

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

JOSÉ ROBERTO AYRES

**ESTUDO DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO
AMBULATORIAL DE SAÚDE COM FOCO NA QUALIDADE DE
VIDA, NA INTERDISCIPLINARIDADE E NO MÉDICO
GENERALISTA:
UM ESTUDO DE CASO NA BEPREM**

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Janete Lara de Oliveira Bertucci

**BELO HORIZONTE
2003**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

JOSÉ ROBERTO AYRES

**ESTUDO DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO
AMBULATORIAL DE SAÚDE COM FOCO NA QUALIDADE DE
VIDA, NA INTERDISCIPLINARIDADE E NO MÉDICO
GENERALISTA:
UM ESTUDO DE CASO NA BEPREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Administração da PUC-Minas, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Administração.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^a Janete Lara de Oliveira
Bertucci

BELO HORIZONTE
2003

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Ayres, José Roberto
A985e Estudo da implantação de um serviço ambulatorial de saúde com foco na
qualidade de vida, na interdisciplinaridade e no médico generalista: um estudo de caso na
BEPREM / José Roberto Ayres. – Belo Horizonte, 2003.
128f.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Janete Lara de Oliveira Bertucci .
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Programa de Pós-Graduação em Administração. .
Bibliografia.

1. Administração – Estudo de casos. 2. Hospitais – Administração -
Estudo de casos. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento - Estudo de casos. 4.
Saúde – Administração. I. Bertucci, Janete Lara de Oliveira. II. Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDU: 658

Dedicatória

Ao amanhã

E a cada hoje que começa

A todos os jovens e crianças.

A meus filhos Paulo, André, Samuel e o Victor, que veio ao mundo junto com esta dissertação, fiadores da esperança e compromisso na construção de um mundo mais justo, mais fraterno e mais alegre.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Leda da qual herdei incorrigível otimismo, e a meu pai José de São José pelo discernimento e conseqüente acesso a transgressão ética que possibilita o novo.

A minha companheira Analice pela paciência com que suportou a presença deste “outro amor” ao saber.

Ao povo brasileiro que me devolveu a esperança, assumindo o seu destino, ao se eleger Presidente da República na figura de Luiz Inácio Lula da Silva..

A Pontifícia Universidade Católica na pessoa de minha orientadora, Dra. Janete Bertucci, que acreditou e acolheu o meu desejo de aprender.

RESUMO

Analizamos neste trabalho a implantação de um Serviço Interdisciplinar de Saúde com ênfase no médico generalista. Contextualizamos o tema, estudando a assistência à saúde contemporânea e a evolução dos conceitos da abordagem do médico generalista diante do fenômeno da especialização progressiva e das demandas interdisciplinares, bem como os problemas da fragmentação do saber especialista na subjetividade do indivíduo. Pontuamos a medicalização sistemática de problemas de ordem psicossocial, o desperdício de recursos e o aumento dos custos em auditorias em detrimento da criação de incentivos inteligentes e, sobretudo, os resultados insatisfatórios, em qualidade de vida, dos recursos investidos no setor saúde. Destacamos também os aspectos relevantes do desenvolvimento das políticas públicas de saúde definindo gradativamente o papel do estado, que culminou com o Sistema Único de Saúde – SUS e, mais recentemente, com o Programa de Saúde da Família. Enfatizamos a participação dos movimentos organizados, criando os conselhos de saúde enquanto instrumentos de gestão democrática e participativa. Buscando compreender a burocracia profissional enquanto uma configuração complexa presente em serviços de saúde, resgatamos os conceitos de Mintzberg (1995), que destaca que os processos decisórios nessas organizações tendem a ocorrer de baixo para cima e passam pelos interesses dos grupos ou corporações, daí a importância da gestão participativa. Esta pesquisa teve como referência, ainda, o Modelo Estrela de Galbraith (1995), que utiliza cinco categorias administrativas como instrumento de gestão: a estratégia, que determina as diretrizes da organização; a estrutura, que define as relações de poder por meio da qual as diretrizes são implementadas; os processos, que indicam o como fazer; os sistemas de recompensa, que visam assegurar a motivação das pessoas; e, finalmente, as políticas de pessoas, otimizando as energias dispendidas no sentido das metas traçadas. Optamos por realizar uma pesquisa descritiva, entendendo que, assim, poderíamos experimentar novas reflexões sobre o tema que escolhemos e descrever, por meio da análise da fala dos vinte e nove profissionais entrevistados, a *visão orgânica* desses colaboradores e as tendências da organização que constituem. Na apresentação do caso estudado, caracterizamos a organização pesquisada e procedemos à análise do discurso focando a gestão em cada uma das cinco categorias administrativas de Galbraith (1995). Observamos a visão favorável dos profissionais com as diretrizes da organização e que as diretrizes são compatíveis com o discurso das escolas médicas, demais academias e órgãos representativos desses profissionais. Observamos, contudo, ainda, várias fragilidades nos processos de gestão tais como: elaboração e comunicação insuficiente das diretrizes estratégicas, ausência de mensuração dos resultados e retorno desses resultados para os profissionais, dificuldades na parceria com os prestadores de serviço para definir uma política de gestão de pessoas mais adequada e outras. Concluímos que é fundamental para que os processos de mudança apresentem resultados mais satisfatórios, que a gerência organize claramente a produção que emana do coletivo e que está em sintonia com a estratégia da organização, explicita e elabore os conflitos, e reapresente para esse coletivo, claramente onde essas mudanças poderão ocorrer, em contínua avaliação e (re-) direcionamento. Concluímos também que dificuldades nos processos de mudança atribuídos a cultura e resistência podem ser mais bem compreendidas e elaboradas no campo da gestão, utilizando instrumentos como o de Galbraith e os conceitos de configuração profissional.

ABSTRACT

This paper analyzes the implementation of an Interdisciplinary Health Service with emphasis on the generalist physician. To contextualize the subject, we study the contemporary medical care system and the evolution of concepts concerning the generalist physician in face of the phenomenon of the progressive specialization and the interdisciplinary demands, as well as the problems of fragmentation of the specialized knowledge in the subjectivity of the individual. We rank the systematic medicalization of problems of psychosocial order, the wastefulness of resources and the increase of costs in auditorships in detriment of the creation of clever incentives and, above all, the unsatisfactory results of the resources invested in the sector, in terms of quality of life. We also underline the relevant aspects of the development of public policies concerning health, which gradually define the role of the State, culminating with the creation of Brazilian Single System of Health — SUS and, more recently, with the Health of the Family Program. We emphasize the participation of organized groups, which create health advisory boards that serve as instruments for democratic and participative management. To try to understand the complex professional bureaucracy existing in health services and to emphasize the importance of the participative management we use concepts of Mintzberg (1995). Mintzberg's concepts show that decision processes in health service-type of organizations tend to occur from the bottom-up and that groups and organizations play a key role in those processes. This research also references Galbraith's (1995) Star Model that uses five administrative categories as managerial instruments: the strategy, that determines the guidelines of the organization; the structure, that defines the power relations through which the guidelines are implemented; the processes, that indicate how to perform; the rewarding systems, that aim at assuring the motivation of the people; and, finally, the human resources policies, that optimize the energy spent towards the outlined goals. We chose to carry on a descriptiver. We understand that, in this way, we could try new insights on the subject and we could describe the organic visions of the twenty nine interviewed professionals through the analysis of their speech. In the presentation of the case, we characterize the studied organization and analyze the speeches concerning management issues, clustering them into Galbraith's (1995) five administrative categories. We observe the favorable alignment between professionals' visions and organizations guidelines and that the guidelines are compatible with the policies of the agencies that represent these professionals. We observe, however, still some troubles in managerial processes such as: poor elaboration and insufficient communication of strategical guidelines, absence of measurements of the results and, when they exist, inexistence of processes of returning of these results to the professionals to use them as managerial instruments, difficulties in the partnership with other service organizations to define more adequate policies of management of people, among others. We conclude that it is key for the processes of change to result more satisfactory, that management clearly organizes the production that emanates from the collectivity and that is in tune with the strategy of the organization. Also, that management undoubtedly shows the same collectivity where these changes will occur and how they could be continuously evaluated and (re-)directed.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1.1 Introdução	12
1.2 O problema e importância da pesquisa	18
1.3 Proposta e objetivo da pesquisa	19
1.4 Objetivo geral	21
1.5 Objetivo específico	21
2 ASPECTOS RELEVANTES NO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO INÍCIO DO SÉCULO XX	24
2.1 Antecedentes e fatos marcantes na implantação do sistema de saúde no Brasil	25
2.2 O resgate estratégico do profissional generalista	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO	39
3.1 Introdução	40
3.2 Estratégia	42
3.3 Estrutura	46
3.4 Processos	49
3.5 Gestão de pessoas e sistemas de recompensas	52
3.6 Estratégia, estrutura, processos, gestão de pessoas e recompensas nas burocracias profissionais	57
4 METODOLOGIA	62
4.1 Método e técnica da pesquisa	63
4.2 Instrumento de coleta de dados	64
4.3 Caracterização da amostra	66
4.4 O problema da pesquisa	68
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	70
5.1 Caracterização da organização pesquisada	71
5.2 Estratégia	75
5.3 Estrutura	82
5.4 Processo	89
5.5 Gestão de pessoas e recompensas	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
APÊNDICE A	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Estrela 42

Figura 2 - Distribuição do pessoal da Cliserv 67

Figura 3 - Distribuição das entrevistas realizadas 68

Figura 4 - Quadro da descrição do sistema de saúde BEPREM 75

Figura 5 - Organograma da BEPREM 83

Figura 6 - Organograma atual da Cliserv 83

LISTA DE SIGLAS

BEPREM	-Beneficência da Prefeitura Municipal
CEPAL	- Comissão Econômica para a América Latina
CID	- Código Internacional de Doenças
CLISERV	- Clínica dos Servidores Municipais Prof. Darci Ribeiro
IAPB	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPETEC	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte de Carga
IAPI	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais
IAPFESP	- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IPASE	- Instituto de Previdência e Assistência dos servidores do Estado
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica do SUS
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-americana de Saúde
PBH	- Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	- Programa de Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

A crescente tensão social do nosso tempo, com suas conseqüências sobre a saúde individual e coletiva, apresenta novos desafios aos instrumentos de intervenção da sociedade. O desenvolvimento econômico e tecnológico a que assistimos no século XX, o rápido crescimento de algumas empresas no cenário globalizado, exacerbando a concentração de renda e acentuando as diferenças regionais, além da melhoria da qualidade e expectativa de vida para muitas pessoas, dentre outros eventos, têm gerado conflitos e violências. Essa realidade aponta no sentido de que se faz cada vez mais necessário um novo ordenamento dos dispositivos de atenção social que possibilitem diferentes formas de intervenção, ações mais incisivas e resultados em curto prazo nas áreas sociais.

O aprimoramento das leis internacionais dos direitos humanos e a crescente mobilização internacional em defesa desses princípios deixam o Brasil – uma das doze maiores economias do Mundo - em posição desconfortável, na medida em que abriga indicadores sociais extremamente desfavoráveis. Essa realidade nos remete à necessidade de ações no campo social, se quisermos competir com nossos produtos e participar da comunidade dos países desenvolvidos. Barreiras comerciais gradativamente se impõem para países cuja qualidade de vida não é compatível com valores fundamentais e universais da humanidade. O desenvolvimento tecnológico e a diversificação dos produtos necessários ao desenvolvimento econômico demandam competências essenciais das organizações produtivas e, para isso, é necessário mão-de-obra especializada, trocas comerciais contínuas e relações estreitas com a comunidade internacional.

Os instrumentos de intervenção no setor saúde são importantes agentes globais de desenvolvimento, pois têm a seu favor um apelo emocional que toca de forma comum todos os indivíduos, na medida em que trata da manutenção do bem mais caro a que o homem pode aspirar, que é a própria vida. As ações nesse setor não se limitam à área médico-hospitalar, estende-se ao controle das doenças transmissíveis, ao combate ao desemprego, à marginalidade, à violência e outras ocorrências coletivas, que não podem ser tratadas sem considerar o tecido social como um todo. Essas ações envolvem várias disciplinas e setores, como educação, engenharia sanitária, política ambiental e outros, que promovam intervenções que, diretas ou indiretamente, afetam o desenvolvimento social.

No Brasil, uma das principais estratégias de intervenção social, sobre saúde e qualidade de vida, é o Sistema Único de Saúde – SUS. Esse organismo pretende desenvolver não apenas políticas de atendimento, prevenção e promoção de saúde, mas também de construção da cidadania, por meio da participação popular crescente nos conselhos que compõem o processo decisório da instituição. Em seus ordenamentos básicos, propõe que o modelo vigente de atenção à saúde,

deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais (NOB – SUS; 1997).

A definição de políticas corretas para a área da saúde, entretanto, esbarra, muitas vezes, em problemas de implantação e em processos de trabalho inadequados para um cenário de mudanças rápidas e contínuas. Tanto nos países pobres, quanto naqueles em desenvolvimento ou nos países ricos, ainda não foram resolvidos os problemas básicos de saúde. Os primeiros têm, na falta de recursos e na utilização inadequada desses, seu principal problema. Já os países desenvolvidos encontram dificuldades em relação ao modelo assistencial adequado e às formas de gerenciamento ideais. Diaz (1994) nos mostra que em praticamente todos os países, o setor de saúde é uma área da economia que apresenta custos crescentes e resultados insatisfatórios (Porter 1996). Para controlar as distorções no custo-benefício, tem-se recorrido a auditorias internas e externas, essas também com resultados duvidosos, dado que contribuem para o aumento dos custos administrativos. Nos Estados Unidos, por exemplo, os controles do sistema respondem por cerca de 25 % dos custos do sistema de saúde. A situação é tão preocupante que Porter (1996) tratou o tema, preconizando o desenvolvimento de incentivos na própria estrutura do sistema de forma a auto-regular os serviços e levá-lo a minimizar, ou mesmo, a prescindir do papel das auditorias.

O contínuo desenvolvimento de novos produtos e tecnologias, acompanhado por uma forte estrutura mercadológica, além da busca de benefícios imediatos em determinadas situações, muitas vezes, produzem resultados finais questionáveis na qualidade de vida das populações. Os custos da assistência médica podem se elevar mais do que a inflação média do país, como ocorreu no Brasil, tornando quase irrisória a remuneração dos hospitais pelos serviços de atendimento que prestam ao SUS. A pressão da estrutura mercadológica provocou

também distorções no desenvolvimento do sistema de saúde, com a proliferação de serviços em desacordo com as necessidades prioritárias, ou seja, excesso de leitos hospitalares e insuficiente cobertura de serviços ambulatoriais (SIQUEIRA e SIQUEIRA, 1990).

Adicionalmente, há significativa dispersão de recursos em situações evitáveis. Os números da violência urbana são alarmantes, e as lesões não intencionais, aliadas às enfermidades causadas por violência, constituem a primeira causa de mortalidade no Brasil. Também a distribuição dos recursos humanos e de materiais é inadequada, dado que, na região sudeste, reside 59% dos médicos, e na região norte, apenas 3,4% dos profissionais da saúde. O valor total do estoque de equipamentos médico-hospitalares é estimado em 7 bilhões de dólares, mas estima-se que de 20 a 40% deste material esteja inoperante por aquisições inadequadas, qualidade insatisfatória ou uso indevido (SAÚDE NO BRASIL, OPAS, 1998).

Felizmente, o abuso e a manipulação de recursos públicos para o interesse privado já não ocorre de forma tão cínica como no passado. O Estado, em função da organização da sociedade nos conselhos de saúde, vem se aparelhando para assumir o controle dos processos de prestação de serviço. O princípio da *participação popular* é um instrumento de promoção social e fundamental ao SUS e favorece a consciência política e construção da cidadania. Fazer com que cada um assuma a responsabilidade pela sua saúde representa a principal estratégia para a efetivação da saúde como qualidade de vida e não como o estado de ausência da doença. Outro princípio adotado pelo SUS é o da *integralidade*, que compreende ações específicas, dirigidas a grupos específicos. Assim, a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades de grupos, mesmo que sejam pouco significativos em termos populacionais. Daí a importância de sustentar projetos e ações direcionadas especificamente à população indígena, aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores do HIV e de outras moléstias e enfermidades, às gestantes, aos consumidores de drogas, aos portadores de distúrbios mentais. Vários desses projetos têm recebido destaque internacional pelos resultados alcançados. (PRINCÍPIOS E CONQUISTAS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os determinantes sociais das doenças, como foi dito, ocorrem em função da violência urbana, dos problemas gerados pelo trânsito, dos agravos produzidos pelas doenças transmissíveis, da falta de controle de doenças endêmicas, das condições de trabalho inadequadas e da violência doméstica dentre outros (SAÚDE NO BRASIL, OPAS, 1998).

Esses problemas, tão presentes em nossa sociedade, demandam por ações específicas, freqüentemente coletivas e de natureza educativa e, de maneira geral, não são diagnosticados numa consulta médica comum.

O adoecer psíquico como resposta do organismo humano a estímulos agressivos do ambiente é amplamente reconhecido pela medicina. A medicina psicossomática mostra que o corpo responde com desvios funcionais a situações adversas no mundo externo, sobretudo em suas relações interpessoais. Essas respostas a estímulos adversos, se repetitivas, podem levar a alterações definitivas de tecidos e de órgãos. Muitas vezes, a prática médica, premida pelo desejo imediato do cliente, tende a medicalizar fenômenos funcionais, que representam problemas decorrentes da ausência de uma visão integrada por componentes biopsicossociais. Nessas circunstâncias, o tratamento é dirigido para os sinais orgânicos de um desequilíbrio sistêmico, exames são solicitados e tratamentos prescritos, aumentando o custo da saúde, sem extinguir as alterações orgânicas, os sintomas e, principalmente, as causas da doença.

O fenômeno da medicalização, embora a origem esteja em problemas de outra ordem, também tem origem na deficiência de organização dos serviços de saúde, que, embora contem com profissionais de outras disciplinas, deixam de utilizar esses serviços, por não estarem suficientemente integrados ou por não fazerem parte da cultura médica e da rotina da unidade de atendimento do profissional médico, que, às vezes, resiste a esse tipo de encaminhamento.

Pesquisa realizada em ambulatório mantido pela UFMG revelou que, de uma amostra estudada de 1.000 consultas, um terço delas apresentava problemas orgânicos, outro terço problemas psicológicos e o terço restante, associação dos dois (PEDROSO *et al.*, 1997). Consolidando o que já é senso comum, a prevalência de problemas não orgânicos é mais uma vez evidenciada nesse estudo. Os diagnósticos efetuados mostram a prevalência das questões psicossociais, em que ações e tecnologias desenvolvidas por outras disciplinas, como a psicologia e o serviço social, podem ter resultados satisfatórios, não só pela especialidade tecnológica envolvida, mas também pelo valor que agregam, se utilizadas de forma integrada com o ato médico.

Muitos dos determinantes sociais das doenças, além da necessária ação político-social, são melhor abordados no contexto individual e comunitário por outras disciplinas, como a enfermagem, a odontologia, o serviço social, a psicologia e em ações integradas de cunho preventivo. Apesar das evidentes vantagens de ações preventivas, ainda se gasta muito mais tratando as doenças do que as prevenindo. Parte disso deve-se ao fato de que grandes interesses envolvem o setor saúde em todo o mundo, uma rede que inclui prestadores de serviços e produtores de insumos e representa um dos cinco maiores negócios nos Estados Unidos, por exemplo (SIQUEIRA, 1987).

A interdisciplinaridade e a fragmentação das especialidades médicas nos remete ao lugar comum da necessidade de constituir elementos integradores que possam oferecer sínteses provisórias para sustentar o direcionamento dos processos de cura ou de intervenção social. O corolário de uma prática fundada no saber de várias disciplinas é a necessidade de se construir ações integradoras, pois o saber hegemônico – que constitui lógica das especialidades - é fragmentado e constitui-se em base de uma lógica que submete a maioria das pessoas que procuram os serviços de saúde, em todas as classes sociais. Neste trabalho, aceitamos a multidisciplinaridade e a especialização como fenômenos próprios de nosso cenário assistencial e defendemos a necessidade de que se desenvolvam mecanismos integradores de natureza interdisciplinar.

O modelo de intervenção interdisciplinar pressupõe uma abordagem complexa dos diversos fenômenos que originam a doença e considera as vantagens de diferentes olhares para lidar de maneira comum com as necessidades dos clientes ou usuários do sistema. A intervenção interdisciplinar reconhece a importância da especialização como uma técnica necessária, porém insuficiente, para lidar sozinha com o complexo fenômeno da doença. Na perspectiva interdisciplinar, devem ser incorporados outros saberes e criadas novas formas de participação do cliente-usuário no tratamento, que deverá assumir posturas mais ativas, de preferência em movimentos coletivos, buscando formas mais favoráveis de estar no mundo.

O trabalho interdisciplinar implica uma série de problemas, que começa pela dificuldade pessoal de se relacionar com outros profissionais e com outros saberes, mas, sobretudo, envolve uma atitude constante de rever a própria prática médica, que deve inserir-se num processo de aprendizado contínuo. A interdisciplinaridade acarreta, com frequência, o

desenvolvimento de novas relações dentro de uma organização, a começar pelo questionamento do saber médico como hegemônico dentro das organizações e do sistema de saúde. Vasconcelos (1997) lembra que, em sua forma estrutural, a interdisciplinaridade leva à reciprocidade, ao enriquecimento mútuo, a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, que coloque em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e da convergência dos conceitos, gerando uma fecunda aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.

Jantsch (1980, p. 31) descreve interdisciplinaridade como uma relação que trata "da síntese de duas ou várias disciplinas, instaurando um novo nível do discurso (metanível), caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais". Ainda, para esse autor, pluri ou multidisciplinaridade é a justaposição de várias disciplinas sem nenhuma tentativa de síntese, enquanto a transdisciplinaridade "é o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade" (JANTSCH, 1980, p. 31) e a consequência normal da síntese dialética provocada pela interdisciplinaridade, quando esta for bem-sucedida. Weil, D'Ambrosio e Crema (1993, p. 31) relacionam os três fatores que impulsionam a síntese interdisciplinar: "o processo de impulso de atração inerente à evolução mesma da ciência; a força de atração do social; e a força de atração exercida por uma visão transdisciplinar".

Hainaut (1995, p. 47) considera que o aparecimento da interdisciplinaridade ocorre como decorrência da excessiva especialização que contaminou também o saber e a área de atuação da medicina no século XX.

Hoje as disciplinas são, aliás, invadidas por um gigantismo que as sufoca, as desvia do seu papel simplificador e as encurrala no beco sem saída da hiperespecialização. Os inconvenientes cada vez mais óbvios da divisão, a necessidade cada vez mais manifesta de perspectivas globais e a contestação da devoção por um objeto que faz com que se esqueça o homem, levaram aos poucos à concepção e à promoção daquilo que se chamou interdisciplinaridade.

O modelo interdisciplinar, como uma alternativa ou um complemento ao modelo

especialista, pode ser utilizado com vantagens, para a assistência prestada pelos planos de saúde. Esses planos de saúde, gradativamente, poderão incorporar a seus recursos de atendimento e ações de promoção e prevenção de saúde também recursos de outras disciplinas. Essa incorporação deverá ocorrer não só por determinação da agência nacional de saúde suplementar, como vem ocorrendo de forma gradativa, como no caso da exigência de serviços abertos de saúde mental que envolve atividades interdisciplinares. Também os interesses econômicos dos próprios planos de saúde podem ser evocados, pois essa nova concepção melhora a qualidade do atendimento e tende a diminuir os custos finais de cobertura aos associados. Alguns planos de saúde de natureza corporativa, como ocorre com a Unimed-BH, já estão incorporando a seus procedimentos usuais os exames periódicos de natureza ocupacional, para intervenções com foco na promoção e prevenção de saúde.

Várias questões ainda precisam ser trabalhadas na construção desse modelo, e é bem provável que o processo passe por uma fase intermediária, que Vasconcelos (1997) chama de *Interdisciplinaridade Auxiliar* e conceitua como o trabalho das disciplinas a serviço de uma disciplina já existente, que vai dominar e coordenar as demais. Devido à hegemonia do saber médico, num primeiro momento, é previsível e desejável que a ênfase do atendimento e da integração ocorra nas ações do médico generalista. O que se destaca nesse momento é que, tanto os especialistas médicos quanto os profissionais de outras disciplinas, se deslocam de seus lugares comuns e são chamados a pensar e atuar de forma participativa e interativa nas questões relativas à saúde e qualidade de vida, atuações essas que, com raras exceções, não fazem parte dos protocolos de atendimento desse profissional.

1.2 O problema e importância da pesquisa

Ao trabalhar com a implantação do modelo interdisciplinar com ênfase na qualidade de vida e no médico generalista, os profissionais envolvidos têm-se deparado com algumas questões que dificultam a operacionalização plena e eficaz dessa proposta. Entre essas dificuldades, destacamos problemas relacionados à cultura do atendimento médico, com sérias implicações para os usuários e os profissionais de saúde.

