conforto e momento para prestar informações do Hospital e saúde preventiva, através de vídeos, cartilhas e etc.	.Programa de Humanização-Comissão	NÃO IMPLEMENTADO por necessitar de recursos financeiros. Elaboração de projetos para buscar parceria..
• Expandir caixas para queixas/sugestões com fichas de preenchimento em pontos estratégicos	Programa de Humanização-Comissão	NÃO IMPLEMENTADO por necessidade de recursos financeiros. É necessário buscar parcerias .
• .Implantar Censo-On-Line para a portaria ter informações precisas sobre os pacientes.	Núcleo de tecnologia/Recepção Hospitalar	IMPLEMENTADO em fevereiro de 2003
• Implantar o Projeto de Sinalização existente no Hospital e Ambulatório.	Assessoria de Comunicação/ DPFO	NÃO IMPLEMENTADO por necessidade de recursos financeiros.
• Criar uniformes com cores diferenciadas por classes profissionais proporcionando identificação específica .	Comissão composta pela Diretoria para estudo e definição de padrões. E os coordenadores de serviços e Gerentes das Unidades Funcionais.	:IMPLEMENTADO por categorias Serviço Social TO Fisioterapia/Psicologia Administrativo e outros.
• Crachás com identificação dos profissionais e acompanhantes	Recepção Hospitalar/Assessoria de Comunicação	6.3 IMPLEMENTADO 6.4 em Novembro -/Março de 2003
• Implantar crachá eletrônico para melhor controle do fluxo.	Recepção Hospitalar	NÃO IMPLEMENTADO; previsão junho de 2004.
• Criar Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC)	Coordenação do Programa/Diretoria/Serviço Social/DTE e Comunicação Social	NÃO IMPLEMENTADO
• Implantar ouvidoria	Coordenação do Programa/Diretoria/CU	IMPLEMENTADO em dezembro de 2003
• Estruturar o Projeto de Acompanhantes.	Comissão composta: SS.Ef. Recepção Hospitalar	IMPLEMENTADO
• Modificar horário de visita, permitindo um horário maior e diferenciado, ou maior número de entrada de visitantes.	Recepção Hospitalar/Programa de Humanização/UFs e Projeto de acompanhantes.	NÃO IMPLEMENTADO Realizado pesquisa junto aos acompanhantes e visitantes do HC, que sugerem aumentar para o número de visitantes. Discussão já realizada juntamente

		com o projeto de acompanhantes e apresentado ao Colegiado Gestor das Ufs para apreciação.
<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o sistema de informação referente ao agendamento de cirurgias, garantindo a realização das mesmas. 	Como fazer?	NÃO IMPLEMENTADO
<ul style="list-style-type: none"> Escalonar horários das consultas ambulatorias. Verificar junto a central, possibilidade de garantia de consultas/continuidade de tratamento. 	Gerente da UF Bias Fortes	IMPLEMENTADO parcialmente. As primeiras consultas são todas agendadas para o primeiro horário, uma para cada sala. Mais ou menos 70% das clínicas (retornos) estão com os horários escalonados, não individualizado, dando vazão e permitindo que os pacientes não aguardem por um tempo muito grande. - Há continuidade no atendimento na clínica de origem. Na necessidade de interconsultas ou de agendamento em novas clínicas o paciente deve voltar a agendar na Central de Marcação.
<ul style="list-style-type: none"> 1-Instituir para todos os profissionais quanto a abordagem dos pacientes: identificar se, 2-dirigir ao paciente pelo nome e explicar lhe os procedimentos a serem realizados. Realizar ações que conscientizem médicos, preceptores e chefes de serviços acerca da importância de prestarem informação aos pacientes e familiares sobre o tratamento e real estado, de preferência pelo mesmo profissional que iniciou o atendimento. 	<p>Chefes de Serviço e Gerentes das Unidades?</p> <p>Como fazer? Discutir nos colegiados gestores?</p>	IMPLEMENTADO 1-Novembro- 2003 Com a mudança do crachá o nome do profissional já está mais visível. 1-Campanha no HC, juntamente com a campanha do crachá. 2- Campanha com todos os profissionais NÃO IMPLEMENTADO
<ul style="list-style-type: none"> Instituir horário de informação aos familiares em todas as unidades de internação do HC e, se necessário, nos Ambulatórios. 	Gerentes das Unidades Funcionais	NÃO IMPLEMENTADO, cada clínica ou Unidade define a forma de prestar informações.
<ul style="list-style-type: none"> Fornecer aos usuários informações escritas sobre horários de visitas, fluxo de atendimento e outras informações pertinentes: (cartilhas informativas); 	Programa de Humanização.	IMPLEMENTADO no mês de maio de 2003
<ul style="list-style-type: none"> Implantar grupos de orientação e eventos de educação em saúde para usuários e familiares 	Programa de Humanização de UF DRH-Projeto/ Qualidade de Vida	Sequencialmente
<ul style="list-style-type: none"> Criar cartilhas com informações básicas sobre prevenção de doenças e educação em saúde de determinadas especialidades 	Programa de Humanização e gerentes das Unidades Funcionais	6.5 NÃO IMPLEMENTADO 6.6
<ul style="list-style-type: none"> Garantir continuidade no atendimento do paciente, preferencialmente, com o mesmo 	----- -----	6.7 NÃO IMPLEMENTADO como fazer, sendo este um hospital escola e há