A ênfase no generalista, que se pretende como fundamental ao modelo, encontra

resistências, pois muitos clientes usuários já chegam com uma demanda pronta para ser colocada ao especialista. Os profissionais de atendimento, alguns mais sensíveis às diretrizes estratégicas do modelo, incorporaram de forma mais rápida e consistente as propostas, mas outros parecem levar mais tempo para rever suas práticas. No que se refere ao compartilhamento de ações com profissionais de outras disciplinas, o problema se mostra ainda maior.

Muitas são as vantagens que podem advir da incorporação desse modelo. A abordagem de problemas de saúde por outras disciplinas, acompanhado pela visão integradora do médico generalista, pode diminuir o número de exames de apoio diagnóstico usualmente pedido nos sistemas de saúde, diminuir a exposição química de medicamentos desnecessários e melhorar os índices de satisfação do usuário. A mudança na abordagem médica, de tratamento das doenças para promoção da saúde e foco nas ações preventivas, mostra-se um desafio ainda maior, na medida em que apenas algumas poucas práticas médicas incorporaram esse olhar ao dia-a-dia das consultas.

Pretendemos, a partir dos fundamentos teóricos relatados, estudar a condução das questões estratégicas envolvidas na implantação desse modelo de atendimento e sobre ela refletir, analisando as etapas, as alterações no processo, os resultados e os desafios ainda a serem vencidos na organização como um todo.

Acreditamos que esta pesquisa poderá proporcionar subsídios para o desenvolvimento do sistema administrativo gerencial e oferecer suporte a essa proposta, que exige mudanças nas estratégias de gestão até então utilizadas no sistema de saúde. Dado que os modelos de administração usuais não atendem as necessidades de mudança, é necessário desenvolver um sistema de integração mais adequado entre os parceiros e fornecedores e maior envolvimento dos gestores organizacionais.

1.3 Proposta e objetivos da pesquisa

Este estudo de caso foi realizado em uma organização que tem como objetivo a prestação de serviços ambulatoriais de saúde, funcionando como porta de entrada para um

sistema de assistência à saúde do servidor público municipal de Belo Horizonte. O modelo em questão está sendo estruturado na Beneficência da Prefeitura Municipal – BREMEM –, uma autarquia, cujas unidades próprias e credenciadas de produção de serviços de saúde atendem os servidores públicos municipais e seus dependentes. Os gerentes e coordenadores dos serviços pretendem formar um sistema integrado de atendimento de natureza interdisciplinar e com foco no médico generalista.

Esse sistema integrado de atendimento ambulatorial tem como objetivo desenvolver, em suas intervenções usuais de porta de entrada de sistema de saúde, uma prática voltada para a prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida. Utiliza, para tanto, serviços de outras disciplinas, tais como serviço social, psicologia, fonoaudiologia e outros. Além das atividades próprias de cada disciplina, o sistema proporciona também a seus associados atividades de entretenimento, lazer e desenvolvimento pessoal, assim como apoio às atividades laborais, de crédito e assistência jurídica.

O sistema implantado pretende trabalhar de forma a integrar as várias ações que agregam valor à saúde do usuário, centra foco no atendimento do médico generalista, que atuaria não como um triagista, mas como um elemento integrador de alta complexidade, dispondo, inclusive, de mais tempo-médio por consulta do que os especialistas, para desenvolver seu trabalho junto aos usuários-clientes.

O profissional com perfil generalista, do qual se espera a realização das funções de integrar as ações de saúde prestadas ao usuário, apresenta capacidade (prevista em contrato de prestação de serviços), para utilizar tecnologia complexa em casos de urgência e emergência, inclusive aquelas necessárias ao suporte básico de vida como respiração assistida e monitoração cardíaca. Utiliza, ainda, um sistema de informação para suporte à decisão e, quando necessário, aciona a interconsulta a especialistas e profissionais de outras disciplinas. Todas essas informações são processadas em prontuário eletrônico e deverá ser disponibilizada, ao longo do desenvolvimento do sistema, para os profissionais que trabalham com os usuários nos vários núcleos de serviços, de acordo com os princípios éticos e a legislação específica do setor.

O sistema pretende compatibilizar as vantagens do saber próprio de cada

especialidade médica e das demais disciplinas, integradas pela prática mais ampla do generalista. Parte do princípio de que essa prática, sustentada também pelo foco na qualidade de vida, pode superar a fragmentação da hiperespecialização e apresentar ainda um alto grau de resolatividade ao nível do generalista, com uma relação custo-benefício mais favorável do que a do sistema tradicional.

Desenvolvemos nossa análise com base nas cinco categorias administrativas articuladas por Galbraith (1995a) no seu Modelo Estrela, quais sejam: estratégia, estrutura, processos, gestão de pessoal e recompensas. A avaliação do processo de mudança com base nessas cinco dimensões deverá ser capaz de nos oferecer subsídios que reorientem o processo de implantação dessa prática inovadora, embora, sob o aspecto conceitual, a questão não seja nova. O estudo da organização foi elaborado com base nas configurações estruturais de Mintzberg (1995), em que o autor descreve as várias estruturas determinadas pelas relações de poder que ocorrem no interior das organizações. Acreditamos que este estudo deverá possibilitar uma melhor compreensão da natureza das organizações de saúde, possibilitando intervenções mais elaboradas.

1.4 Objetivo geral

Identificar, a partir do ponto de vista da teoria das organizações e das categorias administrativas de Galbraith (1995a), utilizando as respostas ao questionário dos profissionais da clínica onde se deu o presente estudo de caso, os problemas existentes na implantação de um atendimento interdisciplinar focado no médico generalista.

1.5 Objetivos específicos

- Compreender, a partir da teoria das organizações, os movimentos de um serviço de saúde em processo de mudança, de forma a permitir reorientação contínua das ações.
- Avaliar as estratégias utilizadas de forma espontânea ou deliberadas e os resultados obtidos, assim como propor ações corretivas e facilitadoras para implantação do novo modelo.
- Identificar e analisar a estrutura da organização, seu viés de hierarquia e distribuição de

poder, e a adequação dessa distribuição à natureza da organização e aos resultados pretendidos.

- Estudar os processos de maior relevância, desde a recepção, passando pelo apoio diagnóstico até o atendimento médico, farmácia, encaminhamento a outras disciplinas e especialidades, assim como os processos informatizados, avaliando sua congruência com as mudanças pretendidas.
- Analisar as recompensas oferecidas aos profissionais envolvidos na assistência, avaliando sua adequação ao projeto de mudança, e a satisfação pessoal atingida.
- Identificar as políticas de pessoal utilizadas pela organização e sua eficácia nos processos de mudança.
- Facilitar a formulação de estratégias de promoção de saúde e qualidade de vida, superando o foco atual de tratar doenças dos processos tradicionais e otimizando os recursos disponíveis para a área social em ações mais inteligentes.

No primeiro capítulo, procuramos contextualizar o tema saúde em nossos dias, destacando o fenômeno generalista *versus* especialista e as possibilidades das intervenções interdisciplinares. Concomitantemente, abordamos questões relevantes da economia da saúde e os objetivos da pesquisa.

Descrevemos, no segundo capítulo, aspectos que nos pareceram relevantes na organização participativa do setor saúde ao longo do século XX, iniciado com a criação das Conferências nacionais de saúde, em 1937, até a implantação do SUS, em 1988.

No terceiro capítulo, apresentamos o referencial teórico, os conceitos da teoria das organizações e categorias administrativas como estratégias, estrutura, processos, recompensas e políticas de pessoal, por meio dos quais vamos abordar as questões aqui suscitadas.

O método utilizado para procedermos ao presente estudo, que se caracteriza como uma pesquisa exploratória qualitativa, realizada por meio de um estudo de caso na BEPREM, serviço de saúde implantado há dois anos que pretende desenvolver uma prática interdisciplinar de assistência, tendo no médico generalista seu elemento integrador será o assunto do quarto capítulo.

No quinto capítulo analisamos e discutimos os resultados da pesquisa, considerando os movimentos organizacionais e as respostas obtidas junto aos profissionais envolvidos no atendimento realizado pelo serviço de saúde estudado.

Considerando os resultados mais relevantes da pesquisa, fizemos, no sexto e último capítulo, nossas considerações finais em que analisamos as intervenções que vêm sendo realizadas com vistas às mudanças em curso, a visão dos profissionais envolvidos, suas crenças, propostas para alavancar os processos de mudança e as principais implicações, limitações e sugestões para os resultados pretendidos pela organização.

2 ASPECTOS RELEVANTES NO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO SÉCULOXX

2.1 Antecedentes e fatos marcantes na implantação do sistema de saúde no Brasil

Iniciamos nosso resgate histórico, retomando os fatos que ocorreram na passagem do século XIX para o século XX, com um grande fluxo de escravos libertos e imigrantes para a cidade do Rio de Janeiro que crescia celeremente. Esse crescimento rápido e desorganizado fez com que se multiplicassem as habitações coletivas, quase sempre em condições precárias. Como consequência, ocorreram violentas epidemias de febre amarela, varíola e cólera-morbo. Tal situação, além do enorme custo social, com a perda de muitas vidas, comprometia a imagem da cidade e do País, além de prejudicar as relações internacionais e o aporte de investimentos para o Brasil.

Como consequência dessa situação, tivemos a mobilização necessária para a realização do primeiro plano urbanístico para a cidade do Rio de Janeiro. Este plano foi elaborado entre duas epidemias muito violentas (1873 e 1876) e sua concepção dirigia-se a três focos essenciais: saneamento, alargamento de ruas e embelezamento da cidade. Nesse período, o País vivia grandes dificuldades econômicas e foi somente 30 anos depois, com a recuperação ocorrida no governo Campos Sales (1898-1902), que o seu sucessor, Rodrigues Alves, pode realizar o plano de renovação urbana da capital, que ocorreu entre 1903 a 1906 (A REFORMA URBANA, 2000).

O século XX veio a se caracterizar por grandes avanços tecnológicos e pelo desenvolvimento de políticas públicas. Na primeira metade do século, já havia ações institucionalizadas na área da saúde, ações essas que se aceleraram a partir da segunda metade desse século, quando ocorreram intervenções seguidas do Estado para melhorar a infraestrutura de suporte para o desenvolvimento econômico e por melhorias na qualidade de vida da população em função das pressões da sociedade civil.

Nos anos trinta com a aceleração da industrialização do país, assistimos ao crescimento da demanda por saúde, e a cobertura foi gradativamente realizada pelos fundos de aposentadoria e pensões nos vários institutos que foram se formando: como o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos – IAPM – (1933), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos bancários – IAPB – (1934), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes – IAPC - (1934), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos industriários –

IAPI – (1938), o Instituto de Previdência e Assistência dos servidores do Estado – IPASE – (1938), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas – IAPETEC – (1938), e posteriormente o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos – IAPFESP – (1960).

Em janeiro de 1937, é promulgada a Lei n. 378, que previa a convocação da Conferência Nacional de Saúde a cada dois anos. Essa conferência tinha como objetivo reunir profissionais da educação e da saúde, para fazer uma avaliação crítica geral das atividades desenvolvidas naquele período. O encontro deveria também estabelecer medidas corretivas e constituir novas ações para enfrentar os problemas que atingiam a comunidade brasileira. Quatro anos depois, em novembro de 1941, no governo Getúlio Vargas, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde. Reuniram-se pela primeira vez os delegados, convocados pelo então ministro da educação e saúde, Gustavo Capanema. Essa conferência foi realizada em duas etapas, a primeira com foco na educação e a segunda, com foco na saúde. A partir dessa época, as conferências passaram a ser realizadas de forma mais ou menos regular.(HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE ,2001)

No ano de 1946 foi criada a Organização Mundial de Saúde – OMS – e em 1948 foi realizada a Declaração Universal dos Direitos Humanos que delineou de forma clara as responsabilidades do Estado perante a pessoa humana, no cenário contemporâneo, enunciando o que esses estados deveriam minimamente proporcionar aos seus cidadãos: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade e outros direitos básicos. No Brasil, na América Latina, contudo, não havia, àquela época, nenhuma política mais elaborada para a área social e, em particular, para o setor da saúde.

Até os anos 50, a Comissão Econômica para a América Latina – CEPAL – vinha trabalhando a idéia de que o desenvolvimento social viria com o desenvolvimento econômico. Partindo desse princípio, o Estado brasileiro voltou-se para a industrialização, sem considerar o pressuposto de que deveria haver no Brasil condições mais propícias de educação, saúde e cultura, como o que já havia em outros países do primeiro mundo (RUBENS, 2001).

O crescimento industrial em cenário pouco favorável de educação e saúde ameaçou, desde o início, a continuidade do desenvolvimento econômico. Na falta de

estruturas de serviço para atendimento aos trabalhadores, ficou claro que o crescimento industrial por si não resultava em correspondente melhoria das condições de vida da população como um todo. De imediato, tanto a formação de mão-de-obra quanto do mercado consumidor ficaram comprometidos. Essa situação foi gradativamente pressionando os planejadores a construir alternativas setoriais, com vistas a melhorar os resultados no campo social.

Já, em 1953, o comércio de medicamentos - ponto estratégico da assistência médica - apresentava aumentos abusivos de preços e graves problemas de falsificação. Para tentar resolver essa questão, foi sancionada a Lei n. 5.991, que dispunha sobre o controle sanitário, o comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos. A necessidade de obter resultados no campo social levou ao desenvolvimento de ações setoriais, que influenciaram a separação do Ministério da Saúde do Ministério da Educação (Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953). Não foi, contudo, um processo rápido: o detalhamento das atribuições da pasta ocorreu em 1954, baixando normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, mas que somente foi regulamentada em 1961 (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

Outras iniciativas foram gradativamente sendo incorporadas e por volta de 1955, devido à ineficiência dos serviços médicos a que seus trabalhadores tinham acesso na época, empresas como a Acesita, e a Volkswagen estabeleceram os primeiros contratos com grupos médicos para a cobertura assistencial a seus empregados (SIQUEIRA e SIQUEIRA, 1990).

A possibilidade de contaminação do continente americano pela revolução cubana teve também importante influência na época. A idéia de que o socialismo pudesse se expandir nas Américas inquietava os países desenvolvidos, em particular os Estados Unidos. Parte influente dos americanos defendia a necessidade de trabalhar as desigualdades e erradicar a miséria como alternativa para defender os países pobres do risco de se converterem ao socialismo, bem como para também possibilitar a constituição de mão-de-obra e mercado consumidor para as empresas e os produtos americanos.

No início dos anos 60, período de sistematização do pensamento estratégico em Harvard, as políticas econômicas formuladas pelos países desenvolvidos para a América

Latina condicionavam a concessão de empréstimos ao desenvolvimento de planos nacionais, capazes de articular o crescimento econômico ao desenvolvimento social.

Nesse período, tiveram início de forma mais sistematizada reagindo a institucionalização das distorções os trabalhos técnicos da área econômica e dos profissionais de saúde, que passaram a realizar programação conjunta, com vistas a racionalizar o uso dos recursos. Até então, muitos desses recursos estavam à mercê do jogo político e eram, com frequência, distribuídos em função dos interesses pessoais e/ou de grupos e usados a revelia das reais necessidades e prioridades da maioria da população.

Os técnicos e profissionais da saúde na América Latina, acreditavam que o desenvolvimento de políticas setoriais seria capaz de impactar a economia como um todo e constituiria uma estratégia para superação do subdesenvolvimento, pensamento inverso ao defendido pelos técnicos da CEPAL nos anos 50 (RUBENS, 2001).

Por outro lado, desenvolvia-se a tendência de investir em saúde, particularmente nos grandes centros urbanos, de forma a atender os interesses da mão-de-obra para a indústria. Essa tendência viria a influenciar todo o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, de maneira mais acentuada a partir dos anos 50. No período inicial, esse movimento foi caracterizado pela concentração de serviços nas áreas urbanas e pela proliferação de equipamentos hospitalares, em detrimento de ações básicas de saúde. Esse movimento teve a participação da indústria de insumos para a saúde, esperando adoecer para tratar.

A lei orgânica da previdência social de 1960 institucionalizou a prática de concentração de recursos nas áreas urbanas, prevendo remuneração destes serviços pela previdência social. Em 1964, é organizada a primeira empresa médica brasileira, denominada Policlínica Central Ltda., negócio que logo se revelaria promissor. Em 1966, com a união dos vários institutos de aposentadoria, pensões e previdência, seria formado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS -, a restituição de gastos com assistência médica foi instituída, passando as empresas a descontarem um dado percentual do pagamento a ser efetuado à Previdência Social, fixado em função do número de trabalhadores. Esse aporte de recursos permite que os grupos médicos prestadores de serviços à assistência médica da previdência social em São

Paulo crescessem rapidamente, passando de 10 grupos em 1965, para 90 grupos em 1972, atendendo aproximadamente 3.000.000 de beneficiários. (SIQUEIRA, 1987a).

A década seguinte, é marcada por importantes contradições, ao mesmo tempo em que o Brasil vive o período mais violento do regime autoritário, período também da ascensão e queda do regime socialista no Chile, assiste-se na América Latina à definição de importantes resoluções estratégicas na área da saúde, entre elas as propostas de extensão de cobertura por meio da atenção primária. Esta política culminou com a elaboração de um Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1973, onde destaca-se a estratégia da participação popular no planejamento das áreas sociais (RUBENS, 2001).

Ao mesmo tempo, no Brasil, observamos um imenso crescimento dos repasses de recursos públicos para pagamento dos prestadores de serviços médico-hospitalares. A falta de informações adequadas, em particular de estudos epidemiológicos, comprometeu tanto os critérios para utilização desses recursos, como o processo de prestação de contas dos serviços realizados, mantendo-se a tendência de concentração de investimentos públicos nos centros urbanos e na assistência hospitalar. No começo da década de 70, mais de 80% das consultas ambulatoriais eram prestadas pelo próprio INAMPS; em 1978, 66,5% dos serviços ambulatoriais foram prestados pela iniciativa privada, o que significa que o uso da rede pública caiu para menos da metade (SIQUEIRA, 1987a).

Nesse período, a extensão de cobertura a toda a população passou a ser discutida sistematicamente pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS –, que colocou esse tema como prioridade em seus programas para cooperação técnica em escala internacional. Os projetos financiados pelos organismos internacionais, como o Banco Mundial, passaram a ser condicionados a projetos que contemplassem a expansão da cobertura.

Esse foi um período de investimentos em equipamentos e na ampliação das estruturas de atendimento. Contudo, a falta de um planejamento mais elaborado resultou no uso de recursos que deveriam financiar a política de expansão de cobertura, recomendada e incentivada pela OPAS, sendo direcionados para a compra de equipamentos e construção de hospitais, de forma desordenada e sem qualquer critério de prioridade. O atendimento básico à população praticamente inexistia, e os hospitais fraudavam o faturamento, fato moralmente

aceito como forma de correção de uma tabela defasada para pagamento dos procedimentos hospitalares.

No ano de 1975, foi sancionada a Lei n. 6.229, que institui o Sistema Nacional de Saúde e finalmente explicitou a missão do Ministério da Saúde e o Sistema de Vigilância Epidemiológica, regulamentação essencial para a continuidade da organização do sistema de saúde. Em 1976, foi sancionada a Lei n. 6.360, que institucionalizou a Vigilância de Medicamentos e correlatos e realizou a modernização administrativa do Ministério da Saúde.

Em 1980, no discurso de abertura da 7ª Conferência Nacional de Saúde, o ministro Waldir Mendes Arcoverde inicia o processo de divulgação das contradições do sistema e da impossibilidade de que o Estado continuasse a sustentar os *deficits* continuamente gerados e acumulados. A crise da economia mundial e o fim do milagre econômico já não mais permitiam tanto desperdício. A ausência de foco no atendimento básico e a grande soma de recursos utilizados de forma fraudulenta e pouco resolutiva claramente colocava a prioridade do sistema nos prestadores de serviço, mais do que dos usuários.

Nos anos 80, o foco no atendimento básico ganharia mais força, no discurso do chamado movimento sanitário, com a participação de intelectuais, políticos de vários partidos progressistas e instituições universitárias do País. Defendia a realização de avanços sociais, via organização estratégica do setor saúde, contemplando educação, participação social e construção de cidadania, num único projeto. Em 1985, com o advento da Nova República, este movimento pela reforma sanitária ganha ainda mais força.

No ano de 1986, foi proclamada a carta de Ottawa, durante a Primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde, um dos documentos mais importantes produzidos no cenário mundial sobre o tema *saúde e qualidade de vida*. O conceito de saúde foi largamente estendido para paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambientes saudáveis, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. Esse movimento é reforçado pelo compromisso assumido pelos municípios no sentido de assumir a agenda política de saúde e bem-estar coletivo, promovendo ações intersetoriais e políticas públicas voltadas para implementação de um sistema mais eficaz de acompanhamento e avaliação dos serviços de

saúde.

No ano de 1986, a 8ª conferência não teve a participação do setor privado, que, às vésperas do evento, resolveu não participar. O confronto estava estabelecido, na medida em que o movimento sanitário defendia o reordenamento do fluxo de recursos, priorizando as ações básicas, o que implicava a implantação de sistemas de controle e limites mais rígidos para as ações de maior complexidade, em sua maioria empreendida pela iniciativa privada. Em sintonia com os novos avanços conceituais, foram discutidas as questões relativas aos determinantes das condições de saúde, o direito à saúde no contexto da construção da cidadania e como dever do Estado. Houve, finalmente, a criação do Sistema Único de Saúde e o delineamento da política social e econômica favorável aos processos da saúde. Naquela ocasião, o ministro Roberto Figueira Santos assume, em nome do governo Sarney, as distorções existentes e a necessidade de mudança.

As medidas preventivas têm sido financiadas com recursos do Tesouro e as ações da medicina curativa têm cobertura financeira da receita arrecadada junto à Previdência Social. O crescimento da população economicamente ativa fez com que este recurso aumentasse em flagrante desproporção com o oriundo do Tesouro. Criaram interesses de grande vulto e com raízes profundas. Entre as matérias que a Assembléia Constituinte terá de examinar, estará, sem dúvida, reforma tributária que assegure aos estados e municípios poderes para decidir sobre a aplicação de recursos em maior percentual da receita, do que vem ocorrendo até agora (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

Em 1988, são concluídos os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte. O texto final define saúde como um direito de todos e dever do Estado, assegura acesso universal gratuito e igualitário às ações e serviços, que vão se dar nos níveis de promoção, proteção e recuperação. Preconiza ainda a necessidade de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, oferecendo atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade. O papel da iniciativa privada é redefinido e ela deveria participar agora de forma complementar, via convênios. O texto reafirma ainda as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde decidiu pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social – INAMPS – e da Fundação Nacional de Saúde, com o repasse imediato de suas unidades, rede física, equipamentos, serviços e

recursos humanos, para os estados e municípios, determinando de fato a descentralização da assistência, por meio destes dois grandes órgãos nacionais. No Relatório Final, foi dado destaque à necessidade de transparência nas administrações, com acesso da população às informações acerca de quem recolhe tributos e contribuições sociais, quanto e quando recolhe e a data do repasse desses recursos, bem como de informações sobre os gastos realizados. A Conferência aprovou que estados e municípios deveriam destacar recursos específicos para a área de informação, via criação de bancos de dados acessíveis aos usuários do SUS. Propôs também o percentual de 10 a 15% dos orçamentos fiscais de cada esfera de governo (União, estados e municípios) exclusivamente para a área de saúde, com acompanhamento da execução orçamentária pelos respectivos Conselhos. Decidiu, também, que o Governo deveria aplicar pelo menos 30% do Orçamento da Seguridade Social na Saúde (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

Em 1996, foi realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa ocasião, o Sistema Único de Saúde – SUS – passava por intensa restrição de recursos, mas, apesar disso, os avanços na gestão do Sistema Único de Saúde continuavam e foram consideráveis. 102 municípios atingiram o estágio de gestão simplena, recebendo e administrando de forma eficaz os recursos repassados e beneficiando cerca de 21 milhões de habitantes (13% da população). Um número próximo de 620 municípios se encontrava em estágio parcial de gestão, também se beneficiando da descentralização parcial. (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

Verificou-se nesse tipo de gestão simplena a diminuição dos desperdícios e fraudes, melhoria na qualidade de vida da população e redução de doenças e mortes na população de referência. Foi destacada durante a Conferência, a campanha de difamação do SUS perante a opinião pública, num momento de construção de um sistema que ainda não conseguia impactar os anseios da classe média, apesar dos grandes avanços representados para as camadas menos favorecidas (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

No ano de 1997, foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, que propõe um modelo centrado na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, em substituição ao modelo até então vigente, centrado no tratamento das doenças.

O enfoque epidemiológico propõe-se a atender ao compromisso da integralidade da pessoa humana e, para isso, os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial. A pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde (NOB-SUS 1997).

Nos anos de 2000 e 2001, os esforços se concentram na discussão de alternativas para financiamento do setor de saúde. Nesse sentido, a X Conferência Nacional de saúde aprovou a busca de financiamentos definidos, definitivos e suficientes para a área de saúde. O acompanhamento do processo de votação da emenda constitucional 29/00 (que trata das transferências de recursos entre os fundos de saúde, a fim de atender a demanda de recursos financeiros que viabilizem o SUS) foi mais um, entre os vários exemplos de mobilização nacional ao longo deste processo (HISTÓRIA DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2001).

Em relação à questão dos medicamentos, o Brasil se coloca entre os dez maiores mercados consumidores, com uma participação da ordem de 1,5 a 2,0% do volume mundial. O faturamento bruto do mercado interno foi de 9,7 bilhões de dólares em 1995, representando crescimento de 15% sobre o ano anterior. O extrato da população brasileira com renda superior a dez salários mínimos, que representa 15% do total, gera 48% do gasto em medicamentos e consumo médio anual de 193 dólares *per capita*. O extrato com renda entre quatro a 10 salários mínimos corresponde a 34% da população e gera 36% dos gastos com medicamentos, com consumo médio anual de 64 dólares *per capita*. Os 51% restantes da população, que tem renda entre zero e quatro salários mínimos, é responsável por 16% do gasto e consome, em média anual, 19 dólares *per capita* (OPAS - A SAÚDE NO BRASIL, 1998).

O foco no ano de 2001 foi também para o Programa de Saúde da Família, estratégia fundamental na seqüência de ações empreendidas a partir da implantação do SUS. O programa pretende a integração e a organização das atividades de saúde, via atuação de uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população e desenvolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A equipe multiprofissional de saúde da família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser incorporados, de acordo com as

necessidades e possibilidades locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001).

Outro fator que tem demandado ações interdisciplinares dos profissionais de saúde está relacionado ao crescimento da população de idosos no Brasil. Estudo realizado no Rio Grande do Sul mostrou que pacientes idosos internados, que apresentavam problemas relacionados à incontinência urinária, instabilidade postural, incapacidade para caminhar, demência, delírio e depressão não haviam sido diagnosticados ou tratados adequadamente em alguma fase anterior. Também aqui vemos a prática do tratamento especialista, priorizando o tratamento a um determinado órgão motivo da internação, em detrimento do indivíduo como um todo (OPAS - A SAÚDE NO BRASIL, 1998).

Uma das questões mais relevantes hoje no Brasil, pelo volume de recursos que movimenta, e pela quantidade de pessoas atendidas é a dos planos e seguros privados de saúde, que captaram, em 1995, recursos de prêmios ou contribuições da ordem de 6,4 bilhões de dólares. Por várias razões, tornou-se fundamental a regulamentação da assistência prestada pelos planos e seguros privados de saúde, ou sistema de saúde suplementar. Enquanto o SUS tem cento e vinte e cinco milhões de brasileiros, no ano de 1995, que dependem exclusivamente de seus serviços, a cobertura dos planos e seguros privados atinge cerca de 30 milhões de pessoas, ou 20% da população brasileira. Quatro grandes grupos, respondem pela prestação de serviços médicos complementares no Brasil: a medicina de grupo, modalidade de pré-pagamento, que representa 47% do mercado de serviços privados; as cooperativas médicas, também adotando modalidades de pré-pagamento, representam 25% do mercado; os planos de saúde de empresas, que compreendem uma combinação de serviços de autogestão e compra de serviços de terceiros, em distintas modalidades e representam 20% do mercado e o seguro-saúde, modalidade de cobertura por indenização ao segurado ou a terceiros e que representa 8% do mercado. Regular a relação entre o SUS e o sistema suplementar é essencial, pois, entre os agravos mais comuns à população, encontramos as lesões não intencionais e as violências como a primeira causa de mortalidade registrada na faixa etária de 15 a 60 anos. De maneira geral, esses eventos são atendidos em hospitais públicos. Os procedimentos realizados em pacientes portadores de planos de saúde são faturados na forma de ressarcimento ao SUS aos respectivos planos de saúde (OPAS - A SAÚDE NO BRASIL, 1998)..

2.2 O resgate estratégico do profissional generalista

A retomada da idéia do profissional generalista não pode ignorar o grande desenvolvimento da especialização médica e da hegemonia desse saber na assistência, desenvolvida principalmente ao longo do século XX. Ela parte do princípio de que o fenômeno da especialização precisa ser mediado, para um melhor entendimento entre os vários saberes, a fim de obter melhores resultados na saúde individual e coletiva. Indubitavelmente, a especialização médica permitiu um grande avanço em várias áreas da medicina, porém levou também à instauração de problemas, na medida em que fez, por várias vezes, o ato médico inconcluso, à espera de legitimidade por parte de algum outro especialista. O ato médico, é bom lembrar, é um ato também simbólico, que pode levar o indivíduo doente a tornar-se ainda mais doente, caso se perceba como um ser errante entre vários especialistas, sem a presença de um elemento integrador.

A questão generalista *versus* especialista na medicina não é nova. Durante muito tempo, ganhou força à atuação do especialista e a medicina de órgãos. Fatores econômicos, sociais, profissionais e culturais ainda tendem a prestigiar o especialista e a considerar o médico geral um especialista fracassado (SONIS, 1978). O resgate do médico generalista deve ser feito hoje não como um retorno ao passado, quando os recursos eram mais escassos, mas como um avanço, na medida em que recursos diversos poderão ser utilizados. A atuação desse profissional deverá ser respaldada com diversos processos, que vão desde a interconsultas com especialistas e profissionais de outras disciplinas, até o uso de sistemas de informação e apoio à decisão. Entendemos que se trata do resgate de um olhar que reconstitui a unicidade do indivíduo, superando a fragmentação e possibilitando um aprofundamento nas *relações terapêuticas*. As práticas conduzidas pelo generalista devem ser capazes de propor até mesmo o atendimento de outras pessoas da família, permitindo conhecer mais sobre heranças genéticas e práticas culturais da rede de relações do indivíduo em tratamento.

Experiências de organização de serviços oferecidos por profissionais generalistas têm sido realizadas com freqüência em todo o mundo apresentando resultados favoráveis. Assim funcionam alguns dos sistemas de saúde mais organizados do mundo, como os do Reino Unido e Canadá, oferecendo acesso gratuito a 100% da população. Esses sistemas de saúde têm apresentado elevados índices de resolutividade e de satisfação dos usuários,

menores custos e menores relações entre gastos com saúde em relação ao PIB, em todos os países desenvolvidos nos quais já constituem tradição (DIAZ, 1994).

Apesar da constatação dos determinantes sociais e psicológicos das doenças e de toda uma produção teórica nesse sentido, ainda verificamos a prática de consultórios voltada para tratamento dos sintomas mais proeminentes, sem levar em consideração o indivíduo, em sua dimensão mais ampla. A figura do clínico geral, que resolvia 85% dos casos que lhe eram encaminhados, que atuava enquanto referência em todos os assuntos de saúde e, com frequência, tratava toda a família, praticamente desapareceu. A sociedade perdeu, assim, um importante elemento integrador, num momento em que as várias práticas voltadas para a saúde se diversificaram de forma intensa. Conseqüentemente, num sistema de saúde em que predomina a especialização, temos a tendência de se focar apenas o órgão doente, numa abordagem desvinculada das questões do todo biopsicossocial, diagnosticando e tratando o indivíduo de maneira fragmentada.

Apesar de toda a reflexão a respeito dos inconvenientes dessa dinâmica de atendimento, verificamos o crescimento dos encaminhamentos a especialistas. Isso ocorre algumas vezes por comodismo ou despreparo dos clínicos na ponta do sistema, outras por falta de explicitação do modelo assistencial. Siqueira (1987) estuda acerca do tempo gasto para o atendimento médico nas modalidades previdenciária, empresarial e liberal, mostrou que o tempo preconizado pela Organização Mundial de Saúde era, para a medicina previdenciária, 20 consultas a cada quatro horas para os clínicos gerais e 16 consultas a cada quatro horas para os especialistas.

Estudando o tempo realmente despendido para realização destas consultas, verificou-se que na previdência, o tempo médio era de cinco minutos, enquanto, na medicina empresarial, variava entre seis e 10 minutos. Essa tendência mostra a expectativa que se tem do trabalho do generalista, dedicando menos tempo a cada consulta do que o especialista. Verificou-se também, nesse estudo, que os pedidos de exames, pelo médico particular, geravam próximo de duas vezes o número de exames em relação aos outros dois grupos estudados, que foi de 36,06% para os previdenciários e 31,22% para a medicina empresarial (SIQUEIRA, 1987a).

É comum o entendimento de que bom médico é aquele que pede exames. O encaminhamento de um especialista para outro, de maneira geral, gera novos pedidos de exames, cada vez mais complexos e caros. Nessa cadeia perversa, ocorre uma grande dispersão de recursos, em termos de horas trabalhadas, exames desnecessários e perda de tempo do usuário, além de exposição a exames mais agressivos. Além do custo social e financeiro no diagnóstico, os tratamentos fragmentados trazem inconvenientes importantes, pois passam a incorporar à demanda do paciente, ações concretas e ainda mais fragmentadas para resolução de seus males. Esse comportamento pode ser perigoso, na medida em que gera atos médicos agressivos, procedimentos clínicos ou cirúrgicos e quase sempre, custos crescentes. A tônica do instrumento de cura é dada aos fármacos e raramente o próprio paciente admite que o médico possa deixar de prescrever algum medicamento.

A mudança para a medicina com ênfase no generalista deve poder contar com uma estrutura adequada de apoio a esse profissional, para evitar problemas tais como o risco do médico em assumir responsabilidades excessivas, o *stress* laborativo e o preço da sustentação equivocada da expectativa do cliente no sentido de que seus problemas sejam integralmente sanados pelo médico. Espera-se, também, que o médico generalista possa pensar o cliente no contexto de sua família, de sua comunidade, de seu trabalho, razão pela qual seu trabalho deverá ser desenvolvido de forma integrada com outras disciplinas, e que se possa orientar o usuário em suas dificuldades, sugerindo a procura de outros serviços, disciplinas e especialidades. Ainda é papel desse profissional receber o paciente após outras intervenções e acompanhá-lo em caso de internação hospitalar.

Essa modalidade de atendimento tem encontrado dificuldades para ser implantada. De maneira geral, o profissional médico não se acha preparado para essa função e somente agora têm sido criados programas de residência médica em saúde da família. Apesar do incentivo salarial do Programa de Saúde da Família – PSF –, é grande a dificuldade de interiorização desse profissional. Na saúde suplementar, a expectativa do usuário no sentido de ser atendido por um médico especialista continua existindo, pois este acredita que este profissional poderá resolver seu problema com mais facilidade ainda e constitui um dos grandes limitadores dessa nova prática de atendimento integral.

No capítulo 3, a seguir, apresentamos o referencial teórico de nossa pesquisa, em

que abordaremos os instrumentos nas dimensões que serão utilizadas para analisar o caso BEPREM.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Introdução

Para refletirmos sobre as tendências contemporâneas de organização de serviços de saúde de natureza interdisciplinar com ênfase no generalista, utilizaremos o modelo teórico Estrela de Galbraith (1995a), que contempla as cinco categorias que compõem a arquitetura organizacional, uma em cada vértice da estrela. A primeira estuda a estratégia, que determina a direção; a segunda, a estrutura, que define a divisão de poder por meio da qual as decisões são tomadas na organização; a terceira estuda os processos utilizados para lidar com fluxos de informações; a quarta, os sistemas de recompensa, que influenciam a motivação das pessoas para atingir objetivos organizacionais; a quinta estuda as políticas de pessoal, que de forma organizada, definem as habilidades necessárias e alinham as energias dispendidas de forma a obter os melhores resultados das pessoas que atuam na organização. Durante o desenvolvimento deste trabalho, resolvemos, para fazer uma elaboração mais integrada, estudar essas duas últimas categorias de forma conjunta.

Buscando compreender melhor o cenário em que estamos aplicando as categorias administrativas acima definidas, utilizamos como referência teórica o modelo de Mintzberg (1995), *Estrutura em Cinco Configurações*. Para cada configuração, o autor descreve as características que compõem aquele tipo específico de organização, a partir de determinadas posições dos vários atores organizacionais: o administrador geral, os técnicos, os profissionais de saber padronizados, os gerentes e as assessorias de apoio. Na primeira configuração, predominam as forças que se movimentam no sentido de uma coordenação direta, centralizada, conhecida como estrutura simples. A segunda configuração é determinada pelas forças que se movimentam no sentido da coordenação pela padronização dos processos de trabalho; é exercida pelo agrupamento ou sistema técnico, que delinea os padrões para os operadores e vai constituir a estrutura chamada burocracia mecanizada. A terceira configuração – a burocracia profissional – difere da anterior por direcionar a coordenação no sentido de padronizar as habilidades usualmente sustentadas por categorias de profissionais e é freqüentemente encontrada em escolas e hospitais. A quarta configuração é denominada estrutura divisionalizada, é semelhante em alguns aspectos à burocracia profissional, mas difere dessa na medida em que apresenta sua formação em unidades quase autônomas, interligadas por uma estrutura central administrativa, coordenada pela padronização dos resultados. A quinta e última estrutura – a adhocracia – é coordenada por meio do

ajustamento mútuo, capaz de proporcionar a integração do trabalho de peritos de várias especialidades em equipes de projeto de vanguarda, cujos processos de trabalho caracterizam-se pela informalidade e transitoriedade.

O entendimento de especificidades típicas das organizações facilita as intervenções em forma de ações corretivas, ou mesmo, o fortalecimento das estratégias que apresentam resultados favoráveis, apesar de mostrarem fenômenos organizacionais de aparente desordem do ponto de vista da administração clássica. É o caso de intervenções em serviços de saúde de instituições de ensino, em que o tipo de organização predominante é a burocracia profissional. Nos serviços de saúde, os processos são caracterizados pela classificação, por meio do diagnóstico, que rotula e remete a ações padronizadas. A burocracia profissional baseia-se na padronização de habilidades, em que o núcleo operacional é o componente-chave.

As ações de saúde desenvolvidas no contexto da interdisciplinaridade ampliam as situações de diagnóstico para a incorporação de novos conceitos, de ordem psicológica, social e outros, que extrapolam os padrões usuais de diagnóstico Código Internacional de Doenças – CID – da Organização mundial de Saúde. Dessa forma, as ações interdisciplinares remetem a uma nova prática, individualizada para o cliente, que exigem tomadas de decisão a todo instante, alto nível de responsabilização, ações que remetem a uma estrutura mais flexível e de natureza informal, compatível com a estrutura adhocrática. Esse tipo de arquitetura organizacional privilegia o ajustamento mútuo, na qual a assessoria de apoio, juntamente com o núcleo operacional, é a componente-chave. Pressupõe a existência de muitos instrumentos de interligação permeando toda a organização e um maior compromisso com os resultados para o cliente. A função da cúpula estratégica privilegia as interligações externas, a resolução de conflitos, o balanceamento de trabalho e o monitoramento de projetos. A ação da linha gerencial, intermediária, confunde-se com a assessoria de apoio e freqüentemente está envolvida com projetos de trabalho. O fluxo de autoridade é pequeno, o controle é realizado de maneira informal pelos peritos, e a comunicação informal ocorre em toda parte .

Nos tópicos seguintes, retomamos o modelo de Galbraith (1995a) para revisar teoricamente cada uma das categorias componentes da arquitetura organizacional, que utilizaremos para analisar a empresa pesquisada.

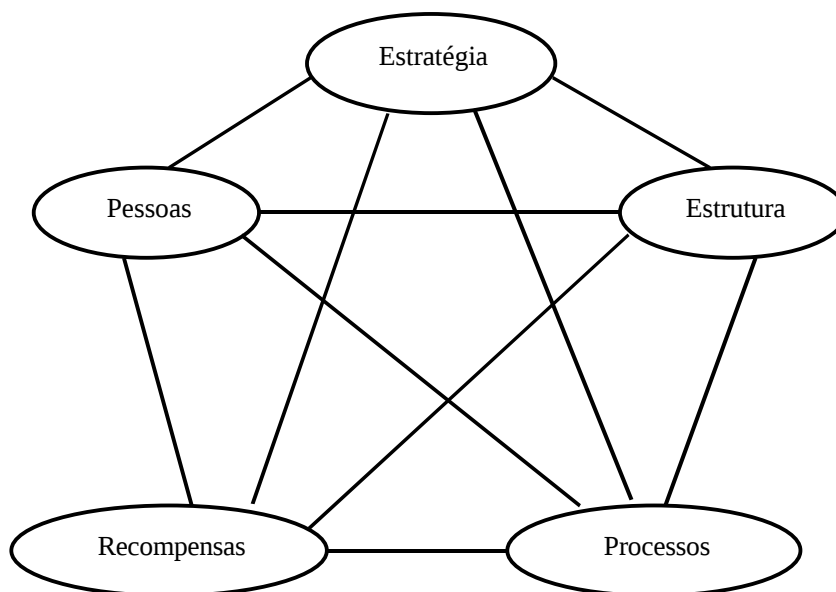


Figura 1 - Modelo Estrela
 Fonte - GALBRAITH, 1995a, p. 12.

3.2 Estratégia

O termo *estratégia* vem do grego *estrategos* e seu uso tem origem na organização militar, há mais de 500 a.C. Refere-se às funções do general, no trabalho de disposição das tropas no campo de batalha. Após a idade média, o termo, divulgado por Maquiavel, ganha espaço na política e extrapola as artes de guerra, para envolver o campo social e econômico. Hoje, a palavra é também utilizada para jogos, significando o movimento elaborado pelos jogadores para enfrentar uma determinada situação. A partir dos anos 60, com o desenvolvimento da teoria contingencial, a palavra *estratégia* adquiriu importância especial na área de administração.

Existe, ainda hoje, uma grande imprecisão em relação ao conceito de *estratégia*. A palavra aparece relacionada ao conceito de decisão, mobilização, determinação de situações ou planejamento (BETHLEM 1988).

Para Galbraith (1995b), a *estratégia* delimita a direção básica da empresa e os

objetivos a serem atingidos, bem como os valores e a missão a ser perseguida. Define os mercados que serão abastecidos, delinea os produtos e serviços a serem fornecidos e que valores serão oferecidos ao consumidor. Especifica também as vantagens competitivas que deverão ser desenvolvidas em relação aos produtos concorrentes, para que a empresa possa alcançar e manter mercados.

Para Mintzberg (1999b), estratégia é planejamento, direção, modo de ação futura, trajetória para ir de um ponto a outro. É, também, modelo ou padrão, para manter a coerência e posicionamento de produtos no mercado. É, ainda, perspectiva ou armadilha para um concorrente, tipos de configuração e transformações dos ciclos de vida (estado de ser) das organizações.

Prahalad e Hamel (1990) consideram estratégia como a arte de proporcionar o desenvolvimento de competências básicas numa organização, traduzindo o aprendizado coletivo da organização e possibilitando trabalhar além de fronteiras organizacionais. A estratégia competitiva é uma combinação dos fins (metas) e dos meios (políticas) para atingir determinadas metas (PORTER, 1986). Da combinação e análise desses dois fatores, à luz dos limites externos e internos, surgirá a estratégia competitiva da empresa, levando a uma tomada de posição diante do mercado.

O termo estratégia também é utilizado para caracterizar e diferenciar níveis de ações no trabalho organizado. Nesse sentido, as ações podem se dar nos níveis estratégico, tático ou operacional e tal como numa posição hierárquica na organização, as estratégias são tratadas numa posição superior, o operacional na posição inferior, mediada pelas questões táticas. A necessidade das organizações de se modernizarem para atenderem a mercados cada vez mais competitivos tem modificado radicalmente esses conceitos e novas relações têm sido produzidas dentro da empresa, onde o estratégico, o tático e o operacional são tratados em todos os níveis hierárquicos.

As primeiras produções teóricas sobre estratégia, no sentido que utilizamos hoje, apareceram no final dos anos 50 e início dos anos 60. Inicialmente, o que importava era traçar algumas ações, muitas vezes, de maneira informal, o que normalmente era feito a partir do presidente da empresa. A essa primeira abordagem da estratégia, Mintzberg (1999) chamou

de escola da concepção. Esse movimento foi seguido pelo planejamento formal, sistematizado por Ansoff, em 1965. O nascimento do pensamento estratégico nas ciências da administração relacionava o termo à idéia de diversificação, uma vez que, à época, muitas empresas estavam voltadas para diversificaram seus produtos, serviços e sua presença no mercado, como forma de ampliar seus ganhos e produtividade. A partir de meados dos anos 70, a crise mundial modificou essa tendência, aumentou a necessidade de fazer crescer a competitividade e o risco da diversificação, e o mercado passa a ser mais exigente. Nos anos 80, a tendência determinada pelo aumento da competitividade traz como corolário a necessidade de aprimoramento dos produtos e serviços e reforça as competências essenciais das empresas. Nos anos 90, a aceleração do processo de globalização alia os conceitos de qualidade e baixo preço, e a estratégia usualmente utilizada para obtenção desses resultados, muitas vezes, é obtida com programas de fusão e aquisição.

Um dos mais conhecidos modelos de análise estratégica - o SWOT - foi criado nos anos 60, em Harvard, cujas iniciais traduzem a estrutura do modelo: *Strengths* - força, *Weaknesses* - fraquezas, *Opportunities* - oportunidades, *Threats* - ameaças. Esse modelo dá início à operacionalização do pensamento estratégico. Trabalhando as forças e fraquezas, as oportunidades e ameaças, as organizações são chamadas a desenvolver sua visão do negócio, a identificar as possibilidades de intervenção, a propor as ações a longo e curto prazos a serem implantadas, a definir as estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho e definir a presença da organização no mercado. A análise SWOT também traz benefícios importantes, pois possibilita melhorar o atendimento ao público interno e inserir cada setor da organização no cenário das mudanças.

Ao descrever as escolas de pensamento estratégico, Mintzberg *et al.* (2000) dividem essas escolas em três grupos. Ao primeiro grupo denominam *escola de natureza prescritiva*, onde se localizam as teorias e autores que apresentam a tendência de prescrever, orientar e determinar ações ou modelos de intervenção com características mais mecanicistas. Nesse grupo, encontram-se: 1) a Escola de *Design*, cujas estratégias são simples e informais, apresentam-se como uma marca única e original da organização e são ditadas pelo executivo principal seguindo o esquema SWOT e devem ser assimiladas por todos. O processo de implementação é rígido, e não são previstas alternativas emergentes. 2) A Escola de Planejamento, influenciada pelo pensamento de Ansoff, também utiliza a metodologia

SWOT, mas, diferentemente da Escola de *Design*, elabora com maior complexidade o processo estratégico e delega aos planejadores essa função, antes, atributo do principal executivo. 3) A seguir, situa-se a Escola de Posicionamento influenciada predominantemente por Porter. Essa escola incorpora a contribuição das anteriores e acrescenta a posição da organização em um mercado competitivo, que vai moldar as estratégias e a estrutura das organizações.

Os componentes da segunda escola são os de *natureza descritiva*, cujo pensamento apresenta uma tendência de descrever a estratégia, destacando os fenômenos de forma mais orgânica e considerando os aspectos de subjetividade no processo estratégico. Fazem parte desse grupo: 1. a Escola Empreendedora, que considera fundamental o papel do executivo, mas difere das escolas prescritivas na medida em que escapa da rigidez formal, valorizando a intuição e as estruturas organizacionais flexíveis para facilitar as manobras do líder; 2. a Escola Cognitiva contribui com uma reflexão sobre a produção mental do estrategista e desenvolve uma epistemologia relacionada à estratégia, embora não apresente uma proposição estratégica propriamente dita. Enfatiza a subjetividade e as organizações mais flexíveis e orgânicas; 3. na Escola do Aprendizado, as estratégias emergentes surgem nas organizações, são capturadas pelos estrategistas e processadas na organização de forma a gerar resultados favoráveis e garantir um processo de aprendizado constante; 4. a Escola do Poder, que se detém nos processos de negociação que podem levar à definição de estratégias favoráveis a determinados interesses. Analisa as relações de poder no nível micro e o macro, que a organização utiliza para seu bem-estar, permeada por um processo constante de negociações; 5. a Escola Cultural assume a estratégia como um fenômeno coletivo, imputando relevante papel à questão da cultura e às intenções coletivas, não necessariamente explicadas por aspectos racionais, na busca por vantagens competitivas; 6. a escola Ambiental entende a estratégia como um processo reativo, cujo ator principal é o ambiente. A função principal das lideranças é ler o ambiente.

O terceiro grupo apresenta uma combinação das duas tendências, enfatizando prescrição e descrição. A escola representante dessa tendência é a da Configuração, que estuda as formas de ser, o estado das organizações e os processos de geração das estratégias. Estratégias podem ser elaboradas e desenvolvidas com vistas a colocar produtos ou serviços no mercado ou no campo social. Posiciona também a organização em relação às forças

externas e, por isso mesmo, é chamada estratégia de posicionamento. Nesse contexto, vai estar produzindo a imagem da organização, interagindo com interesses diversos, disputando espaço ou se posicionando para constituir parcerias. Os movimentos sugeridos por um ou outro pensamento estratégico podem oferecer vantagens competitivas por algum tempo e terem que ser substituídos para sustentação de uma gestão criativa. O trabalho constante é de desenvolver novos pontos de vistas e reflexões, visando aumentar as ferramentas por meio das quais se poderiam produzir intervenções e (re-) pensar os negócios.