profissional, ambulatório/internação		fluxo de alunos e residentes: podemos garantir a referência do preceptor
<ul style="list-style-type: none"> Informar aos usuários admitidos os seus direitos e deveres na Instituição, (cartilha) 	Todos envolvidos na Instituição.	Discussão já levada pela diretoria ao conselho de usuários e tramitação de leis do vereador Carlão e do deputado Adelmo leão. O Ministério da Saúde está preparando este material a ser distribuindo em todas os atendimentos de saúde neste ano de 2004.
<ul style="list-style-type: none"> Garantir aos pacientes o início do atendimento nos horários agendados 	Gerentes das Unidades Funcionais?	NÃO IMPLEMENTADO Como garantir? Através de campanhas? Envolver os gerentes das Ufs.
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar manual/banco de dados com todas as rotinas de marcação de consultas/exames/procedimentos e demais serviços prestados pelo HC e disponibilizá-la via <i>intranet</i>. 	Programa de Humanização / Assessoria de Comunicação e todos os coordenadores de serviços, Gerentes e coordenadores administrativos.	7 IMPLEMENTADO 8 PARCIALMENTE EM AGOSTO DE 2003.

Científica:

9 REALIZAÇÃO DE MINI CURSOS RELACIONADOS À PREVENÇÃO NO TRABALHO.	SAST-CIPA e UF DRH- Projeto Qualidade de Vida/Programa de Humanização..	IMPLEMENTADO Início de outubro de 2003
Promoção de eventos científicos, palestras/simpósios relacionados a temas de saúde e cidadania./humanização na assistência.	Programa de Humanização-Qualidade de Vida/Diretoria	IMPLENETADO parcialmente

Eventos comemorativos.

Realizar atividades de confraternização: o objetivo é que todas as datas comemorativas que mobilizam toda a comunidade hospitalar tenham uma comissão para traçar toda a sua estrutura.	UF Recursos Humanos/Assessoria de Comunicação/Programa de Humanização. Definição pelas datas: dia das mães, crianças, funcionalismo público e Natal. Obs: a pediatria já desenvolve atividades seqüenciais.	IMPLEMENTADO Início Maio de 2003 Dezembro de 2003
---	---	---

Artes

Elaboração de projetos visuais no Hospital, com envolvimento dos servidores, com avaliação de setores a serem priorizados.	-----	NÃO IMPLEMENTADO
Inclusão do velório: com mudança visual.	Comissão de Óbitos do HC-UFMG e obras	A SER IMPLEMENTADO , no ano de 2004. Discussão na comissão de obras é de melhorar as condições do Necrotério, sendo que

	no Hospital não há velório..
--	------------------------------

Recursos/doações

Objetivo: Buscar recursos a variados segmentos para implementação de algumas ações e projetos.