Um importante fator a ser levado em conta na elaboração das estratégias nas organizações é o desenvolvimento das competências básicas, que representam o acúmulo de aprendizado de uma organização ou de um grupo de profissionais. Para Prahalad e Hamel (1990), se, nos anos 80, os executivos eram julgados por sua capacidade de reestruturar, reorganizar e simplificar suas empresas, nos anos 90, eles serão julgados por sua capacidade de identificar, cultivar e explorar as competências básicas que tornam possível o crescimento.

Um importante instrumento auxiliar de formulação estratégica é o *Benchmarking*, realizado por meio da análise dos processos e estrutura da organização, comparativamente com outra organização de referência. Deverão ser definidos os elementos a serem analisados e a forma de análise objetiva dos dados. A partir daí, podem-se diagnosticar os problemas, definir os objetivos, estabelecer as ações corretivas, os planos e a forma de mensuração de resultados (Poulos e Ohmae, 2000). Este é um dos procedimentos que permite o reposicionamento da empresa em relação ao mercado, com a ressalva de que se trata de um ponto de partida para um processo de mudança e não um modelo a ser seguido. A cópia impossibilita os processos criativos, que consolida o aprendizado no âmbito das organizações e constrói as competências essenciais. Copiar também inibe a inovação e o diferencial necessário para obter vantagens competitivas.

3.3 Estrutura

Heráclito, nos primórdios da história da filosofia, já concebia o *logos* como uma unidade estrutural que domina o fluxo ininterrupto do devir e o torna inteligível. A palavra estrutura é muito antiga, usada tanto nas ciências físicas como nas ciências sociais e, em

termos amplos, significa tudo o que a análise interna de uma totalidade revela, ou seja, os elementos, sua disposição e inter-relações. O conceito de estrutura é especialmente importante para a ciência, porque pode ser aplicado a coisas diferentes, permitindo a comparação. Temos, assim, o termo estruturalismo para designar um método de pesquisa analítico comparativo. O estruturalismo considera os fenômenos ou elementos com referência a uma totalidade, analisando o seu valor de posição. Assim, à sua característica comparativa podemos acrescentar também um aspecto totalizante (MOTA, 1998).

A estrutura da empresa se desenvolve à medida que a organização cresce, para atender às necessidades que se apresentam. Atividades são delegadas aos diversos grupos de trabalho, que constituem as unidades organizacionais e vão formar a estrutura da empresa. A estrutura se reflete no desenho organizacional, usualmente chamado de organograma.

As estruturas organizacionais também podem se constituir a partir do foco da organização. Com foco nas atividades ou funções, elas constituem as estruturas funcionais. Quando o foco é no produto, no mercado ou no território, são chamadas estruturas de produtos, de mercado ou geográficas.

As estruturas funcionais são as estruturas preferidas pelas empresas iniciantes, para organizar suas atividades. A estrutura de produto substitui a estrutura funcional, quando uma empresa diversifica sua produção e obtém uma escala mínima em cada produto.

A estrutura desenvolvida se constitui enquanto entidade própria, capaz de interagir com outras estruturas, respondendo a vários níveis de intervenção. A visão e intervenção ao nível das estruturas permitem a realização de mudanças na organização, no sentido de implementar as estratégias traçadas.

Para Scott (1998), a estrutura organizacional torna explícitas e visíveis as regras adotadas e os comportamentos esperados dos participantes, e uma de suas mais importantes funções é atuar como um pára-raios para a estrutura sociométrica. A estrutura busca lidar com a imprevisibilidade do comportamento humano por meio da rotinização, da regularidade e da previsibilidade das ações, da autonomia em relação a indivíduos específicos, do controle e da centralização.

Nadler (1993) considera a expressão *arquitetura organizacional* como mais adequada do que estrutura, pois nos leva a pensar além da adequação da organização e de seu ambiente, como na teoria contingencial, pensando também a harmonia entre elementos constituintes do projeto. Destaca também a arquitetura informal que chama de *espaço de valor* da organização, constituído pela orientação para o cliente, atitudes em relação à excelência, inovação e qualidade, assim como sua opção pela autonomia em vez do controle do funcionário.

Encontramos usualmente nas empresas os cargos colocados verticalmente de forma descendente, revelando uma linha de poder. Essa hierarquia traduz as relações de poder existentes no contexto da organização e apresenta maior ou menor verticalidade e dinamismo.

Para Galbraith (1995a), a estrutura organizacional determina a localização do poder e da autoridade na organização, e as políticas estruturais podem ser divididas em quatro áreas: 1. especialização que é a participação das especialidades na realização de um dado trabalho, demandando por instrumentos de integração generalistas; 2. a configuração que define o número de pessoas agrupadas nos departamentos, nos vários níveis hierárquicos. Grande número de pessoas em cada departamento tende a criar estruturas organizacionais com poucos níveis hierárquicos, mais favoráveis para atendimento ao cliente com decisões mais rápidas e descentralizadas; 3. a distribuição de poder e decisão, que, hoje, tende a deslocar-se dos níveis superiores para quem tem contato direto com o consumidor; 4. a departamentalização, que é o resultado de agrupar pessoas para integrar uma área ou um trabalho específico e pode ser formada por funções ou especialidades, produtos, fluxo do processo de trabalho, segmentos de mercado e território ou área geográfica (GALBRAITH, 1995a).

Dependendo do grau de formalização, pode-se agrupar as pessoas em dois tipos básicos de organizações: o modelo burocrático e o modelo adhocrático, conforme elas, respectivamente, se aproximem ou se afastem das características da burocracia (MAXIMIANO, 1995).

Galbraith (1995a) propõe, para determinação da estrutura mais adequada, avaliar a forma e a necessidade de processamento das informações. Em ambientes mutáveis e de

incertezas, a adhocracia apresenta vantagens sobre a burocracia na medida em que possibilita processar informações *em tempo real*. O processamento de informações na maioria das organizações contemporâneas permite formas híbridas e, como quer esse autor, o resgate, apesar das críticas, da estrutura matricial. As críticas feitas às estruturas matriciais é que elas não têm conseguido atingir seus objetivos de autonomia, na medida em que foram capturadas pelas restrições e limites do divisionismo funcional.

Gonçalves (2000) preconiza como opção para descentralizar as decisões e criar autonomia e respostas rápidas e eficazes para os clientes a estruturação das organizações a partir dos processos desenvolvidos e dos resultados esperados. Alerta, entretanto, para questões inquietantes em relação à nova estrutura por processos que substituem a estrutura por funções, para as quais ainda não temos respostas para as perguntas: Como trabalham as pessoas num processo? A quem respondem? Como se coordena um trabalho realizado num processo? Como avaliar a adequação e o desempenho das pessoas na organização por processos? Como estruturar a carreira e o desenvolvimento dessas pessoas?

Outra tentativa no sentido de criar opções à hierarquia das burocracias e à centralização de poder são as organizações concebidas como multiestruturais, descritas como detentoras de várias estruturas que se manifestam de acordo com as necessidades e duram o tempo suficiente para concluir um projeto ou uma determinada tarefa.

Para Fleury (1995), a maioria das empresas brasileiras apresenta estrutura hierárquica com o poder de decisão centralizado no topo da pirâmide e que, apesar das propostas dos autores modernos de flexibilização das estruturas como estratégias competitivas ou de otimização de recursos institucionais, *na prática das organizações, a teoria é outra*.

3.4 Processos

Sempre que existe um determinado objetivo, de que se pretende ir de uma situação a outra, podemos usar o termo administrar ou processar. A evolução do conceito passa pela teoria neoclássica, em que, as funções administrativas clássicas, tais como planejamento, organização, direção, avaliação e controle são consideradas básicas e inerentes

à atividade de administrar.

Processo, por definição, é qualquer fenômeno que apresente mudança contínua no tempo, qualquer operação ou tratamento contínuo. Os elementos do processo são interativos e criam um ciclo administrativo que se repete e permite uma contínua correção e ajustamento por meio da retroação ou *feedback*.

Os processos no Modelo Estrela deverão estar elaborados, integrados e em sintonia com a formulação das outras categorias administrativas. Independentemente do tamanho da organização, os processos de integração podem ser utilizados com resultados favoráveis. Galbraith (1995b) preconiza como estratégia de integração: a definição da missão, da estratégia e dos valores; a fixação de objetivos e orçamento; a ligação de áreas e pessoas, por meio de sistema de informação; os planos de carreira, as abordagens de desenvolvimento e as práticas voltadas para o desempenho que motivam os indivíduos.

Nos processos de informação propriamente ditos, Galbraith (1995a) destaca os sistemas de informação e bancos de dados compartilhados, e que a informação distribuída e linguagem simples são mecanismos integrativos importantes. Para esse autor, a difusão da informação distribui a habilidade de tomar decisões coerentes entre as diversas áreas e os objetivos globais da organização. Se a estrutura for pensada como a anatomia da organização, os processos são a fisiologia ou o funcionamento da organização.

Gonçalves (2000) divide os processos em três categorias: 1. a primeira de negócio ou de clientes que caracterizam a atuação da empresa resultando no produto ou serviço recebido pelo cliente; 2. a segunda dos processos organizacionais ou de integração que viabilizam o funcionamento coordenado dos vários setores de suporte do negócio; 3. os processos gerenciais que são focados nos gerentes e incluem as ações de medição e ajuste do desempenho da organização.

Galbraith (1995a) organiza os processos de gerenciamento em verticais e horizontais, ocorrendo ao mesmo tempo. Os processos verticais alocam fundos de recursos escassos e talentos e são usualmente os de planejamento do negócio e os orçamentários. Processos horizontais, também conhecidos como laterais, são projetados em torno do fluxo de

trabalho e são o veículo primário de gerência nas organizações, geram a descentralização, recriando a organização em microsetores. Cada setor ou departamento dispõe das informações necessárias para detectar e resolver os problemas. Tais processos podem ser: informais, quando sua organização ocorre de forma espontânea, e formais, quando os gerentes apontam as metas, estes processos precisam de manutenção para funcionar apropriadamente. Os dois grupos de processos trabalham juntos e não se substituem. O terceiro tipo de processos são os integrados, que começam com a definição de um integrador para liderar os grupos formais todo o tempo.

Para Gonçalves (2000), organizar a empresa por processos de negócios significa colocar o foco no cliente externo, já que todos os processos começam e terminam nele. Os processos se iniciam com o que o cliente deseja e termina com a aquisição do que ele precisa e deseja. Em primeiro lugar, atribui-se responsabilidade pelo andamento de cada processo essencial a um dono de processo (*process owner*). Em segundo lugar, deve-se organizar as atividades ao longo dos processo e não por função. Em seguida, maximizar o agrupamento das atividades com pessoal polivalente (*generalista*) e, finalmente, diminuir o gasto de energia concentrando a organização em um menor número de locais e usando recursos da tecnologia da informação. Os *donos de processo* deverão garantir o fluxo e o ritmo dos processos, facilitar o relacionamento dos recursos, avaliar na perspectiva do cliente e garantir o aperfeiçoamento constante. Estabelece ainda as metas de desempenho, o orçamento e aloca os recursos necessários.

Uma das mais importantes contribuições à administração dos processos administrativos foi dada por Porter (1990), que propôs a sistematização dos processos organizacionais enquanto elos de uma cadeia de valor. Parte do princípio de que a competitividade tem origem nos vários fatores ou funções da empresa e que o importante é otimizar todos esses processos, para que se possa obter o menor custo de cada um deles. A elaboração, divisão e compreensão dos processos de uma empresa e sua organização em cadeias de valor traduzem a economia básica da organização e de cada uma de suas atividades, permitindo melhor gerenciamento. Cada uma dessas atividades emprega insumos, tecnologia e pessoas para realizar sua atribuição, agregando valor aos produtos ofertados pela empresa. A distribuição das atividades pode atender a interesses estratégicos, possibilitando a melhoria dos resultados, a partir da redefinição de papéis das atividades tradicionais.

A transposição dos conceitos elaborados por Gonçalves (2000) para um serviço de saúde possibilita identificar os processos para o cliente, que vão desde a colocação dos serviços disponibilizados para o cliente, que podem ser puramente curativo, de natureza preventiva e com foco na qualidade de vida até atividades de manutenção e fidelidade após uma determinada intervenção, passando pelo atendimento médico e/ou interdisciplinar propriamente dito. Esses processos podem ser muito diferentes de uma organização para outra. Os processos organizacionais ou de integração geralmente passam despercebidos pelos clientes externos, mas são essenciais para a gestão dos serviços, tais como o suprimento de material, o apoio técnico a outras disciplinas, o apoio diagnóstico adequado, os sistemas de informação e outros. Os processos gerenciais são as ações que os gerentes devem realizar para dar suporte aos demais processos de negócio. Nesse sentido, a tecnologia de informação pode ser muito valiosa "na visualização do processo, na automatização do que é interessante automatizar, na execução e na gestão do processo, na sincronização das atividades, na coordenação dos esforços, na comunicação dos dados, na monitoração automática do desempenho etc" (GONÇALVES, 2000a).

Compartilhamos com Rodrigues Filho (2001) a idéia de que, na organização e gestão dos processos de trabalho em saúde, a tecnologia de informação pode ser um importante elemento facilitador. Esse autor defende, em estudo sobre prontuário eletrônico, que sistemas baseados em computadores, por mais incompletos que sejam, contribuem significativamente para melhorar a qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde. A implantação de prontuário eletrônico e sua utilização como importante organizador dos processos de trabalho é uma contingência da organização em que vai se dar o nosso estudo de caso e em que se encontrarão em breve muitas das organizações brasileiras que prestam serviços de saúde. Esse autor adverte, entretanto, que os sistemas mostrados pelos vendedores de *software* nos anos 90 pouco diferem dos sistemas de meados dos anos 70, traduzindo fenômeno do mercado recuperando investimentos realizados em épocas passadas, levando as pessoas a se adaptarem à tecnologias superadas.

3.5 Gestão de pessoas e sistemas de recompensa.

No Modelo Estrela, Galbraith (1995a) sustenta que a política de RH produz o

talento requerido pela estrutura e estratégia organizacional, gerando as habilidades e modos de pensar necessários para implementar a diretriz escolhida. As políticas de RH também constroem a capacidade organizacional para executar a direção estratégica e desenvolvem, simultaneamente, pessoas e capacidades organizacionais. Compete à área de RH desenvolver a política de RH da organização e implantar as ações de recrutamento, seleção, rotatividade, treinamento e desenvolvimento de pessoal. O Modelo Estrela sugere ainda que o sistema de recompensas deve ser congruente com as estruturas e processos que influenciam a direção estratégica. Os sistemas de recompensa apenas são efetivos quando formam um conjunto consistente em combinação com outras escolhas de projetos.

Ulrich Dave (1998), num artigo de nome *Um modelo de múltiplos papéis*, destaca que os departamentos de recursos humanos das organizações vêm assumindo posições mais estratégicas, por meio de quatro atividades básicas: ajustes à estratégia organizacional, reengenharia dos processos de organização, suporte de recursos para qualidade de vida dos funcionários e sensibilização para a capacidade de mudança e inovação. Nos ajustes da estratégia organizacional, pode ser realizado um diagnóstico que vai identificar as práticas para que uma estratégia realmente aconteça. Nas atividades de reengenharia dos processos, trata-se de administrar a infra-estrutura da organização de forma a alcançar a eficiência administrativa. Nas atividades de prover recursos aos funcionários, o foco está em otimizar sua contribuição atuando como seu defensor, melhorando sua qualidade de vida. Nas atividades de prover mudança, o foco está em manter a constante capacidade para inovações que melhorem a qualidade do atendimento. Para tal, o autor propõe uma diretoria de RH, função usualmente exercida por um profissional graduado das áreas fins, que é chamado a exercer suas atividades na área de pessoal com *status* de diretoria, pode lançar mão do auxílio dos chefes ou líderes de setores, consultores, funcionários mais experientes, tecnologias e outros mecanismos.

Para a teoria Clássica, as políticas de RH deveriam estar focadas em alocar as pessoas certas no lugar certo e estabelecer uma boa forma de recompensa salarial. Clássicos como Taylor e Fayol privilegiam os aspectos racionais, pensando a organização e as pessoas como máquinas. A teoria humanística, reagindo à visão que entendia como redução e coisificação do ser humano, demonstra a influência da subjetividade e até mesmo da intersubjetividade verificada nos fenômenos de grupo. A teoria neoclássica faz uma síntese

entre essas duas posições, avançando em novas conceituações que possibilitam agregar as vantagens advindas da contribuição clássica aos avanços originados pela teoria de relações humanas.

As políticas de RH em seus aspectos estratégicos e motivacionais têm sido negligenciadas com frequência nas organizações brasileiras. Lacombe e Tonelli (2001) nos mostram que 98 dirigentes de empresas pesquisadas entendiam que as funções vitais desse setor eram recrutamento e seleção, benefícios, treinamento e a existência do departamento pessoal, e das rotinas burocráticas. O planejamento de carreira não existia em 69,89% das empresas pesquisadas; 60,22% não tinham planejamento de pessoal, 50,54% não faziam avaliação de desempenho, 31,18% não tinham serviço social e 31,18% não faziam pesquisa de salário. Algumas práticas e políticas de RH são adotadas por imposição de matrizes ou por pacotes de consultores e ficam apenas no discurso da alta direção ou dos gerentes não correspondem à realidade das práticas adotadas.

Arruda (2002) estabelece onze indicadores para acompanhamento das ações visando uma ética organizacional. Ao primeiro chama de sistema formal, regras precisas em manuais e divulgadas de forma intermitente, para superar hábitos arraigados na organização. Ao segundo denomina mensuração, as pessoas prestam mais atenção naquilo que é avaliado. No terceiro indicador, trata da liderança e aponta como atributo a modéstia para aprender, sempre, um acreditar profundo nos valores e objetivos a serem alcançados e um grande desejo de mudanças. O quarto indicador é a disposição e capacidade de negociação envolvendo os profissionais como participantes da *aventura da organização*. O quinto indicador são as expectativas de oportunidades, sem favoritismos. O sexto, a consistência, os mesmos princípios valem para todos. O sétimo, o autor chama de as chaves citando o trabalho intenso, a automotivação e os resultados. O oitavo indicador é tratar bem os funcionários para que eles possam tratar bem os clientes. O nono é a comunicação das regras e resultados. O décimo indicador é a influência dos pares, cada funcionário sofrerá forte pressão, usualmente subjetiva, para se identificar com outros. O décimo primeiro é a consciência ética nas relações pessoais, atenção para questões como assédio sexual, e propinas.

No modelo de Galbraith (1995a), as políticas de recompensa devem ser no sentido de alinhar os objetivos dos empregados aos da organização e oferecer motivação e incentivo

para a complementação da direção estratégica. O sistema de recompensa organizacional define as políticas que regulam os salários e o sistema de promoções. Grandes mudanças estão acontecendo nessa área, dentre as quais Galbraith (1995a) cita o pagamento por habilidade (*pay for skill*) e os bônus grupais ou sistemas de ganhos compartilhados. Também se fazem presentes os sistemas de recompensas não financeiras, tais como os de reconhecimento pelo grupo e o alcance de desafios previamente estipulados. Assim, as tendências do sistema de recompensas em organizações em que predominam os processos laterais e faz-se necessária uma crescente autonomia decisória, é de estimular a produção coletiva. O trabalho, nessas organizações, é ao mesmo tempo marcado pela autonomia decisória e pela constante necessidade de integração. Uma das formas de estimular a cooperação é a implementação de recompensas coletivas, por meio de indicadores precisos e previamente pactuados, sempre em sintonia com os objetivos da organização e os resultados pretendidos.

Nogueira e Paranaguá (2002), em trabalho publicado pela Organização Panamericana de Saúde, defendem a necessidade de uma gestão mais estratégica de RH, que, além de cumprir as ações básicas do sistema de pessoal como carreiras, desempenho, qualificação e outros, procura dirigi-los em ações de desenvolvimento para o cumprimento da missão da organização. Propõem que essas ações sejam desespecializadas e projetadas para fora do departamento de RH e, sobretudo, compartilhada com todos da direção, a começar pelo principal dirigente. Ao relacionar estratégias institucionais com necessidade dos recursos humanos, esses autores preconizam ações estratégicas desde os mecanismos de contratação, ações educativas, seleção, avaliação de desempenho e na melhoria das relações de trabalho. Apontam como um erro histórico o abandono pelo estado de uma política estratégica de RH ocorrida nos últimos 20 anos. Destacam, entre outras experiências no setor público, a Australiana, com foco na reconfiguração ética, política e legal da atuação dos servidores públicos, tendo como objetivo mudar os valores que orientam a seleção e atuação dos servidores públicos dando ênfase aos elementos da missão e busca de resultados.

As organizações modernas, particularmente as mais competitivas, valorizam cada vez mais a criatividade, a autonomia e o espírito de equipe, incorporando experiências bem-sucedidas em vários campos do saber e, ao mesmo tempo, construindo possibilidades e provendo de sentido as atividades laborativas. Com o desafio da crescente competitividade, cresceu a importância do fator humano nos processos de gestão das pessoas, e o antigo

departamento de pessoal tem passado por importantes e necessárias modificações, assumindo posições mais estratégicas.

Fleury (1995), alertando para a configuração perversa da empresa brasileira típica, coloca que, elas tem um grupo central bastante reduzido, normalmente os proprietários, um grupo maior de empregados regulares, inclusive gerentes, com diferentes contratos e perspectivas e um terceiro grupo ainda maior de empregados temporários. Esses não são considerados participantes do grupo central a quem compete o processo decisório. Essa cultura resulta em baixo investimento das empresas no desenvolvimento da força de trabalho, influenciando nos processos de formação da força de trabalho e desempenho da economia ao contrário do que ocorre no Japão, por exemplo, onde tal investimento é feito usualmente pelas empresas, desonerando o estado e impactando os processos econômicos.

Defendendo uma gestão estratégica participativa, Nadler (1993) sustenta que, quando todos os empregados participam, são mais motivados para o desempenho, mais dedicados às melhorias da organização e da qualidade e contribuem para a melhoria dos processos de tomada de decisões. O extremo dessa participação caminha no sentido das organizações auto-administradas. Tal participação possibilita, com a colaboração dos sindicatos, reprojeter o trabalho e superar limitações de normas e especificação de funções.

Para Motta (1995), a organização deve oferecer aos indivíduos oportunidades de ampliar sua ação nos processos de solução de problemas, adotando uma perspectiva globalista da organização na resolução de problemas. Acrescenta que, para melhorar as condições de trabalho, a organização deverá flexibilizar as ações, mantendo comunicações francas e criando incentivos à iniciativa de mudança, Além de tratar a todos com equidade, considerando fracassos anteriores, atento a hábitos arraigados, aventurando sempre mas devagar, mantendo postura otimista, sentindo-se útil e optando pela ação nas dificuldades e apostando sempre no desenvolvimento pessoal.

A função social do trabalho também é uma questão muito importante no fator recompensa e motivação dos colaboradores de uma organização. O aprendizado constante e a realização de um projeto de vida profissional numa carreira bem-sucedida, constituem incentivos inestimáveis para muitos indivíduos. Um trabalho digno, realizado em um

ambiente agradável e constituído de relações humanas também harmoniosas, é fator essencial para todas as categorias de trabalhadores. Todo trabalho deve poder produzir um resultado socialmente desejável, percebido por quem o executa.

O trabalho realizado em condições dignas conserva um lugar importante na sociedade, e pesquisa realizada por Morin (2001) mostra que 80% dos respondentes trabalhariam mesmo se tivessem muito dinheiro. Seja para se relacionar, para ter sentimento de vinculação, para ter algo que fazer, para evitar o tédio ou para se ter um objetivo na vida, para que ele tenha um sentido é importante que o trabalho seja organizado. O prazer e o sentimento de realização também dão um sentido ao trabalho. Isso é oferecido por uma organização que deixa os empregados serem os administradores de suas atividades e que, por meio da presença de mecanismos de *feedback*, os mantém informados sobre a evolução do seu desempenho e lhes permite fazer os ajustes necessários para melhorá-lo e considerar as implicações dessa atividade, para si mesmo, para os outros e para a sociedade em geral. O trabalho permite passar por cima dos problemas existenciais, como a solidão e a morte. Ganhar a vida é sinônimo de ganhar o respeito dos outros e, assim, preservar sua dignidade pessoal aos olhos dos outros. O trabalho estrutura o tempo: os dias, as semanas, os meses, os anos, a vida profissional. Dá sentido aos períodos de férias. Estrutura e permite organizar a vida diária.

3.6 Estratégia, estrutura, processos, gestão de pessoas e recompensas nas burocracias profissionais

Nas burocracias profissionais, configuração estrutural dos serviços de saúde, os princípios da estratégia como uma diretriz única permeando todo o processo de decisão de uma organização apresenta peculiaridades específicas na medida que se articulam diretamente com as estratégias individuais dos profissionais no atendimento ao cliente. Podemos identificar estratégias ligadas aos processos de atendimento ao cliente que se apresentam na forma de estilo e são individuais, e outras próprias de determinados grupos ou especialidades.

Para Mintzberg (1995a), as estratégias da burocracia profissional em grande parte são aquelas dos indivíduos profissionais no interior da organização, bem como das

associações profissionais externas a elas. As estratégias de uma organização como um todo, portanto vão receber influência desta estratégia corporativa profissional, e o inverso também vai ocorrer.

Nessas organizações mais do que nas demais, as mudanças num processo de gestão tendem a ocorrer de baixo para cima, assim como as diretrizes que orientam o processo decisório se inclinam ser formuladas de forma compartilhada e no interesse de grupos ou corporações. Na elaboração de uma política de pessoal para as burocracias profissionais, instrumentos como comissões, grupos de trabalho e outros, quando incorporados aos processos de trabalho, facilitam a gestão da organização.

O administrador nessas organizações profissionais concilia as orientações que emanam do individual ou de grupo de profissionais, com as da organização, explicitando os conflitos que surgem entre elas, e proporcionando a interação necessária para o processo decisório. A capacidade de negociação é um dos atributos mais caros e necessários para o ato de administrar e dispor de poder para sua estratégia de gestão.

Motta (1995) propõe ações voltadas para a democratização e manutenção de um clima favorável nas relações com a burocracia profissional. A organização deve oferecer aos indivíduos oportunidades de ampliar sua ação e comunicação e resolver problemas, adotando uma perspectiva globalista, da organização como um todo na resolução de problemas. Favorecer a flexibilização das ações, mantendo comunicações francas e criando incentivos à iniciativa de mudança.

Essa forma democrática de conduzir uma organização resulta em condições favoráveis de trabalho e funcionam também como um dos mais importantes instrumentos de recompensa não remuneratória em uma organização do tipo burocracia profissional.

Mintzberg (1995) adverte que o administrador profissional conserva seu poder somente até quando os profissionais o percebem como servindo eficazmente a seus interesses. Em uma organização pública, por exemplo, o administrador autoritário que se mantém no cargo por algum tempo é boicotado, e a forma de tratar os profissionais no confronto do dia-a-dia, é usualmente transmitida para o tratamento destes profissionais para com os clientes-

usuários da organização. Em situações como essa, o administrador conserva o poder pessoal de decidir, porém já não tem mais o poder de administrar a organização e suas decisões são inócuas.

As burocracias profissionais para Mintzberg (1995, p. 206) não são uma entidade integrada, os processos de trabalho tendem a fragmentação,

com frequência a necessidade dos clientes caem nas fendas dos programas padrões, cortar o mundo em fatias embora útil para compreendê-lo, inevitavelmente o distorce, na medicina contemporânea o corpo humano é tratado como uma coleção de pares soltos de órgãos, os quais correspondem a diferentes especialidades. Para o paciente cuja doença se encaixa suavemente em uma dessas especialidades, os problemas de coordenação não aparecem. Para outros... significa repetidas transferências em busca do departamento correto.

Este autor aponta ainda para a tendência das burocracias profissionais de "confundir a necessidade do cliente com as habilidades que lhes oferece" (MINTZBERG, 1995, p. 207). Um exemplo importante disso são a medicalização de problemas sociais e psicológicos e o seu inverso da psicologização de problemas de fundo orgânico e de competência médica.

Na medida em que as organizações crescem, para que sejam assegurados os processos de trabalho necessários para os resultados para os clientes, as organizações desenvolvem estruturas, mecanismos de hierarquia, delegando responsabilidades e poder a indivíduos e grupos de trabalho. Numa organização em que há o predomínio da burocracia profissional, coexiste com ela, um outro tipo de organização usualmente não tão democrática quanto a primeira, representada pelas áreas de apoio. Essa diferença reproduz um fenômeno de classes, de maior ou menor poder numa organização, que tende também a ser repassado para o cliente, em atitudes autoritárias, particularmente naquelas organizações que atendem clientes-usuários advindos das camadas populares. Daí a importância de tratar a todos com equidade, conciliando as modalidades de hierarquias paralelas existentes na organização e suas necessidades específicas e seu tempo, muitas vezes, diferentes de desenvolvimento e maturação no sentido da autonomia, mantendo um direcionamento último para uma gestão estratégica mais participativa que envolva todos os colaboradores.

Mintzberg (1995) descreve que os processos de mudança com novas tecnologias nos serviços de saúde reduzem a autonomia do profissional ao forçá-lo a trabalhar em equipes

multidisciplinares como na adhocracia, este movimento configura uma nova estrutura híbrida, que podemos denominar de burocracia profissional adhocrática. Este movimento, embora necessário, muitas vezes, gera conflitos e constitui ameaça para os projetos da organização. É importante conciliar e preservar a alta motivação existente entre esses profissionais durante os processos de mudança, para que não se perca o que existe de melhor na burocracia profissional para a integração interdisciplinar.

Orientando as ações do administrador numa burocracia profissional, Mintzberg (1995) propõe ainda que: todo o mundo, e não somente os gerentes ou representantes profissionais, devem assumir a mudança. Com isto, esta vem bem devagar e só depois de muitos conflitos e manobras políticas dos profissionais e administrativos. Este autor adverte também que processos de trabalho complexos só podem ser realizados a contento se controlado por quem o faz, controles externos usualmente se prestam a restringir o trabalho de qualidade e a consciência profissional. No caso de resistência à mudança "a sociedade faria melhor despertando o senso de responsabilidade dos profissionais para servir ao público, ou no caso de fracassar, exercer pressão sobre as associações profissionais, que é melhor do que sobre as Burocracias Profissionais" (MINTZBERG, 1995, p. 212).

No Modelo Estrela de Galbraith (1995a), as políticas de recompensa devem conciliar os objetivos dos profissionais com os da organização. A criação de incentivos previamente pactuados com os profissionais e as outras hierarquias de apoio, recompensando resultados pretendidos pela estratégia da organização, podem permitir a auto-regulação de alguns processos, com importante economia de recursos em auditorias ou outras modalidades de controle. As tendências, segundo esse autor, é estimular a produção coletiva evitando a competição predatória da qualidade do trabalho.

As organizações para Mintzberg (1995) são um espaço importante para que os profissionais possam compartilhar recursos para realizar ações, muitas vezes, complexas como no caso de algumas cirurgias. É também um espaço de aprendizado, em que uns aprendem com os outros e formam auxiliares e novos profissionais. Espaço também para serem conhecidos, angariarem mais clientes e poderem contar com o auxílio de outros profissionais quando necessário. Nesse sentido, a qualidade de vida no trabalho dentro das organizações é importante fator de recompensa para tais profissionais. A burocracia

profissional, assim, atende uma necessidade humana fundamental na distribuição democrática de poder para os profissionais e também de autonomia na medida em que os incentivos estratégicos podem substituir a coordenação rigorosa.

Recompensas, tais como ganhos compartilhados, bônus baseados em metas, participação nos lucros e participação acionária são incentivos importantes numa burocracia profissional. Ligam o interesse dos profissionais e os alinham com o sistema de desempenho da organização. Galbraith (1995) defende que sistemas de pagamento por mérito geralmente exacerbam a competição entre os membros da organização e jogam uns contra os outros. Práticas que se baseiam no mérito da equipe e na participação dos trabalhadores na definição das políticas que sustentam o pagamento do mérito individual, incentivam a cooperação.

Arruda (2002) destaca os valores e a ética organizacional como fundamento de uma política de RH, pontuando que as pessoas e organizações são mais eficientes quando existe sintonia entre os valores e as crenças de como trabalhar e as expectativas e exigências em relação ao sucesso. Propõe divulgação sistemática de como o trabalho deve ser desenvolvido, indicação de representantes para garantir o processo e criação de instrumentos de verificação dos resultados que orientem o processo. Se isso vale para otimizar o clima das organizações como um todo, nas burocracias profissionais essas ações são ainda mais importantes, sob pena de comprometer seu desempenho.

4 METODOLOGIA

4.1 Método e técnica da pesquisa

Este trabalho apresenta uma pesquisa descritiva, qualitativa, que trata questões do cotidiano de uma organização em processo de mudança, e que não estão suficientemente estudadas do ponto de vista da gestão e sob o aspecto da configuração organizacional.

Para Gil (1991, p. 46), a pesquisa descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. No nosso caso, a pesquisa procura descrever o processo de mudança na Cliserv. Sob alguns aspectos esta pesquisa apresenta características de uma pesquisa exploratória, ou como coloca Gil: “há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratória”.

A técnica utilizada foi o estudo de caso, escolhido por permitir a desejável flexibilização da pesquisa, e por conciliar essa flexibilização com um razoável aprofundamento na unidade de estudo escolhida. Para este trabalho, foram utilizadas fontes diretas de observação, realizadas via entrevistas e a observação sistemática e assistemática dos movimentos organizacionais.

O estudo de caso utilizado irá focar uma organização em seu contexto de mudança, com vistas à implantação gradativa de um atendimento interdisciplinar, tendo como elemento integrador o médico generalista, construindo uma abordagem que considera a saúde do cliente-usuário e sua qualidade de vida. Esse método permitiu, ao autor, aprofundar-se nas diversas alternativas que surgiram durante a pesquisa, bem como a se deter em pontos que ofereciam informações mais consistentes para o estudo em questão. O estudo de caso tem como princípio a liberdade na coleta das informações, que pode facilitar a compreensão da realidade analisada. Pode também facilitar os movimentos temporais, permitindo uma reconstrução histórica dos fenômenos que se observam na atualidade.

Para Gil (1991, p. 45), o estudo de caso apresenta, pela sua flexibilidade, as vantagens de proporcionar ao longo do trabalho novos enfoques para os conhecimentos pretendidos e o *estimulo a novas descobertas*; favorece também a integração das dimensões

de um problema, o que chama de *ênfase na totalidade*; este autor pontua também a vantagem da *simplicidade dos procedimentos* exigidos para coleta e análise de dados. As limitações ficam por conta da dificuldade de generalização dos resultados obtidos já que os limites do estudo de um único caso podem levar a resultados equivocados, exigindo mais do pesquisador na conclusão da pesquisa.

Procuramos superar outros problemas do estudo de caso, dentre os quais, a tendência à ampliação do número de dados obtidos durante a pesquisa, o que dificultaria o trabalho de análise e síntese. Retomamos continuamente às questões centrais que permeiam o desenvolvimento do trabalho e que são o foco no generalista, a interdisciplinaridade e a abordagem da saúde e da qualidade de vida do cliente-usuário. A opção por esse estudo, que limitou o número de unidade de observação a uma única unidade, naturalmente impossibilita a generalização de resultados, fator que seria interessante mas que não foi possível por ora.

4.2 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um Roteiro de Entrevista semi-estruturado (APÊNDICE A), aplicado pelo próprio pesquisador, com questões que focavam cada uma das cinco categorias pilares de análise de gestão administrativa (Modelo Estrela) de Galbraith (1995a). Para estratégia, foram formuladas quatorze questões; para estrutura, doze; para processo nove; para recompensa, dez questões e para políticas de Recursos Humanos, treze.

O roteiro foi elaborado considerando-se as questões que se apresentam na organização pertinentes às cinco categorias administrativas do Modelo Estrela. Elegemos um maior número proporcional de generalistas entrevistados, oito de um total de 13, porque, primeiramente, das ações desse profissional, depende o curso das mudanças. Em segundo lugar, incluímos na amostra ouvida uma proporção significativa de médicos especialistas, nove em 29, cientes da hegemonia do saber desses profissionais e sua capacidade de influir nos processos de trabalho e nos serviços de saúde em nosso meio.

Procuramos ouvir todas as categorias profissionais envolvidas nas atividades da clínica, percorrendo nessa escuta todos os setores da clínica. Entrevistamos profissionais mais

antigos na clínica e profissionais recém-chegados o que proporcionou informações interessantes em relação aos movimentos institucionais ao longo destes dois anos de funcionamento da organização.

Usualmente nas organizações de saúde, atribuem-se as dificuldades de se viabilizar projetos à resistência às mudanças e ao fato da remuneração desses profissionais, em particular do profissional médico, em ficar sempre distante do ideal do profissional liberal abrigado pela maioria deles, ou mesmo, pelas dificuldades de pactuar processos organizados com uma categoria profissional naturalmente avessa a disciplinas organizacionais. Outras racionalizações eram construídas para explicar as dificuldades de mudança, que se prestavam muito mais à estagnação do que instrumentalizar os processos de desenvolvimento organizacional.

Ao conhecermos o modelo Estrela de Galbraith, já apresentado na figura 1, que trata da estratégia, da estrutura, dos processos, das recompensas e da política de pessoal e aplicá-lo de forma não sistemática à realidade dessas instituições de saúde, percebemos as fragilidades da gestão desses serviços, em todos os pontos e categorias destacadas por esse autor. Fomos, assim, estimulados a fazer um estudo mais sistemático, apostando que a gestão inteligente pode muito contribuir para a solução de problemas que têm sido atribuídos de maneira contingencial a vários fatores.

Foi realizado um pré-teste utilizando um pré-roteiro em três entrevistas com dois médicos e um técnico de nível superior, ocasião em que algumas perguntas foram reformuladas, outras excluídas e outras acrescentadas de forma a fazer fluir o material para o estudo pretendido.

Escolhemos a apresentação do conteúdo no material colhido ao longo das entrevistas, entendendo que não se trata de uma descrição “isenta”, ou ainda, que a percepção destes profissionais é componente orgânico nas mudanças pretendidas. No início do trabalho pretendíamos fazer uma análise do discurso, ou mais precisamente ir além do conteúdo “imediato” das palavras, retrocedemos desta intenção de maior complexidade e subjetividade, e ficamos com as possibilidades do conteúdo manifesto. Renunciamos ao termo análise do discurso por rigor metodológico, apesar de Bauer (2002) afirmar que, existem muitos estilos

diferentes de análise do discurso, com origens em diversas tradições teóricas e todos reivindicam esse nome de análise do discurso. Entretanto, existe um ponto em comum entre essas várias práticas e tradições. O que essas perspectivas partilham é uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social.

Esses princípios são complementados pela convicção de que o meio social determina o conhecimento, nos limites do tempo e da relação com outros conhecimentos – nossas maneiras atuais de compreender o mundo são determinadas não pela natureza do mundo em si mesmo, mas pelos processos sociais.

A percepção dos profissionais entrevistados possibilita não só uma leitura do estágio atual de desenvolvimento da organização, mas as possibilidades de desenvolvimento futuro assim como identificar ações mais adequadas para alavancar o processo de mudança pretendido.

Entendemos que a análise da percepção dos entrevistados enquanto leitura de uma realidade ou mesmo de intervenção na realidade, na medida que a percepção é explicitada e compartilhada, pode legitimar o trabalho de pesquisa e dar credibilidade às ações propostas.

4.3 Caracterização da amostra

A figura 2 mostra o quadro de pessoal da Cliserv é formado por 98 profissionais, cuja distribuição é a seguinte:

13 médicos generalistas	08 clínicos
	04 pediatras
	01 geriatra
29 médicos especialistas	01 alergologista
	02 cardiologistas
	01 cirurgião geral
	02 dermatologistas
	02 endocrinologistas
	01 fisiatra
	02 gastroenterologistas
	04 ginecologistas-obstetras
	01 neurologista
	03 oftalmologistas
	02 ortopedista
	02 otorinolaringologistas
	01 pneumologista
	03 psiquiatras
	01 radiologista
	01 urologista
12 Outros profissionais da saúde	02 enfermeiros
	03 odontólogos
	02 assistentes sociais
	02 fonoaudiólogos
	01 psicólogo
	01 nutricionista
	01 fisioterapeuta
14 Profissionais da área técnica da saúde	06 auxiliares de enfermagem
	02 técnicos de raio X
	06 auxiliares de farmácia
25 Profissionais da área de apoio	02 Sistemas de informação
	01 Setor de compras
	01 Setor de materiais
	10 Recepção
	04 Portaria
	04 Limpeza
	03 Motoristas
05 Líderes de processo	01 Gerente geral
	01 Coordenador médico
	01 Supervisor de enfermagem
	01 Coordenador de recepção
	01 Coordenador de farmácia
TOTAL: 98 PROFISSIONAIS	

Figura 2 - Distribuição do pessoal da Cliserv
Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação.

Foram realizadas entrevistas com 29 profissionais da saúde, assim distribuídos:

08 generalistas
09 Especialistas
03 Outros profissionais de saúde
01 Profissionais técnicos
03 Profissionais da área de apoio
05 Líderes do processo
Total: 29 entrevistas

Figura 3 - Distribuição das entrevistas realizadas
Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação.

A amostra foi constituída aleatoriamente mas foram utilizados dois cuidados básicos, garantir a participação de profissionais com diferentes tempos de trabalho na organização, bem como a representatividade de todas as especialidades e categorias profissionais.

4.4 O problema da pesquisa

Ao trabalhar com a implantação desse modelo interdisciplinar com ênfase no generalista, os profissionais responsáveis por tal implantação têm se deparado com algumas questões que dificultam sua efetiva operacionalização. Entre essas dificuldades, destacamos aspectos de natureza da cultura dos serviços assistenciais, com implicações objetivas e subjetivas importantes, encontradas entre os usuários e entre os profissionais de saúde.

Entre os usuários destacamos a ênfase no generalista, que se pretende como fundamental ao modelo e que encontra dificuldades na medida em que muitos clientes usuários já chegam com uma demanda pronta para consulta com especialista. Entre os profissionais, destacamos uma tendência em atender a demanda do paciente na maneira em que ela é formulada.

Os profissionais de atendimento (recepcionistas), alguns mais sensíveis às diretrizes estratégicas da clínica de foco no generalista, incorporaram as propostas de forma

mais consistente e negociam as vantagens da consulta com o generalista, outros, por razões diversas, ainda não incorporaram essas diretrizes.

Na questão do trabalho interdisciplinar, em que é necessário compartilhar ações com profissionais de outras disciplinas, o problema para uma efetiva integração se mostra ainda maior, a tendência é responder as demandas apresentadas pelos usuários de forma solitária ou, no máximo, recorrendo a outros especialistas da categoria médica.

A intervenção nessa realidade da cultura assistencial remete a uma necessária desmedicalização de problemas de natureza social ou psicológica e a participação efetiva de outras disciplinas, acompanhada pela visão integradora do médico generalista. Essas outras disciplinas por sua vez não apresentam processos de trabalho organizados para fazer frente ao desafio de mudança.

A mudança de foco de tratar doenças para promover saúde e instituir procedimentos de ações preventivas se mostra um desafio ainda maior, na medida em que apenas algumas poucas práticas médicas incorporaram esse olhar ao dia-a-dia das consultas.

Pretendemos, a partir dos fundamentos teóricos colocados, estudar e refletir sobre a condução dessas questões estratégicas do modelo de atendimento, sua incorporação ao discurso dos líderes de processos na clínica e sua efetiva disseminação pela organização como um todo.

Acreditamos que esta pesquisa, que tem como referência teórica o Modelo Estrela de Galbraith, poderá proporcionar subsídios para o desenvolvimento do sistema administrativo que exige uma nova estratégia de gestão. Os modelos de administração usuais não atendem as necessidades de mudança. É necessário desenvolver um sistema de gestão eficaz e ações de integração mais adequada com os parceiros, fornecedores e com todos os profissionais envolvidos. Há que se destacar que não é objetivo deste trabalho operacionalizar, mas, sim, contribuir para a construção de uma estratégia de ação.

As perguntas foram formuladas no sentido de que as respostas obtidas possam orientar o estudo da organização e do processo de implantação dessa nova prática assistencial.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 Caracterização da organização pesquisada

Este estudo de caso foi realizado na Clínica dos Servidores Municipais Prof. Darci Ribeiro – CLISERV – da BEPREM, Autarquia Municipal de Direito Público. Clínica Médica ambulatorial e de urgência criada como alternativa suplementar ao SUS, para dar assistência médica aos servidores públicos municipais de Belo Horizonte que tiveram seu hospital próprio (Hospital Municipal Odilon Behrens) universalizado, para atendimento a toda a população, ao longo da implantação gradativa do sistema único de saúde.

A clínica conta com infra-estrutura para atendimento ambulatorial e de urgência. Na urgência, dispõe de recursos humanos e equipamentos para fazer ressuscitação, respiração assistida, monitoração cardíaca e uma U.T.I. móvel para remoção e deslocamento de pacientes. No ambulatório, conta com várias especialidades, funciona também em regime de internação dia, para dar suporte ao atendimento de urgência e cirurgias de pequeno e médio portes e complementa essa assistência com atendimento domiciliar a pacientes com demanda mais complexa em que tal intervenção pode substituir e evitar internações.

O espaço físico é agradável, climatizado, decorado e bem cuidado, aspectos de qualidade que, proporcionalmente, em relação a pagamento de serviços médicos e apoio diagnóstico, têm pouco impacto no custeio total da clínica e grande efeito na satisfação do usuário.

Para dar suporte a esse atendimento, foram credenciadas distribuidoras de medicamentos, laboratórios de análises clínicas, clínicas de Raios-X e outros serviços de apoio diagnóstico.

A farmácia, como meio de assegurar os tratamentos com qualidade e custos reguláveis, pretende fornecer medicamentos a preços atraentes e desenvolver uma lógica social de dispensação, oferecendo o produto genérico ou similar de menor custo, e encaminhando ao serviço social pacientes com dificuldades de aquisição. Apresenta também aos profissionais médicos, informações sobre desenvolvimento de novos produtos e preços de medicamentos.

O serviço social, por sua vez, busca assegurar o acesso aos serviços necessários para clientes usuários em situação de risco social e oferece uma série de benefícios, como pecúlios e pensões, assistência jurídica, auxílio funeral, seguros em grupo, crédito e outros. Esse serviço também coordena a Cliserv domiciliar, cujos cuidados são levados ao paciente em sua residência.

A psicologia coordena o acolhimento do cliente usuário na clínica, focando nos casos de demanda mais complexa, e desenvolve atividades de integração e escuta dos profissionais diante de dificuldades no desenvolvimento do trabalho cotidiano. Para isso, promove reuniões periódicas.

As outras disciplinas como a fonoaudiologia e a fisioterapia realizam atividades complementares e específicas de sua especialidade assim como ações preventivas contando com a participação de estagiárias em programas docentes assistenciais.

Os serviços desta unidade de atendimento (Cliserv) são complementados por quatro outras unidades: três unidades de atenção odontológica, e uma de saúde mental localizadas em pontos estratégicos da cidade, considerando concentração populacional da clientela.

A BEPREM oferece ainda a seus associados um Centro de Convivência, com cursos diversos, atividades de desenvolvimento pessoal e de socialização, e um Clube Recreativo com várias atividades de lazer.

O prontuário médico em desenvolvimento na Cliserv é informatizado, permitindo levantar dados tais como condições gerais de saúde, evolução das intercorrências, medicamentos prescritos, exames solicitados, encaminhamentos a especialistas e utilização dos equipamentos de apoio. Possibilita, ainda, monitorar os pacientes de risco, subsidiando a saúde ocupacional na prevenção a agravos específicos, bem como implementar a interatividade do sistema.

Os serviços médicos da Cliserv são contratados por meio de licitação pública, estipulando-se remuneração mínima a ser paga aos profissionais, exigências contratuais

definindo o perfil dos profissionais, percentual mínimo de satisfação do usuário e descrição básica dos processos de trabalho tais como tempo estimado para consulta e padrão mínimo de postura, de cuidados com os pacientes e acolhimento das necessidades dos mesmos. O atual prestador de serviços é uma sociedade civil de profissionais de saúde. As demais unidades da BEPREM de maneira geral são compostas por profissionais próprios dessa autarquia.

Os serviços de apoio tais como portaria, recepção, limpeza, secretaria, digitação e outros são recrutados de terceiros, por meio de contratos e projetos básicos em que são especificados os processos de trabalho desejados.

Na contratação desses serviços na forma de licitação pública, está descrito um modelo assistencial, em que estão especificadas as linhas gerais da forma de atendimento pretendido. Os processos de trabalho sofrem influência da demanda de setores administrativos da Prefeitura de Belo Horizonte – PBH – como corregedoria e perícia médica, exigindo a participação conjunta de médicos, psicólogos, serviço social, fonoaudiologistas, fisioterapeutas e outros.

Os atendimentos são faturados aos usuários clientes para desconto em folha de pagamento ao final de cada mês, em valores de acordo com a sua faixa salarial de rendimentos na PBH. Até três salários mínimos descontam-se 10,00 reais, de três a cinco salários 20,00 e, acima de cinco salários, 30,00 reais. Os exames básicos estão incluídos nesse valor.

A PBH administração direta e indireta, conta com cerca de 27.000 funcionários. Considerando-se os dependentes, chegamos à cerca de 100.000 pessoas como potenciais usuárias desse sistema. A média salarial na PBH é de cerca de R\$ 1.000,00. Estima-se que cerca de 30% dos servidores municipais tenham algum plano de saúde. A BEPREM faculta aos planos de saúde que prestam serviços aos servidores, credenciamento para prestação de serviços em suas unidades assistenciais perante ressarcimento. As internações são realizadas no SUS, normalmente com problemas devidos à grande pressão de demanda nesses serviços universalizados.

A BEPREM mostra-se particularmente sensível a essas mudanças para um

atendimento integrado com custos reguláveis, pois é uma autarquia municipal que utilizava recursos de desconto previdenciário para prestação de alguns serviços de saúde, com as novas Leis, que passam a regular a previdência social, e que impedem a utilização desse recurso para outra finalidade, que não seja a previdência. Essa instituição está às voltas com a necessidade de encontrar outras fontes para seu custeio e para a realização de novos investimentos na saúde e qualidade de vida do servidor público municipal.