Melhorar a quantidade e qualidade de materiais utilizados no serviço de Terapia Ocupacional e para demais setores que realizem serviços nessa área	Campanhas desenvolvidas pelos próprios responsáveis.	IMPLEMENTADO as campanhas.
Fornecer lanches para pacientes após realização de exames, priorizando pacientes de provas funcionais, casos especiais, pacientes que aguardam resultados de exames e para acompanhantes do PA	.Diretoria/Serviço Social/ UF SND	IMPLEMENTADO em partes. Não há recursos financeiros previsto para este custeio. Somente em alguns casos é liberado através do Serviço Social e SND.
- Sistematizar a permanência de profissionais com identificação “Posso Ajudar”, em setores específicos.	Unidade Funcional Recursos Humanos, através de trabalhos voluntários.	IMPLEMENTADO Ano de 2003
Estruturar o voluntário no HC	.Serviço Social –Programa de Humanização – UF DRH	IMPLEMENTADO em partes

Integração de projetos e ações

<ul style="list-style-type: none"> Expandir as iniciativas já existentes (Brinquedoteca, Espaço Lúdico e Socializante, Projeto Brincar, Sala de Espera, ABRAÇARTE e outros). 	Coordenadores de projetos integrados ao Programa de Humanização.	IMPLEMENTADO EM PARTE. Ano de 2003
<ul style="list-style-type: none"> Integrar projetos e ações de Humanização já existentes. 	Já iniciado. É um processo contínuo. Inclusive de encaixe de novos projetos, em áreas que não possui. Parceria com a Pro-reitoria de Extensão da UFMG..	IMPLEMENTADO EM PARTE. Ano de 2002/03/04

- Engenharia/Segurança/Infra-estrutura/Obra

Melhorar as condições de trabalho em relação a recursos de material de uso diário, equipamentos, mobiliários e condições ambientais e infra estrutura.	Diretoria e gerentes das Unidades Funcionais.	IMPLEMENTADO em parte.
Melhorar as condições físicas das copas dos setores.	A definir	NÃO IMPLEMENTADO

Criar nova passagem pelo subsolo que faça ligação do Hospital com o Campus Saúde.	-----	NÃO IMPLEMENTADO Projeto inviável com a nova portaria. A passagem do subsolo já está definida para determinados casos, visando maior controle de segurança para o HC.
Reformar elevadores do Ambulatório Bias Fortes.	DSG da UFMG	IMPLEMENTADO Ano de 2003
- Adaptar a sinalização em Braille para portadores de deficiências visuais	A definir	NÃO IMPLEMENTADO
Adquirir equipamentos que atendam as necessidades da CME.	-----	-----
Estrutura de refeições para pacientes: internados, ambulatoriais e acompanhantes. Verificar em todos os setores, equipamentos e materiais obsoletos existentes encaminhá-los para setor específico	SND- Serviço Social Diretoria e UF Infra-estrutura	IMPLEMENTADO em algumas situações. .IMPLEMENTADO Ano de 2003
- Investir na manutenção preventiva de equipamentos, com capacitação dos usuários para uso correto	Engenharia Clínica	IMPLEMENTADO
.Possibilitar direito de uso do refeitório por qualquer categoria profissional.	-----	NÃO IMPLEMENTADO Há um projeto de reestruturação para adequação de maior quantidade de pessoas. Aguardando recurso financeiro para implantação.
Substituir lanche noturno por jantar para todos os plantonistas.	-----	NÃO IMPLEMENTADO O lanche ofertado é de qualidade que aproxima de um jantar.
Proteger as testemunhas no caso de roubo dentro do HC.	Como fazer?	-----
Acionar conselho de segurança do bairro em caso de roubos e notificação interna para os ocorridos.	Unidade Funcional Infra-Estrutura	É acionado a segurança do Campus Saúde para tomar as providências necessárias.
- Criar uma lanchonete interna.	-----	NÃO IMPLEMENTADO

		Há projeto . Necessita de recursos financeiros para implementação.
Criar vestiários com banheiros para os funcionários.	-----	Existe vestiário que atende a demanda razoavelmente e há projeto de reestruturação. Necessita de recursos financeiros.-----
.Investir na segurança através da sensibilização, educação e promoção de campanhas que visem a mudança de cultura no que diz respeito à segurança	Unidade Funcional Infra-Estrutura e Assessoria de Comunicação	IMPLEMENTADO Contínuo.

10 UF DRH – PROGRAMA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

11 UFRH – PROGRAMA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

1- Caracterização do perfil social do trabalhador do HC: com objetivo de conhecer o perfil do trabalhador afim de planejar ações.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
2- Implementação de sala de convivência cultural: com objetivo de desenvolver a prática e bem estar social , em ambiente que possibilite o desenvolvimento cultural e educativo.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
3- fórum de casais, fóruns de pais e adolescentes.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
4- Economia Doméstica Financeira: Propor ao trabalhador uma reflexão sobre a conjuntura econômica.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
5- Trabalhando o corpo: ginástica no trabalho, dança, teatro, esportes em geral	UFRH : GINÁSTICA LABORAL: UF SND UFRH: CUIDAR – CUIDANDO-SE : OFICINAS COM A UFSPREM	PROJETO EM ANDAMENTO – INÍCIO: 2003 PROJETO EMANDAMENTO – INÍCIO: 2003
6- Artes plásticas, Eventos, círculos de debates: obs 1 está sendo proposto formação de comissão que tratará do tema específico.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
. Campanhas preventivas e educativas com temas de saúde: obs: está sendo proposto formação de comissão que tratará do tema específico.	UFRH E COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR	NÃO IMPLEMENTADO
7- Preparação para aposentadoria: preparar o servidor para a nova etapa de sua vida, objetivando uma transição com tranquilidade.	UFRH	NÃO IMPLEMENTADO
8- Orientação de benefícios UFMG/	UFRH	JÁ

FUNDEP; Proporcionar que os benefícios sejam utilizados e proporcionar orientação social necessária.		IMPLEMENTADO, MAS COM AÇÕES PONTUAIS.
9- Acompanhamento social: prestar atendimento a servidores e seus familiares com algum grau de dificuldade relacionado a problemas funcionais, familiares, financeiros e de saúde.	UFRH	JÁ IMPLEMENTADO, MAS COM AÇÕES PONTUAIS.

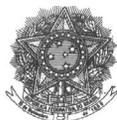
10- Avaliação e orientação quanto aos afastamentos dos servidores licenciados: atendimento e orientação do trabalhador nos aspectos relativos à licença e preparação ao retorno ao trabalho.	UFRH	11.1	JÁ IMPLEMENTADO E JÁ FAZ PARTE DA ROTINA DA UFRH
---	------	------	--

Propostas referente ao Recursos Humanos, discutidas no Seminário

Propiciar maior integração entre as equipes técnicas administrativas, garantindo a multidisciplinariedade	UFRH JUNTAMENTE COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	11.2	JÁ VEM SENDO REALIZADO JUNTAMENTE COM A ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO
Programação de capacitação para as chefias e demais necessidades por categoria profissional.	UFRH		JÁ IMPLEMENTADO – PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO/PLIDERH/UFRH
Melhorar a divulgação e compartilhar as informações entre chefias e servidores	UFRH		JÁ VEM SENDO REALIZADO JUNTAMENTE COM A ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E DIRETORIA
Instituição de política de valorização do Profissional. Obs: formalizar espaços para divulgação de trabalhos dentro do HC:	UFRH		NÃO IMPLEMENTADO

Fonte: HC / UFMG – Comissão de Humnaização

APÊNDICE A



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

Belo Horizonte, 28 de agosto de 2003.

Ao

Prof. Ricardo Castanheira

Diretor do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte

Prezado Professor,

Temos a satisfação de apresentar *Jacqueline Saldanha Mendes da Costa* (Matrícula 2002202367), aluna do Curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração (CEPEAD) da UFMG.