Foi com vistas a construir novas fontes de custeio que, no final de 2001, a BEPREM abriu processo de credenciamento para os planos de saúde utilizarem os serviços ambulatoriais e de urgência da BEPREM, no atendimento a seus associados servidores públicos municipais.

Esse atendimento é parte de um modelo, que pretende realizar uma série de *encaixes*, entre várias atividades assistenciais, de setores diferentes dentro da PBH, e de parceiros externos apostando na melhoria de desempenho de todos, resultando em qualidade de saúde e de vida para o servidor público municipal.

A figura 4 apresenta um desenho dos vários núcleos de trabalho que fazem parte do sistema assistencial BEPREM.

PORTA DE ENTRADA - SISTEMA INTEGRADO SAÚDE BEPREM

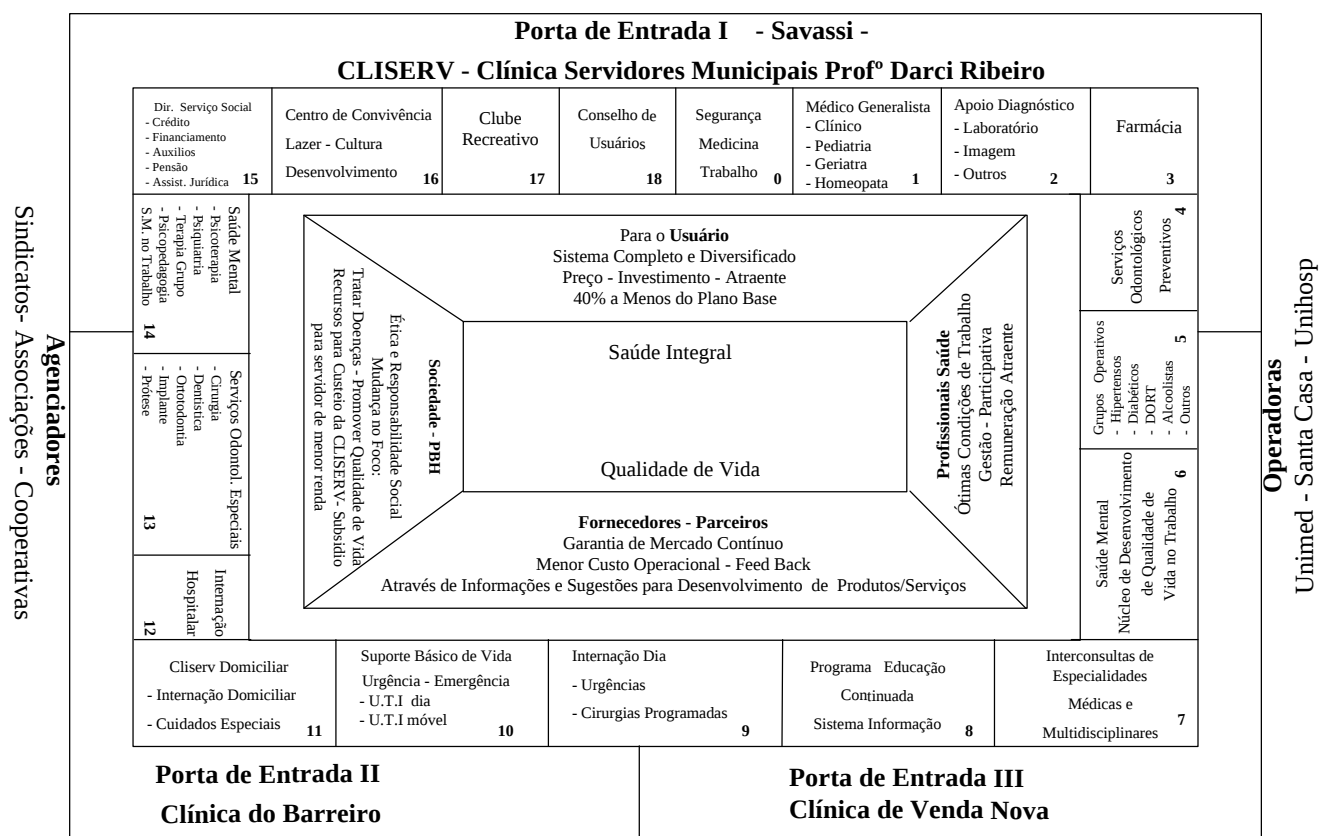


Figura 4 - Quadro da descrição do sistema de saúde BEPREM
 FONTE - Elaborado pelo autor da dissertação.

5.2 Estratégia

Analisando as respostas obtidas junto aos respondentes acerca de seu conhecimento sobre o processo de definição da missão e a forma como os colaboradores se relacionam com esse conceito, verificamos uma certa homogeneidade nas respostas. Praticamente todos os entrevistados responderam que conheciam a missão da Cliserv, que definiram como sendo prestar atendimento diferenciado, com qualidade, cuidado e respeito com o paciente.

O elemento que aparece como um componente privilegiado da missão, nas respostas dos entrevistados, é uma boa relação médico-paciente. Contudo, ao analisarmos o que esses profissionais denominam relação médico-paciente, observamos um alto nível de subjetividade, um conceito que varia de profissional para profissional.

Uma boa relação médico-paciente foi definida como a capacidade de ir além da doença, contemplando a vida do paciente. Um profissional assim expressou essa relação:

"Ele fica menos satisfeito do que o que chega com dor de cabeça e eu pergunto – está sentindo mais alguma coisa? Como está a vida? Eu acho que isso não é só dor de cabeça, vamos passar para outros lados... eu me preocupo com o dia-a-dia dele. Ele valoriza esta atenção." (Médico especialista em Neurologista, entrevista 26).

Para um outro profissional médico, a missão é alcançada por meio da relação médico paciente, que é a valorização das queixas e o cuidado na condução do processo de diagnóstico e acompanhamento do indivíduo. Ao verificarmos a especificidade do processo de trabalho desse profissional, verificamos que sua avaliação é compatível com as necessidades de sua própria especialidade, pois se trata de um alergista, disciplina exposta às vicissitudes do sistema imunológico e a grandes instabilidades na condução do tratamento.

Os profissionais de disciplinas mais recentes no mercado de trabalho da saúde destacam o desenvolvimento da interdisciplinaridade como parte importante da missão, bem como a necessidade de aumento da resolutividade do generalista. Para um deles, a interdisciplinaridade favorece a otimização das consultas médicas, enfatiza que

"para evitar que o paciente fique consultando várias vezes com outros médicos e que ele possa ter um ganho maior com essas consultas e uma evolução melhor". (Técnico de nível superior, entrevista 21).

As respostas sugerem também, como era de se esperar, que, ao descreverem a missão da organização, os profissionais sustentem saberes próprios de suas categorias profissionais, o que Mintzberg (1995) descreve como uma das características da configuração organizacional do tipo burocracia profissional. Assim, para os profissionais médicos:

"a missão é uma boa relação médico paciente", [para o serviço social o mais importante é] "garantir acesso do usuário aos serviços necessários". (Técnico de nível superior - entrevista 17).

Para o profissional da farmácia:

"cuidar de todas as questões tocantes a medicamentos [...] sempre procurando melhorar a vida deste meu paciente". (Técnico de nível superior - entrevista 21).

Para o profissional da enfermagem e líder de processos a Missão

"é acolher bem, custe o que custar: o paciente pode ser maluco, pode ser grosso, do jeito que ele vier eu tenho que dar conta dele". (Líder de processos - entrevista 12).

Assim, alinhar as estratégias ao potencial discursivo das várias categorias profissionais que compõem essa organização burocrática profissional nos parece constituir ações facilitadoras para alavancar o processo de implantação das mudanças necessárias. A integração efetiva entre os vários saberes que compõem a área de saúde é o grande desafio da clínica. Considerando que existe uma tendência de medicalização de todos os problemas trazidos pelos usuários, a disposição inicial dos serviços numa cadeia de valor pode permitir maior identidade ao sistema composto por várias disciplinas e sua importância para os resultados finais para o cliente, criando espaço de credibilidade e valor para o desenvolvimento efetivo de uma abordagem interdisciplinar. É desejável a produção de um saber que leve o foco do atendimento à promoção de saúde e qualidade de vida. Isso será possível quando superada a hegemonia no atendimento básico do saber médico, ou seja, o saber médico também numa síntese transdisciplinar.

A posição da enfermagem tem papel estruturante nessa forma de atendimento. O princípio do acolhimento bem feito *custe o que custar*, é o mais consolidado na organização e todos os profissionais estão comprometidos com a habilidade de, até mesmo, suportar provocações, às vezes. Isso pode ser destacado enquanto um aprendizado coletivo que vem se consolidando com o tempo e com o desenvolvimento da organização. Gradativamente vem se constituindo enquanto competências essenciais (PRAHALAD e HAMEL, 1990), permeando todo o corpo de profissionais. Esses valores estão em sintonia com os princípios de todas as categorias profissionais, capitaneados pela relação médico-paciente.

O estudo da forma como a missão foi definida e trabalhada pela organização sugere consistência entre a coordenação da clínica e a gerência intermediária. As direções

básicas, constituídas de resolutividade, cuidado e respeito com o paciente e a atenção para uma boa relação médico-paciente, foram citadas de forma sistemática por quase todos os profissionais da clínica como sendo o discurso básico norteador desse processo, que parece ter atingido um bom nível de incorporação ao cotidiano dos profissionais da Clínica. Verificamos, entretanto, que os princípios de foco no generalista e de interdisciplinaridade não aparecem de forma tão consistente quanto os princípios de acolhimento do paciente e da melhoria da relação médico-paciente, conceitos já mais comumente utilizados em outras organizações de saúde.

Em relação à questão da participação dos funcionários na elaboração da missão, praticamente todos mencionaram não terem participado nesse processo. Parece-nos, nesse sentido, pertinente repensar esse processo, no sentido de que a definição da missão pudesse passar por um movimento de apropriação mais consistente pelo grupo, um processo mais participativo na elaboração e discussão mais permanente da missão da Cliserv.

Indagados sobre a percepção do alcance da missão da clínica, os profissionais entrevistados consideraram que ela é parcialmente atendida, em virtude das dificuldades existentes para efetivação dos encaminhamentos aos serviços hospitalares ou a serviços não cobertos pela clínica, que apresentam custos inacessíveis aos servidores de menor renda. Já para os líderes de processos, o alcance parcial da missão deve-se a dificuldades de implantação de uma nova cultura de atendimento.

Quanto à incorporação da participação dos especialistas enquanto interconsultores, indagamos pela diferença na atuação de cada um deles. Os generalistas mostraram-se mais conscientes da proposta da organização. Verificamos contudo, uma resposta de um generalista revelando total desinformação quanto ao sistema de atendimento;

"Eu tive até algumas dúvidas, andei errando, porque eu não sabia que o retorno é gratuito dentro de um prazo da primeira consulta, fiquei sabendo por acaso." (Generalista - entrevista 28).

Alguns processos de trabalho, como a marcação de consultas que sustentam a estratégia, apesar de bem definidos para alguns recepcionistas, como nos mostra a resposta abaixo, não estão suficientemente difundidos para os demais profissionais da clínica:

"em alguns casos eles insistem em marcar com o especialista, a gente tenta passar a informação para o paciente das vantagens que ele vai ter de procurar o clínico de início e se precisar do especialista não vai custar mais nada". (Líder de processo - entrevista 9).

Alguns especialistas, apesar de conhecerem apenas superficialmente as propostas da clínica, demonstraram conhecer o modelo, se manifestaram de forma favorável e crítica em relação a proposta e associam a proposta ao programa saúde da família do Ministério da Saúde e ao SUS. Vários pontuaram aspectos importantes no sentido de ações necessárias para efetiva implantação do modelo:

"As poucas informações que eu tenho em relação a isso são os modelos que existem na Inglaterra e no Canadá. Funciona muito bem [...] um médico que acompanha o indivíduo no seu nascimento até a sua maturidade, inserido dentro da família. O médico vai analisar as necessidades da consultas com os especialistas." (Especialista - entrevista 11).

Avaliando se o trabalho desenvolvido na Cliserv é diferenciado em relação a outras instituições de saúde, o que Porter (1996) descreve num artigo na *Harvard Business Review* como a essência da estratégia, observamos homogeneidade nas respostas em todas as categorias profissionais. Uma auxiliar de enfermagem definiu da seguinte forma o diferencial apresentado pela Cliserv:

"O tratamento aqui é muito diferente....os clientes querem rapidez no atendimento, elogiam muito o nosso trabalho, a área física da clínica, e o atendimento [...] em nenhum lugar eles têm essa atenção." (Técnico de nível médio - entrevista 8).

Um técnico de nível superior:

"O trabalho aqui é diferenciado, têm essa preocupação em funcionar bem, tem essa cobrança [...] no espaço físico, na aparência das recepcionistas [...] chama a atenção do paciente." (Técnico de nível superior - entrevista 13).

Analizamos também o fenômeno *cliente exigente* enquanto fator de

desenvolvimento de vantagens competitivas. Para isto, indagamos sobre as diferenças e semelhanças com clientes de outros locais e se ele é mais ou menos exigente. Essa propriedade do cliente exigente foi elaborada por Porter (1999), discutindo a interatividade entre produto e consumidor. Para esse autor, os produtos se tornam mais competitivos quando têm consumidores mais sofisticados, mais exigentes, em relação a esses produtos e serviços. Acreditamos que assim também funcionam os serviços de saúde: quanto mais exigentes os usuários, mais o sistema ganha em qualidade da assistência:

"ele é muito exigente [...] aqui é um espaço que foi construído por ele [...] funcionários da prefeitura com renda mais baixa [...] mas esclarecidos. Apesar disto a relação é boa e raramente se tem conflitos". (Líder de processo - entrevista 29).

A resposta a seguir, colhida com um profissional do grupo dos generalistas, nos revela o quanto essa visão do cliente exigente pode apresentar de subjetividade, variando de profissional para profissional e de cliente para cliente:

"ele está no meio do cliente do SUS e do cliente particular; ao mesmo tempo tem um comportamento um pouco submisso e momentos de demanda. Os nossos pacientes são muito heterogêneos, nós temos pacientes de várias faixas sociais, econômicas [...] o comportamento varia muito com esse poder aquisitivo". (Generalista - entrevista 3).

A resposta abaixo, bastante abrangente, da líder de processos, sugere ações necessárias para alavancar o processo de mudança definindo os pontos fracos e fortes, que fundamentam o modelo SWOT de análise estratégica de Learned, Christensen, Andrews e Guth (1960):

"pontos fracos [...] no agendamento médico [...] a gente perdeu a cultura da clínica, existe rotatividade na recepção [...] nem todos os médicos compram essa idéia de fazer atendimento com aconchego. Não foi para isto que a gente contratou [...] o sistema de telefonia é precário, sua área física inadequada [...] teve funcionárias que tiveram bebê, e não têm cobertura previdenciária; isso cria uma insatisfação. O ponto forte, é o clima organizacional [...] as pessoas realmente se sentem satisfeitas, a gente tem facilidades; a gente às vezes briga e consegue o que precisa, e isso eu acho é um ponto forte". (Líder de processo - entrevista 12).

Analisando as oportunidades no cenário da assistência médica para a proposta de trabalho interdisciplinar com ênfase no generalista proposta pelo modelo, observamos que poucos profissionais têm consciência desta proposta enquanto um negócio. Em sua maioria, os profissionais defendem o novo modelo de ênfase no generalista, como de maior qualidade no atendimento. No entanto, não ligam o modelo à interdisciplinaridade, nem associam à oportunidade de negócio para sua empresa, ou enquanto qualificação pessoal para o mercado de trabalho. As formas de recrutamento atual, por contato direto em outros locais de trabalho, não favorecem encontrar profissionais com tendências empreendedoras, recrutamento que tem de ser gradativamente reconstruído, se for de interesse da organização:

"é oportuna [...] na UFMG [...] é a formação de médico generalista; é melhor para o paciente, em termos de custos para o sistema de saúde também; o poder de resolutividade é muito maior". (Especialista - entrevista 25).

Alguns profissionais descrevem um clima de aprendizado na organização, em sintonia com as ações estratégicas decorrentes da visão de Prahalad e Hamel (1990) que consideram a estratégia como a arte de proporcionar o desenvolvimento de competências básicas numa organização, traduzindo o aprendizado coletivo da organização.

Esta resposta abaixo traduz a presença deste fenômeno.

"meu primeiro emprego [...] profissional daqui é muito exigido [...] como um ponto positivo; chega alguém e fala que não está legal assim [...] acho isso legal [...] pela minha formação aqui, não vou ser uma pessoa que vai ficar acomodada". (Recepcionista - entrevista 2).

Ao levantar a possibilidade de concurso público para a clínica, as respostas revelam a crença de muitos profissionais da clínica, em particular dos líderes de processo, acerca da incompatibilidade entre a estabilidade do concursado e o gerenciamento e a boa qualidade do atendimento:

"nunca trabalhei com essa relação de trabalho; no serviço público as pessoas ficam muito confortáveis [...] não têm risco de serem demitidas; aqui a equipe é mais motivada [...]tem mais compromisso. No emprego público vira bico [...] a pessoa só quer segurança, existe uma deterioração da personalidade; eu tenho medo de um projeto

deste se perder se fizer concurso, infelizmente essa é verdade". (Líder de processos - entrevista 29).

Essa é uma questão de extrema importância para a gestão pública, pois esse setor usualmente não utiliza os instrumentos legais de que dispõe para direcionar este aprendizado, como os indicadores para nortear os processos de mudança, nos sistemas de avaliação de estágio probatório, em que o concursado é avaliado quanto ao seu perfil de servidor nos primeiros dois anos de trabalho e nos planos de carreira para ascensão profissional. Nogueira e Paranaguá (2002) sugerem, consoantes com o Modelo Estrela, articular política de pessoal com estratégia e processo, concebendo a gestão de RH como um processo que, ao regular os componentes do sistema de pessoal (carreiras, desempenho, qualificação e outros), procura dirigi-los para que sejam não só compatíveis com a missão, mas também facilitadores de seu cumprimento a médio e longo prazo.

Assim, políticas construídas de forma coletiva e inteligente, de acordo com as estratégias em curso, podem alinhar o interesse pessoal e coletivo ao da organização. Tais desafios para o desenvolvimento organizacional, fenômenos complexos de intervenção cultural, podem ser facilitados pela utilização de instrumentos de gestão bem sistematizados e pela compreensão das organizações burocráticas profissionais.

5.3 Estrutura

O conselho diretor da BEPREM é a estrutura decisória maior da organização e é formado por um presidente, três diretores (administrativo, de saúde, e de pecúlios e pensões) e pela procuradoria, como mostra a figura seguinte:

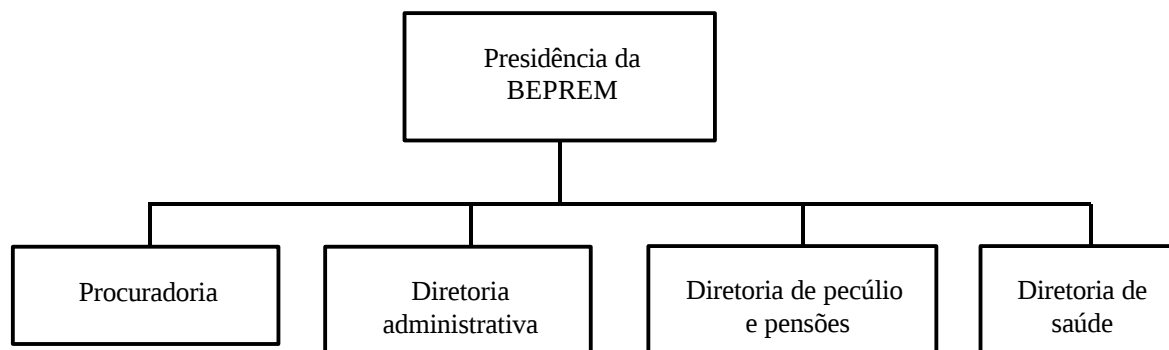


Figura 5 - Organograma da BEPREM.
Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

A estrutura da clínica, por sua vez, agrupa pessoas em determinadas atividades, formando vários setores e mantendo em cada setor uma coordenação exercida pelos chamados líderes de processos. Assim, temos o setor administrativo englobando a recepção, telefonia, faturamento, compras e almoxarifado; um setor de apoio técnico de saúde, que engloba portaria e limpeza; o setor de apoio diagnóstico, o setor de atendimento médico, o setor de dispensação de medicamentos, seguido do centro de processamento de dados. Todos esses setores respondem diretamente à gerência da clínica, sendo que os profissionais médicos também se reportam à coordenação médica.

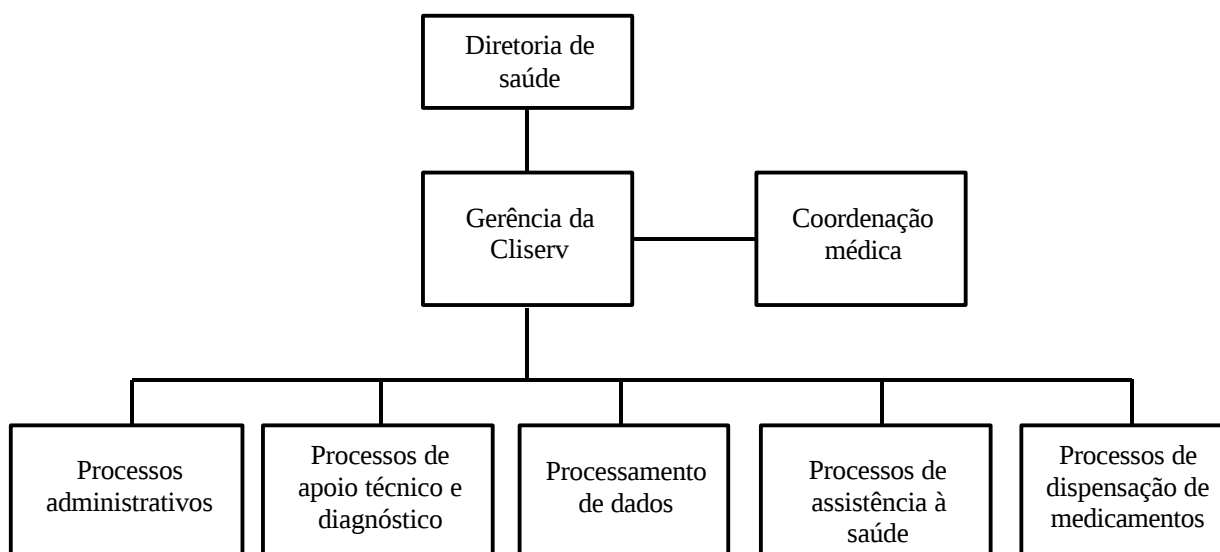


Figura 6 - Organograma atual da Cliserv
Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

Procuramos estudar a estrutura da clínica onde realizamos nosso estudo de caso, avaliando sua adequação às estratégias de manutenção da qualidade do atendimento e das mudanças para um atendimento diferenciado de natureza interdisciplinar com ênfase no médico generalista.

Trata-se de uma estrutura simples, sustentando um processo de coordenação direta e centralizada, porém com autonomia na realização dos trabalhos. Tais trabalhos são avaliados periodicamente pela gerência e coordenação médica, considerando os resultados clínicos obtidos, a satisfação dos usuários e dos demais profissionais envolvidos no atendimento. A avaliação e os controles dos processos de trabalho utilizados são predominantemente comportamentais. Os de natureza quantitativa são incipientes e os poucos existentes não são utilizados de forma interativa como instrumentos de gestão.

Tanto os líderes de processos como os profissionais de atendimento relataram haver autonomia no desempenho das atividades, desde que afinada com os projetos da clínica. Essa autonomia é incentivada pela gerência e pela coordenação médica, que trabalham integrados.

A autonomia quanto, à correções de rumos e resolução de conflitos, é relativa. Tal função usualmente é centralizada pela gerência da clínica, que procura atuar de forma compartilhada. Alguns setores e profissionais manifestam maior autonomia do que outros e algumas falhas são tratadas no próprio setor, porém a gerência participa dessas ações corretivas.

As lideranças informais encontradas, de maneira geral, agregam valor aos serviços oferecidos. Importa, entretanto, incluir essas pessoas entre os líderes formais de processos, de forma a aproveitar seu potencial no fortalecimento das diretrizes da organização. Processos laterais decisórios e definidores de uma organização mais autônoma com foco no cliente, gradativamente têm sido implantado, com destaque para a recepção e videofonia, primeiro ponto de contato dos usuários com a clínica e foco de intervenções contínuas de desenvolvimento.

Um dos profissionais entrevistados descreveu da seguinte forma a estrutura da clínica:

"A gerência [...] depois vem os líderes [...] serviço social, informática, farmácia [...].são subgerentes, profissionais que respondem por um determinado setor; a coordenação médica tem mais peso, até porque o maior número de profissionais da clínica são os médicos. Eu tenho liberdade para estar desenvolvendo projetos [...] incentivada pela gerência, a quem me reporto e todo mundo se reporta a mim no setor que respondo por ele." (Técnico de nível superior - entrevista 17).