Considerado o mais completo e importante centro de pós-graduação *strictu sensu* do Estado de Minas Gerais e um dos mais respeitados do Brasil, o CEPEAD tem tido papel relevante na formação de professores e pesquisadores para as diversas faculdades de Minas Gerais e do país, além de profissionais altamente qualificados para a administração pública e privada.

Dentro dessa filosofia, voltada ao aperfeiçoamento do conhecimento no campo administrativo, nossa Mestranda atualmente desenvolve sua dissertação sobre aspectos organizativos e gerenciais do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, tendo como objetivo verificar a compatibilidade entre as características estruturais dos hospitais universitários de Belo Horizonte e a proposta de institucionalização do Grupo de Trabalho de Humanização para a condução do referido Programa.

Considerando a relevância desse estudo e a importância do Hospital das Clínicas no contexto dos hospitais universitários de Belo Horizonte e do país, gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração, permitindo o levantamento de dados pertinente ao tema junto a este Hospital.

Ressaltamos a natureza acadêmica e científica da pesquisa e consideramos que a benéfica aproximação entre o CEPEAD e o Hospital das Clínicas representa importante passo na consolidação de relações sempre cordiais e de interesse mútuo voltadas ao fortalecimento acadêmico de nossa Universidade.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional, colocamo-nos à disposição através do correio eletrônico saldanha@cepead.face.ufmg.br ou pelos telefones (31) 9157-6794 e (31) 32799044.

Cordialmente,

Prof. Allan Claudius Queiroz Barbosa
Orientador da pesquisa

Jacqueline Saldanha Mendes da Costa
Mestranda em Administração

ANEXO D

Universidade Federal de Minas Gerais
FACE/CEPEAD

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS DIRETORES

Formação:

Há quanto tempo na direção?

Há quanto tempo trabalho no Hospital das Clínicas / Trajetória

Sobre o PNHAH:

1. Você já teve a oportunidade de ler o PNHAH?
2. Como você percebe a iniciativa do Ministério da Saúde em ao PNHAH?
3. Como você percebe a participação deste hospital no PNHAH? Qual a contribuição do PNHAH, para o hospital?
4. Como você percebe a proposta do PNHAH de constituição e atuação do GTH dentro dos hospitais? Você faria diferente? Como?
5. Como você percebe a atuação do GTH do HC?
6. Na sua opinião, em que aspectos o GTH tem contribuído para os processos de trabalho deste hospital, incluindo a satisfação dos funcionários e a assistência ao usuário?
7. Você considera que os membros do GTH estão devidamente preparados para conduzirem o PNHAH dentro deste hospital? Em caso negativo, na sua opinião, quais conhecimentos e habilidades eles deveriam ter?
8. Em alguma circunstância, você solicitou a participação do GTH? Em caso afirmativo, em qual(is)?
9. Como tem sido o seu envolvimento e participação na condução do PNHAH?
10. Como você percebe o envolvimento e a participação dos demais diretores e gerentes na condução do PNHAH?
11. Como você percebe o envolvimento e a participação dos demais funcionários deste hospital na condução do PNHAH.
12. A possibilidade de obtenção do título Hospital Humanizado e a obtenção de benefícios possíveis a partir do mesmo exerceu alguma influência sobre a decisão de inserir o HC no PNHAH?

Sobre a atuação da diretoria do HC / UFMG:

13. Quais são as principais atribuições da diretoria?
14. Na sua ausência, quem responde pela diretoria?
15. Para o exercício de suas funções, com quais pessoas você tem normalmente que se relacionar? Como é a forma desse relacionamento? (por escrito x verbal / Formal x Informal).
16. Como é o acesso dos demais membros deste hospital a essa diretoria?

17. Em que você se baseia para tomar decisões (normas e procedimentos de rotinas, legislação oficial, necessidades dos usuários, necessidades da Instituição, sua própria experiência - pessoal/profissional, opinião da direção; opinião funcionários; opinião do colegiado)?
 18. Você tem o hábito de consultar alguém específico antes de tomar alguma decisão? Quem e qual o cargo dessa pessoa?
 19. Que tipos de decisões você toma sem que, para isso, você precise consultar outras instâncias de poder?
 20. Você considera que os processos de tomada de decisões dentro do HC ocorrem de forma:
 21. Qual a sua avaliação sobre a atual forma de administração colegiada / atuação dos colegiados geral e internos?
 22. Você percebe alguma diferença de atuação (autonomia, iniciativa ...) na condução dos trabalhos entre as unidades funcionais? (Pensando em termos de áreas: assistenciais, de apoio e administrativa e de assinatura do contrato com a diretoria)
 23. Você percebe alguma diferença de autonomia para o exercício das funções entre as categorias profissionais existentes no hospital? Em caso afirmativo, quais?
 24. Na sua opinião, até que ponto as normas e os regimentos escritos influenciam os trabalhos dentro deste hospital? Na sua percepção, elas são devidamente obedecidas?
 25. De que forma o controle sobre as atividades individuais e de equipe são avaliadas? Na sua opinião os critérios são os mesmos para todas as áreas / serviços do hospital? Em caso negativo, quais são as diferenças?
 26. Você participa de treinamentos? Em caso afirmativo, quais tipos e com qual frequência?
 27. Os funcionários de seu setor participam de treinamentos? Em caso afirmativo, quais tipos e com qual frequência?
 28. Quais são as principais dificuldades que você tem para o exercício de sua função?
 29. Que fatores facilitam o exercício de suas funções?
-
30. Quem, dentro da Instituição, você considera que seria interessante participar desta pesquisa e porque?

APÊNDICE C

Universidade Federal de Minas Gerais
FACE/CEPEAD

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GERENTES

Nome:

Formação:

Cargo: Há quanto tempo no cargo?

Há quanto tempo no Hospital das Clínicas / Trajetória

Sobre a sua unidade funcional

1. Como é a estrutura de sua unidade funcional?
2. Já foi assinado o contrato de gestão desta unidade com a diretoria? Em caso afirmativo, quando?
3. Quais as principais atividades que você desempenha no dia-a-dia do seu trabalho?
4. Para o exercício de suas funções, com quais pessoas você tem normalmente que se relacionar? Como é a forma desse relacionamento? (por escrito x verbal / Formal x informal)
5. Na sua opinião, até que ponto as normas e os regimentos escritos influenciam os trabalhos dentro deste hospital? Na sua percepção, elas são devidamente obedecidas?
6. Na sua ausência, quem responde pela sua unidade funcional?
7. É comum a realização de atividades não rotineiras em sua unidade? Em caso afirmativo, como elas são encaminhadas?
8. Em que você se baseia para tomar decisões (normas e procedimentos de rotinas; legislação oficial, necessidades dos usuários, necessidades da Instituição sua própria experiência - pessoal/profissional, opinião da direção, opinião funcionários)?
9. Você tem o hábito de consultar alguém específico antes de tomar alguma decisão? Quem e qual o cargo dessa pessoa?
10. Que tipos de decisões você pode tomar sem que, para isso, você precise pedir autorização de seu superior?
11. De que forma e por quem o controle sobre a qualidade do trabalho que você realiza é exercido? Na sua opinião os critérios são os mesmos para todos os outros gerentes do hospital? Em caso negativo, quais são as diferenças?
12. De que forma e por quem o trabalho dos funcionários de seu setor é avaliado? Na sua opinião os critérios são os mesmos para todos os outros funcionários do hospital? Em caso negativo, quais são as diferenças?
13. Qual a sua avaliação sobre a atual forma de administração colegiada / atuação dos colegiados geral e internos?
14. Você percebe alguma diferença de atuação (autonomia, iniciativa...) na condução dos trabalhos entre as unidades funcionais?