Todos os projetos desenvolvidos na clínica passam por essas duas instâncias, gerência e coordenação médica. A centralização dos projetos tem sido importante para manter as diretrizes fundamentais dos trabalhos. O controle desses projetos, usualmente, são realizados por meio de relatórios verbais ou escritos, feitos à gerência da clínica, favorecendo um projeto integrado, visando resultados específicos e otimizando os recursos disponíveis para atender os objetivos da organização.

Mesmo tratando-se de uma organização pequena, em que uma estrutura simples atende perfeitamente bem às funções operacionais na viabilização da estratégia (diretrizes) previamente determinada, verificamos que, na visão dos profissionais, faz-se necessário consolidar alguns instrumentos de integração, como os *treinamentos* oferecidos pelo setor de RH, e as *discussões clínicas* desenvolvidas pelo setor de psicologia, que funcionam como um importante veículo de reflexão e de suporte para o atendimento.

Indagados se usualmente as questões que se apresentam para os profissionais no dia-a-dia, são resolvidas ou se existe necessidade de se reportar a outra pessoa, os respondentes consideraram que as relações internas favorecem a independência na oferta e negociação de serviços para os clientes:

"se um professor pede para dar uma palestra em sua escola [...] eu posso decidir [...] tenho que solicitar a gerência o bloqueio da agenda [...] mas tenho autonomia para decidir dar a palestra". (Técnico de nível superior - entrevista 13).

Para Galbraith (1995a), a distribuição do poder vertical no sentido da descentralização é fundamental para atender prontamente às necessidades dos clientes.

Decisões podem ser tomadas sem a necessidade de se consultar um superior, que pode não estar disponível no momento. Respostas rápidas são fatores a impactar a qualidade de produtos e serviços, estimulando a decisão nos setores que têm contato direto com o consumidor.

A participação nos processos decisórios da clínica é incipiente, inexistindo uma participação propositiva nos moldes de uma gestão participativa ou mesmo de instrumentos consultivos regulares, apesar do discurso neste sentido. Essa questão encontra barreiras também para reunir número suficiente de profissionais, particularmente os profissionais médicos. Para um processo mais participativo, recorre-se a reuniões parciais e os processos de integração são feitos por meio de atas de reuniões e relato dos coordenadores do trabalho.

Como não existe um fórum formal de participação, alguns colaboradores se sentem mais ou menos comprometidos. Os líderes de processos se sentem mais vinculados ao projeto, pelo menos no que se refere a seu trabalho.

A orientação para o cliente demanda respostas rápidas e coerentes na área da saúde e divergências ou falta de integração relativas a determinadas condutas podem criar impasses de confiabilidade, comprometendo toda uma cadeia de procedimentos.

Nadler *et al.* (1993) defendem a expressão “arquitetura organizacional” como mais adequada para expressar a espinha dorsal da organização do que estrutura, pois nos leva a pensar além da adequação da organização a seu ambiente bem como na harmonia entre os elementos constituintes do projeto. Destacam também a arquitetura informal, que chamam de *espaço de valor* da organização, constituído pela orientação para o cliente, atitudes em relação a excelência, inovação e qualidade, assim como sua opção pela autonomia em vez do controle do funcionário.

A informalidade na estrutura da clínica é representada por profissionais que detêm conhecimentos sobre a clínica e os processos de trabalho, orientam decisões e apresentam importante capacidade resolutiva, entre eles, os auxiliares de enfermagem e os médicos clínicos que atendem urgências, por se constituírem referência natural para os demais profissionais. Além dessas lideranças, foram citados colegas de trabalho, cada um em sua

especificidade, com destaque para o agrupamento médico, pela hegemonia de seu saber, constituindo uma estrutura hierárquica paralela informal:

"a hierarquia é entre colegas médicos, trocamos algumas idéias sobre o funcionamento da clínica [...] uma pessoa bastante importante é a enfermeira do pronto atendimento, coordena a chegada de urgências, da medicação, liberação e transferência do paciente [...] uma pessoa a quem a gente se reporta". (Generalista - entrevista 15).

O nível de integração entre as pessoas nos vários setores tende a sofrer variações dentro da estrutura. A relação entre essas pessoas, o fluxo e os processos de trabalho podem intervir na estrutura e nas relações hierárquicas, agregando valor a determinadas atividades e assegurando resultados para os clientes e produzindo a cultura do trabalho integrado:

"Todos os setores são importantes. A disponibilidade das áreas de apoio para interagir, pessoas disponíveis e rápidas [...] técnica e qualidade [...] preocupação do recursos humanos, quanto às relações interpessoais [...] entre setores [...] investimento para que todos os pacientes e funcionários sejam tratados iguais, é uma coisa interessante." (Líder de processos - entrevista 29).

Os processos de comunicação da Cliserv, de maneira geral, mostraram-se incipientes. Existem quadros de aviso, circulares que orientam situações emergentes e um manual do médico, que é distribuído quando esse profissional chega à clínica. Da fala dos profissionais entrevistados, depreende-se a necessidade de aprimorar o sistema de informação e sustentação das diretrizes da clínica.

"Hoje está funcionando de uma maneira mais informal. O que a gente tem buscado é reformar o processo das reuniões das equipes de apoio [...] fazemos uma reunião mensal e iremos fazer um informativo [...] divulgando o que acontece em cada setor da clínica como um todo." (Líder de processos - entrevista 9).

Quanto à reação das pessoas diante das falhas e dificuldades no dia-a-dia, verificamos que algumas pessoas tratam diretamente com o setor e outras preferem falar com o responsável pelo setor; outras se mostram mais reservadas e não se manifestam, ou vão diretamente a gerência. Observamos a coexistência de uma cultura mais centralizada, com

ações mais verticalizadas e outra com relações mais horizontais e autônomas:

"são ordens que chegam aqui [...] são faladas pelas recepcionistas, falam que receberam ordens e temos que nos virar [...] situações em que o paciente reclama e a razão é sempre dele [...] dar um jeito desse paciente ser atendido, não importa como, acho que deveria conversar diretamente com a gerência [...] tinha melhorado e voltou [...] está acontecendo com outros profissionais também". (Especialista - entrevista 19).

Sobre os sistemas de controle adotados, são privilegiados os controles comportamentais. As poucas informações quantitativas geradas não são compartilhadas, o número de pacientes encaminhados a especialistas foi apenas estimado e percebe-se não haver uma cultura de trabalhar com informações mais precisas. Foram feitos alguns movimentos nesse sentido, porém pouco resolutivos.

"Eu conheço o grau de satisfação do paciente porque eu vi aquele folheto. Agora eu sei que têm outras planilhas [...] que eu não conheço como funciona [...] saber se o problema está sendo resolvido [...] na pediatria seria o caso de saber quantos pacientes pediátricos continuam vindo, a faixa etária e se estão gostando." (Generalista - entrevista 5).

Os sistemas de controle mais informais e mais baseados no comportamento, na percepção dos profissionais são mais utilizados e efetivos que os procedimentos formais e quantitativos. Na opinião deles, são mais efetivos por serem mais incorporados e se estruturarem enquanto valor e o diferencial da clínica deve vir daí:

"eu acho que os comportamentais são mais eficientes [...] eu falo que pontualidade é um valor da clínica, a pessoa se dispõe a isso ou não; o próprio paciente é o balizador dessas questões [...] o paciente vai fazer isso por mim [...] está mais sabedor dos seus direitos". (Líder de processo - entrevista 12).

Concluimos que a estrutura da Cliserv pode ser aprimorada por meio do aperfeiçoamento dos instrumentos de controle, dos processos de comunicação, de integração e deslocamento de alguns processos para outros setores ou lideranças conforme Gonçalves (2000) preconiza, a descentralização é uma das formas de ampliar as decisões e criar

autonomia e respostas rápidas e eficazes para os clientes. Este autor alerta, entretanto, para questões inquietantes em relação à estrutura por processos, que substitui a estrutura por funções, para as quais ainda não temos respostas: Como trabalham as pessoas num processo? A quem respondem? Como se coordena um trabalho realizado num processo? Como avaliar a adequação e o desempenho das pessoas na organização por processos? Como estruturar a carreira e o desenvolvimento dessas pessoas?

5.4 Processos

Procuramos avaliar nos vários processos desenvolvidos na Cliserv, a sintonia existente entre as diretrizes de atendimento com qualidade para o cliente e com as mudanças pretendidas de foco no generalista, de uma assistência interdisciplinar e ênfase na qualidade de vida. Destacamos, entre os processos estudados, as principais tarefas realizadas pelo generalista ao longo do seu atendimento. Este é o procedimento mais realizado na clínica e é também o elemento básico que estrutura o modelo de atendimento que se pretende modificar.

Procuramos saber, se no transcurso de uma consulta eletiva, apareciam de forma espontânea encaminhamentos para outras disciplinas e ações no sentido de enfatizar a ação do generalista, assim como sinais dos novos atendimentos pretendidos no sentido de focar saúde e qualidade de vida.

A descrição de um entrevistado de sua relação favorável com o prontuário eletrônico do paciente e a posição semelhante de todos os outros profissionais apontam no sentido da utilização estratégica desse instrumento para alavancar os processos de mudança:

"Geralmente eu abro antes a tela do computador, acesso os diagnósticos que ele já tem, a última consulta que eu fiz, os exames pedidos. O prontuário eletrônico é uma coisa fantástica, é a primeira vez que estou usando e facilita muito o trabalho. Eu faço a consulta sem usar o computador, só depois que eu vou fazer as anotações."
(Generalista - entrevista 15).

A inclusão de campos que tratam da questão qualidade de vida, por exemplo, pode ser um fio diretor para o processamento das ações no sentido da interdisciplinaridade e do

papel integrador do profissional médico generalista.

Rodrigues Filho *et al.* (2000) alertam para a importância de se investir nesses processos de informação: os prontuário, na maioria dos hospitais brasileiros e dos países desenvolvidos, quando existem, são de baixo padrão; o serviço – considerado o coração de qualquer instituição hospitalar – funciona de forma muito precária na maioria dos nossos hospitais. Os autores asseguram ainda que os sistemas informatizados, por mais incompletos que sejam, contribuem significativamente para melhorar a qualidade do tratamento e o controle dos custos de saúde.

A flexibilidade apresentada pelos profissionais diante dessa inovação e a atitude cooperativa revelada nas entrevistas, sugerem que o entendimento dos processos de trabalho relativos a consulta eletiva e sua reelaboração participativa de baixo para cima, podem trazer resultados favoráveis, na medida em que padronizações podem ser construídas e sistematizadas, também de forma conjunta pelos profissionais envolvidos, assegurando atendimento de excelência de acordo com as diretrizes previamente pactuadas. A partir da excelência nas padronizações básicas do atendimento médico, poderemos conceber processos que nos permitam avançar até as mudanças pretendidas no sentido de produzir qualidade de vida, em intervenções interdisciplinares, que, para Jantsch (1980), é o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade e a consequência normal da síntese dialética provocada pela interdisciplinaridade, quando esta for bem-sucedida.

Não é preciso uma análise mais acurada para concluirmos, analisando as descrições dos processos de trabalho das consultas eletivas e de urgência, que, assim como as demais, seguem o padrão de tratar doenças. Vejamos a descrição abaixo:

"antes eu já dei uma olhada no prontuário, faço comentários [...] tem muito tempo que você não vem, então significa que está tudo bem. Depois é a queixa principal [...] anamnese [...] uma revisão da história pregressa [...] o exame físico. A mãe fica muito preocupada com os exames laboratoriais, a gente tenta minimizar essa necessidade. Fazer a hipótese diagnóstica, explicar por que estou supondo [...]. proposta de tratamento [...] explicar por que ela existe. Na consulta de urgência vou enfocar a queixa principal [...] é uma consulta que o paciente está ciente da urgência [...] é fora de hora [...] e bagunça a nossa agenda. Explico que é melhor marcar com antecedência". (Generalista - entrevista 5).

Indagamos sobre a diferença dos processos de trabalho, em serviços que optam pelo atendimento interdisciplinar focado no generalista e os demais serviços e processos de trabalho. Observamos que as respostas dadas pelos profissionais médicos se restringem a abordar a questão do generalista e das especialidades. Raramente são citadas as outras disciplinas, apesar da pergunta formulada nesse sentido, revelando, que a questão do generalista está melhor incorporada do que a questão da interdisciplinaridade. Comparações também não foram feitas, levando ao entendimento junto de que a interdisciplinaridade na Cliserv ainda é bastante incipiente e não foi sequer citada pelos clínicos generalistas.

"O especialista é mais direcionado logicamente [...] o clínico faz uma certa triagem... e é ele quem encaminha o paciente para o especialista. O especialista não pode esquecer do ser humano como um todo [...] conciliar a queixa geral do paciente com a especialidade dele. Aqui, a produtividade é maior, logicamente a infra-estrutura da clínica em si permite que seja, não que seja diferente de outros lugares, mas a prestação de serviços da clínica, a interação entre os profissionais aqui é melhor, com certeza." (Especialista - entrevista 24).

Não encontramos, no estudo dessa categoria da administração, processos sistemáticos direcionados para a qualidade de vida dos clientes usuários. O generalista, em alguns casos, aparece enquanto elemento integrador das várias especialidades e disciplinas não médicas, contudo, como já foi pontuado, na lógica de tratar doenças:

"eu ainda não senti impacto de ações interdisciplinares [...] algumas coisas que a gente vai poder se adequar [...] mas tem algumas coisas que são mais pontuais [...] não percebi [...] apesar de estar aqui há pouco tempo". (Líder de processos - entrevista 29).

Gonçalves (2000a) descreve a importância dos processos gerenciais nos movimentos de mudança, ações que os gerentes devem realizar para dar suporte aos demais processos. Neste sentido, a tecnologia de informação pode ser muito valiosa na visualização do processo, na automatização, na execução e na gestão dos processos, na sincronização das atividades, na coordenação dos esforços, na comunicação dos dados, na monitoração automática do desempenho, etc.

Apesar do foco no generalista já estar bastante difundido no discurso, na prática, alguns profissionais ainda não funcionam assim. O percentual de encaminhamentos a especialistas, na estimativa desses profissionais, está em torno de 20%. Esses encaminhamentos, de maneira geral, são feitos por razões instrumentais, como o caso da oftalmologia, da ginecologia e da otorrinolaringologia, especialidades que demandam equipamentos específicos. Outros encaminhamentos são feitos em função da complexidade do caso:

"Eu encaminho muito, uns dois, três, o próprio paciente pede [...] tratamentos oftalmológicos [...] queixas ginecológicas [...] ou o paciente que já teve o acompanhamento com o especialista em outro lugar, a maioria das queixas são resolvidas ainda com o clínico geral [...] claro que não, os casos mais graves." (Generalista - entrevista 3).

Esse outro profissional é bem incisivo em relação à lógica do modelo:

"tratar o paciente dessa forma mais genérica [...] vamos dizer política [...] olhando o paciente todo [...] a própria organização mundial da saúde fala que 60% da saúde depende de hábitos de vida. Eu imagino que 60 a 70% das condições possam ser tratadas pelo generalista [...] se ele olhar essa parte, hábitos de vida, prevenção [...] vai diminuir o encaminhamento ao especialista. E vai resolver não só a queixa principal, como outras queixas e prevenir outros problemas". (Especialista - entrevista 26).

Quanto aos serviços interdisciplinares mais empregados, as respostas demonstram que os mais utilizados são aqueles que se mostram mais próximos e integrados ao atendimento médico. O serviço de acolhimento, para o qual são encaminhados pacientes com demanda mais complexa, vem sendo realizado por uma psicóloga e uma assistente social. O serviço social, propriamente dito, busca garantir acesso aos serviços disponíveis pelos pacientes socialmente mais carentes. O serviço social desenvolve também o projeto da Cliserv domiciliar, alternativa à internação para determinados pacientes. Esses serviços, que envolvem processos de trabalho de outras disciplinas, estão naturalmente mais integrados ao atendimento médico. Ainda assim, podemos registrar alguns problemas de integração:

"preciso mais do assistente social e do atendimento domiciliar[...] eu gostaria de conhecer mais [...] para encaminhar [...] não estou tendo retorno ainda, porque não conheço os responsáveis.". (Generalista - entrevista 22).

Os processos desenvolvidos na porta de entrada, na perspectiva do profissional responsável pelo setor, apresenta desde o início, fragilidades das diretrizes no sentido das ações interdisciplinares:

"Não utilizo serviços de outras disciplinas, eu até tenho uma visão, mas a minha equipe não [...] toda vez que entra profissional na recepção eu dou uma pincelada, onde está inserida a Cliserv [...] o universo da BEPREM, o que faz parte dela, mas no dia-a-dia deles, isso não têm muita relação" (Líder de processo - entrevista 9).

Daí a importância de realçar continuamente e compartilhar as diretrizes fundamentais, nas reuniões, nos informativos escritos, na linguagem do dia a dia, integrando pontos importantes dos processos de trabalho. Segundo Galbraith (1995a), a difusão da informação distribui a habilidade de tomar decisões entre as diversas áreas e os objetivos globais da organização. Os processos de decisão e informação atravessam a estrutura organizacional. Se a estrutura for pensada como a anatomia da organização, os processos são a fisiologia ou o funcionamento da organização.

Os especialistas envolvidos no atendimento consideram que o paciente aceita bem ser encaminhado de volta para seu clínico de referência. No entanto, por vezes, ocorre uma certa resistência. Atribuímos esta resistência à cultura de hipervalorização do especialista, que influencia o usuário cliente, no mito de um saber pretensamente mais resolutivo. De certa forma, o profissional parece ser influenciado pela demanda imediata do usuário e não para o que é melhor para ele (que necessita ser construído, num processo pedagógico). Nesse sentido, o tempo a mais dado para a consulta com o generalista (trinta minutos de consulta, enquanto com o especialista é de 20 minutos), é fundamental, por tratar-se de um processo, que demanda conversa, informação. O mais importante é que existe um consenso, pelo menos na fala dos entrevistados, de que a presença do elemento integrador na figura do generalista tem feito o ato médico mais eficaz nas ações de saúde. Vejamos nas palavras desse profissional:

"De um modo geral ele aceita bem [...] é colocado para ele a necessidade desse seguimento com o médico generalista." (Especialista - entrevista 25).

A efetiva implantação das mudanças pretendidas pode se beneficiar de ações organizacionais mais bem definidas. Independentemente do tamanho da organização, processos de integração podem ser utilizados com resultados favoráveis. Entre esses processos citamos: a definição de missão, estratégia e valores, a fixação de objetivos e as questões orçamentárias (Galbraith 1995a).

Para outro profissional, a questão do retorno ao generalista não é problema. Cita como problema as questões financeiras do paciente, mas não menciona a utilização (interdisciplinar) do serviço social:

"Tenho alguns retornos, não estou tendo queixas [...] alguns que vão a outros especialistas por sua própria conta e voltam. Um paciente vem e depois traz a mãe, o pai, a família vem toda também. Uma dificuldade que estou tendo é com os exames complementares, é que o pessoal não faz os exames porque não tem condições financeiras." (Generalista - entrevista 22).

A tendência parece ser no sentido de criar um vínculo de natureza familiar, como também observam outros generalistas:

"Isso é uma coisa interessante [...] ele tem o vínculo, volta. E não só ele, mas várias pessoas de uma família." (Generalista - entrevista 3).

Um profissional generalista, concluindo um curso de especialização, descreve as reações do paciente valorizando mais a especialização e vendo o retorno ao generalista como uma perda de qualidade e não como uma questão relacionada a maior capacidade de integração, de ver o indivíduo como um todo e como possibilidade de se obter maior resolutividade.

"eu atuo como especialista e como clínico também [...] mas acho que o brasileiro não gosta de chegar no especialista e voltar para o generalista [...] mas é uma coisa que deve ser buscada [...] seria o ideal". (Especialista - entrevista 15).

Esse outro profissional reafirma a fala dos especialistas, que difere da posição dos generalistas, no sentido da viabilidade do modelo. Para os especialistas, de maneira geral, trata-se de um modelo difícil de ser implantado.

"é uma visão nova que não é fácil implantar [...] gosto disso, mas vai ser difícil colocar isso na cabeça de muita gente". (Especialista - entrevista 26).

A avaliação dos serviços de apoio à assistência médica (recepção, acolhimento, farmácia, enfermagem, serviço social e outros) prestados pelos demais setores foi positiva e avaliados como agregadora de valor ao atendimento prestado. Apareceram destaques dos diferentes entrevistados para todos os serviços, desde a recepção, acolhimento, até o apoio, diagnóstico e farmácia. Quanto ao sistema de informação, os líderes de processo, de maneira geral, citaram as dificuldades de gerar relatórios, e o subaproveitamento do sistema de informação atualmente utilizado:

"O sistema de informação está muito subutilizado [...] a gente tem um Boeing. mas é como se tivesse um teco-teco" (Líder de processos - entrevista 12).

A elaboração, divisão e compreensão dos processos em cadeia de valor, considerando cada setor da clínica ou processo de trabalho de forma mais definida, poderá traduzir a economia básica da organização e de cada atividade estudada e permitir seu melhor gerenciamento (Porter 1990). Cada uma dessas atividades tem especificidades e deverá estar integrada ao todo assistencial, emprega insumos, tecnologia e pessoas para realizar sua atribuição, agregando valor aos produtos e às áreas meio.

A visão favorável da maioria dos processos de trabalho, descrita pelos entrevistados, aponta no sentido da valorização dos processos laterais, como propõe Galbraith (1995a) e no aproveitamento da visão individual e dos grupos, buscando a qualidade do atendimento e fomentando os processos contínuos de mudança:

"a recepção na hora que o cliente chega precisa melhorar, às vezes estão mexendo ainda no computador [...] (não tem alguém que sustenta o acolhimento, por vezes até tensos com uma dificuldade ou por demanda de atenção dos processos normais de trabalho). Mas, com relação à apresentação, são muito qualificados. O Sistema de Informação é nota dez. Com o diagnóstico por imagem, nunca tive problemas." (Generalista - entrevista 22).

As informações, orientando a organização do trabalho, demonstram organicidade, sintonia e integração com a descrição anterior, circulando na organização, favorecendo os processos de mudança e a construção coletiva:

"As meninas estão reaprendendo [...] o paciente vai ser recepcionado primeiro com o olhar [...] a importância da presença dele, às vezes só com o olho. A farmácia tem uma sobrecarga [...] a gente não está com a equipe pronta ainda. A videofonia não tem equipamento, não tem funcionário e o desafio é você detonar a cultura que o médico tem de ser resolutivo cem por cento dos casos. Estamos caminhando [...] essa questão do acolhimento é fundamental para o modelo que a gente adotou [...] o diagnóstico por imagem e laboratório [...] a gente tem abertura para falar que o exame não está legal." (Líder de processos - entrevista 12).

A adesão às inovações da clínica e ao clima de construção coletiva é bem clara no discurso de alguns profissionais. Alguns desses profissionais assumem de forma clara suas responsabilidades na avaliação, no gerenciamento e no processo de mudança. No atendimento cotidiano, a avaliação geral, inclusive do sistema de informação (em que pese a dificuldade de gerar relatórios), é bem favorável.

"as áreas de apoio, acho excelente [...] existem algumas um pouco imaturas [...] a farmácia, gostaria que orientassem o médico em relação a preço de medicamentos, é bom ter uma listagem com o melhor preço. Enfermagem eu considero excelente., um raio x fica pronto na mesma hora, todos com a melhor cara do mundo. O laboratório é bom também. O sistema de informação [...] o acesso a alguma matéria da *internet*". (Generalista - entrevista 3).

Observamos, no discurso de vários entrevistados, que os valores e a atitude ética para com a organização são fatores importantes para o desenvolvimento organizacional. Arruda (2002) defende que as pessoas e organizações são mais eficientes quando há

congruência entre os valores e as crenças de como os trabalhos devem ser feitos e as expectativas e exigências da organização em relação ao que espera de seus participantes. Propõe ainda a divulgação sistemática de como o trabalho deve ser desenvolvido e a indicação de representantes para melhorar o processo de criação de instrumentos de verificação dos resultados para o desenvolvimento contínuo da Cliserv.

Os processos que os clientes mais valorizam na clínica, segundo a percepção dos profissionais, desde a portaria e a recepção até os consultórios médicos e serviços pós-consultas, o que marcam o *fazer diferente da Cliserv*, são a pontualidade e a presteza no atendimento, principalmente das urgências. Destacam também o cuidado do médico com o paciente e o acolhimento dado pela recepção da clínica. Por último e com grau de importância semelhante aos outros dois citados, a área física da clínica e o ambiente:

"os clientes querem rapidez no atendimento [...] elogiam a área física da clínica e o atendimento [...] em nenhum lugar eles têm essa atenção". (Técnico de nível médio - entrevista 8).

Nos processos, assim como nas demais categorias administrativas, impõe-se uma vigilância constante por meio das ferramentas de gestão, que na clínica têm sido os seminários setoriais e intersetoriais organizados pelo setor de RH e que necessitam ser complementados por outras ações, de forma a assegurar processos articulados com a estratégia definida. O cenário, como nos mostrou o discurso dos profissionais envolvidos na assistência, é bastante favorável para o desenvolvimento pretendido.