15. Você percebe alguma diferença de autonomia para o exercício das funções entre as categorias profissionais existentes no hospital? Em caso afirmativo, quais?
16. Você considera que os processos de tomada de decisões dentro do HC ocorrem de forma:
17. Qual a avaliação que você faz sobre o processo de comunicação e fluxo das informações aqui no hospital?
18. Você participa de treinamentos? Em caso afirmativo, quais tipos e com qual frequência?
19. Os funcionários de seu setor participam de treinamentos? Em caso afirmativo, quais tipos e com qual frequência?
20. Quais são as principais dificuldades que você tem para o exercício de sua função?
21. Que fatores facilitam o exercício de suas funções?

Sobre o PNHAH

22. Você já teve oportunidade de ler o PNHAH?
 23. Como você percebe a participação deste hospital no PNHAH?
 24. Como você percebe a atuação do GTH? Você atuaria de forma diferente?
 25. Na sua opinião, em que aspectos o GTH tem contribuído para os processos de trabalho de seu setor e para a satisfação dos seus funcionários, no trabalho? E para a assistência ao usuário?
 26. Você considera que os membros do GTH estão devidamente preparados para conduzirem o PNHAH dentro deste hospital? Em caso negativo, na sua opinião, quais conhecimentos e habilidades eles deveriam ter?
 27. Em alguma circunstância, você solicitou a participação do GTH? Em caso afirmativo, em qual(is)?
 28. Como tem sido o seu envolvimento e participação na condução do PNHAH?
 29. Como você percebe o envolvimento e a participação da diretoria na condução do PNHAH?
 30. Como você percebe o envolvimento e a participação dos demais funcionários deste Hospital na condução do PNHAH.
-
31. Quem dentro da Instituição você considera que seria interessante participar desta pesquisa e porque?

APÊNDICE D

Universidade Federal de Minas Gerais
FACE/CEPEAD

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS MEMBROS DO GTH

Nome:

Formação:

Cargo: Há quanto tempo no cargo?

Há quanto tempo no Hospital das Clínicas / Trajetória

-
1. Como foi, quando e quem iniciou o processo de adesão deste hospital ao PNHAH?
 2. A adesão ao PNHAH foi debatida com os diversos membros deste hospital? Por quem e por quê?
 3. Como foi o processo de divulgação do PNHAH dentro deste hospital?
 4. Quando o GTH foi formado e como foi o processo de constituição do mesmo (escolha e definição dos membros, quantidade de participantes, elaboração e aprovação do regimento interno)?
 5. Quem são os atuais membros do GTH e quais são os seus respectivos cargos?
 6. Os membros do GTH foram treinados para a condução do PNHAH? Em caso afirmativo, que tipo de treinamento eles receberam?
 7. Em que difere a atual constituição do GTH da inicial? Em caso tenha havido modificações:
 - a) Quais foram e por quais motivos?
 - b) Como os novos membros foram escolhidos?
 - c) Os novos membros receberam algum tipo de treinamento? Em caso afirmativo, qual?
 8. Você considera que todos os membros do GTH estão devidamente preparados para conduzirem o PNHAH dentro deste hospital? Caso negativo, na sua opinião, quais conhecimentos e habilidades ainda seriam necessários?
 9. Qual o tempo que os membros do GTH dedicam às atividades de condução do PNHAH?
 10. Houve uma reorganização dos processos de trabalho nos setores para que os membros do GTH pudessem dele participar?
 11. Quanto às reuniões do GTH:
 - a) qual a periodicidade das mesmas e qual tem sido a assiduidade e pontualidade dos seus membros?
 - b) Outras pessoas (funcionários, comunidade, usuários, sindicatos) são estimuladas a participar? Em caso afirmativo, como é essa participação?
 12. Foi elaborado um plano de ação para a condução do PNHAH? Em caso afirmativo, qual o prazo para a execução do mesmo e quem participou de sua elaboração e aprovação?

13. Para a condução do PNHAH, com quem você tem normalmente que se relacionar? Como é a forma desse relacionamento?
 14. Como são tomadas as decisões do GTH?
 15. Você tem que seguir à risca as normas e regulamentos deste hospital para a condução do PNHAH?
 16. Quais ações foram implementadas pelo GTH?
 17. Quais são os meios de transmissão de informação normalmente utilizados pelo GTH? (Quadro de aviso, correspondências internas, reuniões, pessoalmente, por telefone, meios eletrônicos - *intranet*, e-mail -, normas)?
 18. Como é a participação dos membros do GTH nas tomadas de decisões da direção e outros departamentos deste hospital em questões que envolvam: assistência ao usuário e seus acompanhantes, utilização de espaços físicos, divulgação de informações de interesse coletivo e processos de trabalho.
 19. Quais foram os resultados alcançados pelo GTH?
 20. Como você percebe a atuação do GTH?
 21. Em que circunstâncias normalmente é solicitada a participação do GTH?
 22. Quais fatores dificultam a atuação do GTH na condução do PNHAH?
 23. Quais fatores facilitam a atuação do GTH na condução do PNHAH?
 24. Como você percebe o envolvimento e a participação da diretoria e gerentes na condução do PNHAH?
 25. Como você percebe o envolvimento e a participação dos demais funcionários deste Hospital na condução do PNHAH.
 26. Como você percebe a agilidade no envio de respostas da diretoria e gerentes às questões encaminhadas pelo GTH?
-
-
27. Quem dentro da Instituição você considera que seria interessante participar desta pesquisa e por quê?

RELAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS DO HC/UFMG

UNIDADE FUNCIONAL	SETORES	CONTRATO DE GESTÃO
Pronto Atendimento	-	Não Assinou
Clínica Médica	Clínica Médica de Adulto; Dermatologia; DIP; Endocrinologia; Neurologia; Reumatologia; Centro de Tratamento Intensivo – Adulto.	Não Assinou
Hematologia	Agência Transfuncional; Hematologia; Oncologia; Quimioterapia; Transplante de Medula Óssea.	Assinou
Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde	Fisioterapia; Psicologia; Serviço Social; Terapia Ocupacional.	Assinou
Gineco/Obstetrícia/Neonatologia	Ginecologia; Obstetrícia; Neonatologia.	Assinou
Centro Cirúrgico	Centro Cirúrgico; Anestesiologia.	Não Assinou
Pediatria	-	Assinou
Clínico/Cirúrgica I	Cardiologia/Cirurgia cardiovascular; Nefrologia/Urologia; Hemodiálise; Pneumologia/Cirurgia Torácica; Transplante Renal.	Assinou
Clínico Cirúrgica II	Cirurgia Plástica; Neurocirurgia; Ortopedia.	Assinou
GEN CAD	Instituto Alfa de Gastroenterologia	Assinou
Hospital São Geraldo	Oftamologia; Otorrinolaringologia; Fonoaudiologia.	Não Assinou
Ambulatório Bias Fortes e Borges da Costa	-	Assinou
Apoio e Diagnóstico por Imagem	Imaginologia Medicina Nuclear	Assinou
Patologia e Medicina Laboratorial	Laboratório de Patologia Clínica; Anatomia Patológica.	Assinou
Farmácia	-	Assinou
Serviço de Nutrição e Dietética	-	Assinou
Convênios e Particulares	-	Assinou

UNIDADE FUNCIONAL	SETORES	CONTRATO DE GESTÃO
Serviço de Processamento de Roupas e Esterilização de Materiais	CME;	Assinou
	Costura; Lavanderia.	Assinou
Infra-estrutura	Caldeira; Central de Equipamentos; Limpeza; Patrimônio; Plantão Administrativo; Portaria; Reprografia; Telefonia; Transporte; Velório.	Assinou
Financeiro	Contabilidade; Custos; Faturamento; Tesouraria.	Assinou
Gestão de Materiais	Almoxarifado; CCQM; Compras.	Assinou
Engenharia Hospitalar	Manutenção; Pequenas Obras.	Assinou
Informação e Documentação	Comunicação; Informação; Informática; SAME; Internação.	Não Assinou
Recursos Humanos	-	Assinou

Fonte: elaborado pela autora, a partir de documentos do HC / UFMG