5.5 Gestão de Pessoas e Recompensas

Nossa intenção no estudo dessa categoria administrativa foi avaliar se os procedimentos realizados na clínica configuram uma política de gestão de pessoal afinada com as diretrizes e resultados pretendidos. Desde as intervenções clássicas, como as de recrutamento e seleção, que buscam colocar as pessoas certas nos lugares certos com remuneração adequada, até as políticas mais orgânicas, que procuram incentivar a motivação, o desenvolvimento pessoal e organizacional.

O recrutamento na Cliserv é feito de maneira informal, por meio de profissionais que já trabalham na clínica e que convidam outros profissionais de sua convivência ou conhecimento para comporem o grupo de trabalho. Naturalmente, apresentam um perfil de formação profissional semelhante e valores comuns:

"A gente recebe currículos [...] algumas pessoas a gente busca [...] pede para as pessoas aqui indicarem. Outras pessoas, a gente foi fabricando [...] o farmacêutico que a gente tem hoje foi um acadêmico nosso." (Líder de processos - entrevista 12).

"é feita uma entrevista, uma análise do currículo pelo coordenador médico, pela gerência da clínica e também pelos Recursos Humanos, não sei se teria outras pessoas envolvidas. Acho que essa é a forma mais usual de se selecionar os profissionais". (Generalista - entrevista 16).

A participação dos profissionais indicando outros, com perfil e valores semelhantes, está em sintonia com o que propõe Nogueira e Paranaguá (2002):

todas essas tarefas passam a ser realizadas de forma descentralizada por toda a organização, ao mesmo tempo são elevadas ao topo da linha de mando. Ao departamento e profissionais de RH cabem ainda tarefas específicas... mas sua principal função passa a ser dar suporte ao processo que se desenvolve transversalmente na organização... especialistas de RH deixam de ser vistos como os únicos encarregados desta função complexa (Disponível em: <www.opas.org.br>)

Com o crescimento dos serviços, contudo o recrutamento informal já não tem mais atendido às necessidades da organização.

Verificamos que a implementação das políticas estabelecidas pela Cliserv-BEPREM junto a SOC e outras empresas que fornecem serviços, dependem de ações sistemáticas da contratante. Assim, a Cliserv e os prestadores de serviço dependem dessas ações de “

recursos humanos” e de outras estratégias de integração para a implementação da parte da estratégia que busca a realização do trabalho com qualidade e a implementação dos processos de mudança na lógica do atendimento. O contrato de prestação de serviços é desconhecido pela maioria dos sócios da SOC, bem como a realização periódica da avaliação

do usuário, prevista em contrato e um dos instrumentos reguladores da qualidade do atendimento, controle social e de efetiva troca de informações com os clientes-usuários, que também não tem sido utilizado:

"Eu vejo um compromisso diferenciado entre as pessoas [...] elas têm que zelar pelo nome da sociedade delas [...] mas eu acho muito recente para eu poder avaliar [...] tem uma postura profissional, ética [...] sistema de desenvolvimento, de treinamentos [...] tem algumas ações dos recursos humanos [...] agora mesmo vai ter um seminário para médicos." (Líder de processo - entrevista 29).

Alguns profissionais desenvolveram uma visão de negócio mais elaborada, contrapondo a visão da maioria, para a qual as relações de trabalho e o papel da SOC são uma simples intermediação, consolidando um vínculo empregatício precário:

"Como prestador você se empenha mais do que o contratado [...] é uma coisa sua [...] baseado naquilo que você está desempenhando, é interessante pois você se empenha um pouco mais." (Generalista - entrevista 15).

Ulrich (1998) defende que ações de recursos humanos, para alavancar processos de mudança, devem ser instituídas a partir de uma análise inteligente do contexto organizacional. Para que possam ser feitos os ajustes à estratégia organizacional, é realizado um trabalho que vai identificar as práticas que possibilitam o desenvolvimento estratégico, o que é chamado de diagnóstico empresarial.

Um dos profissionais entrevistados atribui as dificuldades nas relações BEPREM-SOC aos problemas nos processos de mudança da cultura assistencial sustentada pela hegemonia do saber médico.

"Eu acho que se não fosse essa questão de cultura, principalmente desse saber médico [...] que é um peso que cada um tem que carregar. Se não fosse isso, eu acho que a gente conseguiria implementar todas as mudanças (interdisciplinaridade, ênfase no generalista e os especialistas como interconsultores), na verdade cada um isoladamente, compra essas idéias todas [...] e sabem do diferencial que tem na clínica [...] não é um salário legal, não é um vínculo empregatício cem por cento, mas ninguém quer sair. Eu acho que é por conta dessas coisas que eles vão experimentando devagar, mas

eles vão experimentando." (Líder de processos - entrevista 12).

Sobre a diferença de trabalhar com pessoal contratado e a compra de serviços como é feita atualmente, os profissionais responderam que as duas formas apresentam vantagens e desvantagens. A compra de serviços, segundo os entrevistados, leva a um maior comprometimento com os resultados, na medida em que as relações são mais profissionais e mais dependentes da qualidade. As relações com o cliente se dão em vários níveis, além do cliente usuário, pois para os profissionais da SOC, a BEPREM também é cliente. Por outro lado, o maior problema parece residir no fato de que muitos profissionais se sentem atrelados a um vínculo empregatício precário e não como co-participantes de um empreendimento.

A gestão de serviços públicos de saúde demanda um investimento mais adequado em políticas de RH. Não foram implementadas as políticas de avaliação de estágio probatório (avaliação sistemática dos dois primeiros anos de trabalho de um servidor público para definir sua aptidão para a função) e de desempenho previstos nos planos de cargos e salário. Não existem ações integradas de incentivos e de valorização do servidor e do trabalho público.

Não é apenas no setor público que isso ocorre. As políticas de RH, em seus aspectos estratégicos e motivacionais, têm sido negligenciadas com frequência nas organizações brasileiras. Lacombe e Tonelli (2001) apontam que dirigentes de empresas entendiam que as funções de RH eram recrutamento e seleção, benefícios, treinamento e de departamento pessoal e outras rotinas. O planejamento de carreira não existia em 69,89% das empresas pesquisadas; 60,22% não tinham planejamento de pessoal; 50,54% não faziam avaliação de desempenho; 31,18% não tinham serviço social e 31,18% não faziam pesquisa de salário. Mostram também que algumas práticas são adotadas por imposição de matrizes ou de consultores e ficam ao sabor do discurso da alta direção ou dos gerentes e não chegam às bases da organização.

Em relação à rotatividade dos profissionais nos vários setores, de maneira geral, as respostas variam de acordo com a visão dos profissionais, ora afirmando que a rotatividade é baixa, ora que é alta. Foi dado um destaque para o setor de recepção, que procura inovar, implantando processos que possam sobreviver à rotatividade do setor. Para a maioria dos

profissionais, é no setor de recepção que tem ocorrido a maior frequência de substituições. A rotatividade é vista por todos como um problema, uma perda do aprendizado construído:

"... a rotatividade na recepção é alta [...] houve uma mudança quase que total. Agora devemos parar para aperfeiçoar esse pessoal [...] nos outros setores menos [...] a gente sente uma insegurança dos pacientes com a mudança do especialista." (Líder de processo - entrevista 9).

Hernandes e Caldas (2001), em estudo sobre as resistências à mudança, recomendam aos gestores concentrar mais na identificação das causas da resistência, do que propriamente na resistência à mudança. A *dinâmica intergrupala* também é um dos moderadores situacionais importantes. Nos primeiros estudos sobre o tema, os autores frequentemente consideravam a resistência como um fenômeno grupal ou individual. Consideram que a resistência pode ser um sinal de que existe uma situação problemática anterior à sua ocorrência e que ela não é o problema. O profissional abaixo, líder de processos, também propõe um diagnóstico situacional como ponto de partida para superar as dificuldades de implantação do novo modelo:

"Todo mundo tem essa conceituação [...] na prática tem um nó [...] é confortável também trabalhar individualmente [...] interdisciplinaridade você tem que encaminhar, tem que estabelecer vínculos [...] agora a gente vai focar muito isso [...] colocar como valor da clínica." (Líder de processo - entrevista 12).

Este outro profissional relata a importância do investimento pessoal e das questões subjetivas nesse processo de mudança:

"... procuro fazer cursos que permitam o contato com o (subjetivo) [...] estou fazendo uma pós-graduação em psicologia médica [...] vendo outras áreas que interfiram na minha prática e na minha vida [...] essa visão do todo [...] benefício para o paciente e para a própria profissão". (Especialista - entrevista 26).

A forma como têm sido trabalhados os conflitos e os ajustes de condutas, entre profissionais, ou entre profissionais e clientes, na visão dos profissionais, é satisfatória. A gerência da organização procura apurar os fatos e de maneira geral não se omite diante de problemas, procurando preservar o interesse do cliente acima de qualquer coisa. Essa atitude

também sustenta o diferencial alcançado pela clínica entre seus clientes:

"os conflitos tem sido trabalhados de uma forma bem democrática [...] o fato do corpo clínico ter mais ou menos princípios em comum, ajuda bastante isso [...] duas cabeças sempre pensam melhor que uma".
(Especialista - entrevista 25).

Indagando sobre as mudanças que os profissionais precisam operar para exercer o trabalho interdisciplinar e com ênfase no generalista, as respostas sugerem que alguns mais do que outros incorporaram essa mudança. Para a organização como um todo, porém, essa prática ainda é muito incipiente, apesar de alguns profissionais afirmarem que já trazem consigo essa forma de trabalhar. A questão da especialização ou da superespecialização também se estende a outras disciplinas como um fenômeno generalizado em vários processos de trabalho. Não se trata de negar a importância dos especialistas, como assegura Galbraith (1995a), já que os fragmentos mais complexos de uma determinada atividade podem ser realizados de forma vantajosa pelo especialista, embora possa dificultar os resultados finais onde se faz necessária a integração.

Entendemos que, na escolha do trabalho com a saúde das pessoas, se as condições de trabalho possibilitam resultados satisfatórios, tais resultados por si só representam importante fator de recompensa. Pesquisa realizada por Morin (2001) demonstrou a importância do trabalho nesse sentido e a necessidade de se considerar as implicações desta atividade para si mesmo, para os outros e para a sociedade em geral.

Um aprendizado constante, a realização gradativa de um projeto de vida profissional numa carreira bem-sucedida, constitui incentivo importante para muitas pessoas. Um trabalho digno, realizado em espaço confortável, em um ambiente agradável harmoniosamente constituído, com relações humanas também harmoniosas, são fatores essenciais e recompensas básicas que todo trabalhador valoriza. O trabalho organizado de forma que, ao longo de sua realização, seja otimizado em termo da energia despendida, os resultados sejam mensuráveis, explícito em sua finalidade e inequívoco seu reconhecimento social, seguramente recompensam o esforço realizado. Um generalista, falando da escolha da profissão, revela o sentido maior da sua escolha, como podemos ver em seguida:

"tem muita razão inconsciente [...] eu ia fazer educação física e no segundo ano do segundo grau foi que eu virei, não sei explicar, mas a maior parte é inconsciente mesmo [...] foi uma escolha certa, porque eu gosto muito realmente [...] trabalha-se muito [...] às vezes eu canso, dá um desgaste maior, mas eu não queria mudar de área". (Generalista - entrevista 28).

O sentido da escolha e da importância de construir boas condições de trabalho, saúde e qualidade de vida também estão bem presentes no relato a seguir.

"Desde que eu me entendo por gente eu falo em ser médico [...] para mim a escolha da medicina sempre foi muito clara. Queria ser médico, o stress, a demanda é muito grande, tem que ter muita saúde, por isso eu trato muito bem da saúde antes de tratar do paciente." (Especialista - entrevista 26).

Esse outro profissional reafirma também a recompensa advinda da função social de suas atividades:

"um papel com ênfase no social [...] os pontos fracos a falta de tempo de passar com a família [...] tem a alegria de estar com o paciente [...] não há monotonia". (Generalista - entrevista 3).

Este outro profissional deixa claro também a recompensa agregada às boas condições de trabalho desenvolvidas na clínica:

"A remuneração não foi o que me trouxe para cá, fiquei dois meses sem saber quanto que era [...] eu sempre ouvi falar desta clínica [...] falavam muito bem dos hábitos." (Generalista - Entrevista 28).

Os processos de trabalho da Cliserv, segundo seus profissionais, otimizam os esforços individuais. Os resultados desse trabalho são favoráveis e a energia que se coloca no trabalho é otimizada pelos outros setores:

"É um local de trabalho que eu não estava nem esperando encontrar. Meu trabalho é reconhecido, eu acho que o importante é procurar uma melhora contínua [...] eu acho que ela está no caminho certo, a gente sente essa interação." (Generalista - entrevista 15).

Aspectos positivos e negativos da organização foram citados no relato dos profissionais de saúde, descrevendo o cenário da Cliserv. Aspectos negativos são representados por problemas do tipo estabilidade e continuidade do projeto. Pelo lado positivo, o ambiente de trabalho e a organização dos processos como um todo, foram citados com muita frequência:

"aqui agente não têm estabilidade nenhuma [...] recebo a metade das férias [...]. por ser mulher na licença maternidade não vou receber nada". (Especialista - entrevista 18).

Em relação à organicidade da empresa SOC e suas possibilidades de crescimento, indagamos se os profissionais da SOC de maneira geral se sentem donos de seu próprio negócio e se eles conhecem o item do contrato SOC-BEPREM que aborda a exigência mínima de percentual de satisfação do usuário. Procuramos avaliar a atitude empreendedora do grupo e a adesão a esse tipo de relação de trabalho e as tendências de a organização SOC superar suas contradições. Alguns se sentem responsáveis pela imagem da clínica:

"A gente tem que entender que a clínica, entre aspas, é nossa. Não existe aquele negócio de pensar em fazer mal feito porque não é dono. Existe um amor pela coisa." (Generalista - entrevista 3).

Analizamos também se o profissional sente que seu trabalho é realizado sob pressão e se o nível de pressão é tolerável. Partimos do princípio de que um nível de pressão faz parte dos processos de trabalho usuais, como exigência de horário e necessidade de acolher os clientes, mesmo na adversidade. Essa questão foi respondida da seguinte forma por um profissional médico:

"É uma pressão necessária, dentro de um nível tranquilo, sem estar ferindo a autonomia de ninguém, eu acho que o nível de atuação da gerência, da diretoria está adequado." (Generalista - entrevista 15).

Este outro profissional faz a seguinte descrição:

"Eu não sinto nenhuma pressão. A única coisa que me pressiona [...] a pressão da chegada do atendimento de urgência." (Generalista - entrevista 5).

Esse outro profissional reclama da organização dos trabalhos, manifestando seu descontentamento:

"É lógico que eu tenho de seguir algumas regras como em todo lugar, senão vira bagunça [...] em algumas coisas você não tem autonomia [...]. o paciente chega meia hora atrasado e você não pode mandar o paciente voltar, porque ele já está aqui [...]. têm essas regras que eu não concordo [...] o que interessa é que o paciente chegou e ele tem que ser atendido." (Especialista - entrevista 19).

Consideramos que as possibilidades de crescimento em uma organização são importante fator de recompensa. Assim, indagamos acerca da perspectiva dessa função para os entrevistados. As respostas abaixo demonstram que esta *visão* varia de pessoa para pessoa. Entendemos também que pode ser melhor trabalhada numa estratégia organizacional de aporte de recursos de gestão, a parceira SOC. Essa sociedade civil revela um grande despreparo nos aspectos da gestão, no que é esperado dela, ou seja, autonomia, desenvolvimento de competências essenciais, *marketing* e capacidade de negociação. Para esse profissional, não existe muita perspectiva de crescimento profissional e o foco essencial está no desenvolvimento de saber próprio de sua especialidade:

"Não proporciona muito crescimento [...] a gente acaba fazendo aquela rotina do dia-a-dia. Eu trabalho na Santa Casa, na clínica de olhos, é um hospital universitário e a gente tem como ver muito mais coisas." (Especialista - entrevista 19).

Nessa declaração, verificamos que há uma expectativa de que a SOC possa participar de forma mais orgânica e efetiva dessa parceria, inclusive cumprindo sua missão no sentido de assegurar os interesses e as necessidades de seus associados:

"têm grandes possibilidades a clínica possui um grupo bom de trabalho [...] um lugar que dá para crescer [...] a SOC deveria assegurar espaço, oferecer um projeto, uma proteção de trabalho". (Técnico de nível superior - entrevista 14).

As recompensas como foram descritas pela maioria dos profissionais é adequada, e a principal advém da remuneração financeira paga por horas trabalhadas. Outras não menos importantes, segundo o relato dos profissionais, são o espaço físico confortável, ambiente de apoio e cordialidade, organização adequada dos processos de trabalho de apoio e serviços finais, liberdade de opção de horários de trabalho, disponibilização de recursos para a realização dos trabalhos e o fato de exercerem uma atividade de importância social. Correções necessitam ser feitas e destacamos a necessidade de criação do fundo de apoio aos associados da SOC e o implemento da inteligência e organicidade da parceria, desenvolvendo o espírito empreendedor do grupo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, estudamos a implantação e desenvolvimento de um modelo ambulatorial interdisciplinar de assistência à saúde com ênfase no médico generalista. Esta prática contempla um resgate do clínico geral, acrescido da capacidade de lidar com tecnologias modernas e com o aporte de recursos de outras disciplinas necessárias à prática médica de nossos tempos. Apesar de essa orientação ser reconhecidamente favorável pelos custos-benefícios apresentados e adotada em vários países como modelo de atuação governamental na área de saúde, sua implantação é extremamente complexa diante da hegemonia do saber especialista entre os profissionais médicos.

O papel de integração do generalista tem se mostrado necessário diante da dispersão do foco de cura num organismo sistêmico. Como resultante do grande desenvolvimento fracionado das várias especialidades médicas, além de um grande avanço no conhecimento dentro dessas especificidades, verificamos diminuição da resolutividade para o cliente-usuário quando existe necessidade de ações mais gerais e conclusivas no organismo como um todo, ou em sua interação com o ambiente.

O trabalho interdisciplinar em saúde e a ênfase no generalista enquanto elemento integrador da assistência é um modelo que atende a uma série de questões próprias do desenvolvimento do saber de nosso tempo e de sua aplicabilidade, em serviços fundamentais à qualidade de vida da população. A interdisciplinaridade oferece também a possibilidade de ruptura com instrumentos de natureza puramente médica que, com sua vocação primária de tratar doenças, concentra recursos no diagnóstico e tratamento, muitas vezes, sem necessidade, em detrimento de intervenções e recursos voltados para a qualidade de vida do usuário.

O caso estudado apresenta também uma organização de natureza pública em desenvolvimento que, movida pelo desejo do grupo gerencial, pretende desenvolver serviços de excelência para seus usuários e, ao mesmo tempo, contribuir para a necessária construção de alternativas que permitam melhor utilizar os poucos recursos públicos disponíveis para os setores sociais em nosso País.

Defendemos que as dificuldades para a efetiva implantação de novas formas de atendimento podem ser compreendidas e minimizadas, na medida em que abordarmos os

problemas no campo da gestão. Ao optarmos pelo Modelo Estrela de Galbraith percebemos que, se iluminássemos essas dificuldades com reflexões atuais, contemplando estratégia, estrutura, processos, recompensas e políticas de pessoas, poderíamos contribuir para instrumentalizar os avanços necessários, para aprimorar a utilização de recursos alocados para a saúde, sejam eles públicos ou privados, como no caso dos planos de saúde.

O olhar para a organização, tendo como referência a classificação de Mintzberg (1995), revela especificidades das organizações de saúde e, em particular, da burocracia profissional, que pode facilitar as intervenções, principalmente aquelas que reforçam a missão e cujos valores se assentam nas escolas de formação profissional ou de associações corporativas. A natureza da coordenação dos processos de trabalho descritos por Mintzberg (1995) nos vários tipos de organização facilita também a compreensão de algumas dificuldades próprias a determinadas estruturas, facilitando a compreensão do processo de formação de microestruturas adhocráticas e a elaboração de elementos de ligação para a organização como um todo, antecipando-se a problemas de integração usuais nessa modalidade organizacional e que, muitas vezes, emperram um bom projeto.

Também o conhecimento dos processos hierárquicos comuns a essas modalidades organizacionais permitem antecipar instrumentos de gestão participativa, com foco na ética organizacional, consolidando o compartilhamento da missão e possibilitando a aplicação de medidas corretivas, de forma consensada e compartilhada.

O discurso de ênfase no generalista entre os profissionais de saúde se mostrou bem mais estruturado do que o da interdisciplinaridade, esta bem consensada nas políticas governamentais, mas que ainda não conseguiu avançar de forma consistente na prática médica. A ênfase no generalista, embora incipiente, se mostra melhor incorporada à prática médica. A prática médica e a visão dos profissionais médicos, pelo saber hegemônico que representam, influenciam de forma definitiva os serviços de saúde. Daí a absoluta dependência da adesão desses profissionais para o sucesso de uma prática que rompa com o olhar tratador de doenças, para ações que tenham intencionalidade de promover saúde e qualidade de vida.

Apesar de os profissionais entrevistados declararem conhecimento e afinidades

com a *estratégia* da organização, quase todos afirmam também que não participaram de sua elaboração. Tal situação demanda um trabalho importante a ser feito pela direção da clínica, que é compartilhar a reelaboração da missão da clínica com os profissionais de todos os seus setores. A reelaboração do enunciado da missão pode direcionar e revitalizar os processos de desenvolvimento da nova modalidade de atendimento, com foco no generalista e na interdisciplinaridade.

Tal enunciado poderá contemplar a promoção da saúde e da qualidade de vida e também a predisposição do ambiente para mudanças contínuas, além da construção de novos saberes calcados no trabalho interdisciplinar e no aprimoramento do papel integrador do generalista.

O maior tempo previsto nos *processos* de trabalho para as consultas realizadas pelos médicos generalistas em relação aos especialistas foi fundamental na inversão da lógica, atribuindo maior complexidade ao atendimento do generalista como aquele que, em tese, pensa a saúde do seu cliente. A valorização do profissional nessa ótica é reconhecida e citada por todos os generalistas, trazendo estímulo e satisfação profissional para os mesmos.

O prontuário informatizado e o acesso à pesquisa, para o apoio à decisão, via *internet*, é um outro elemento importante na qualidade do atendimento, na valorização do profissional e no diferencial pretendido. Esse instrumento também mostra a possibilidade de atuar no desenvolvimento do modelo, num cenário interativo, apresentando na tela, durante a abertura do prontuário, campos a serem preenchidos que contemplem a questão de saúde e da qualidade de vida. Há campos que remetem a outras disciplinas e podem trazer sugestões de condutas padronizadas, propostas de forma conjunta pelo próprio grupo de profissionais.

A falta de suporte hospitalar de qualidade aparece como o grande estrangulamento do sistema e razão de a missão não ser atendida de forma completa. Na visão dos profissionais, quando há necessidade do suporte hospitalar e o usuário não tem um plano de saúde, o atendimento nos serviços de urgência do SUS é feito com dificuldades e com uma brusca queda de qualidade.

As recompensas mostraram-se adequadas, os profissionais estão satisfeitos por

trabalhar na Cliserv, sentem-se bem, e até mesmo consideram um local privilegiado para se trabalhar. Muitos manifestaram, entretanto, uma certa apreensão em relação à instabilidade que atribuem ao projeto Cliserv, pelo fato de ser um contrato de trabalho temporário e realizado através de licitação pública de compras de serviços de saúde.

Para fazer frente a essa instabilidade, considerando o desenvolvimento que vem ocorrendo, com a introdução de prática específica de trabalho integrado interdisciplinar com ênfase no generalista, a organização, de forma a aprimorar sua compra de serviços, poderá contemplar técnica e preço, avançando no sentido de criar estabilidade a partir do diferencial alcançado pelos prestadores de serviços. Ao mesmo tempo deverá desenvolver incentivos tendo como base do sistema novas formas de remuneração e qualificação. O projeto básico que originou o atual contrato de prestação de serviços já contempla remuneração mínima e valor máximo da hora técnica a ser paga, assegurando que os recursos disponibilizados sejam utilizados quase em sua totalidade pelos profissionais que realizam os trabalhos, evitando intermediação. Importa considerar também que a burocracia profissional usualmente não se presta a dar lucros para terceiros.

A forma utilizada para a compra de serviços aumenta a competitividade das sociedades civis, na medida em que, por meio de uma gestão participativa e de coresponsabilidade pelos resultados obtidos, compatibiliza custos e resultados para as partes envolvidas. Essas relações de trabalho e de prestação de serviços podem ser aprimoradas, de forma a corrigir as distorções ainda apresentadas, assegurando o desenvolvimento contínuo do projeto, calcado na valorização do aprendizado organizacional adquirido ao longo do tempo. Esse diferencial de experiência e aprendizado poderá ser contemplado no projeto básico para os próximos processos licitatórios.

Entretanto, a questão da instabilidade não atinge somente os profissionais da Sociedade Civil prestadora de serviços. Alguns líderes de processos, estáveis enquanto funcionários públicos concursados, também sentem-se inseguros diante de mudanças políticas que ocorrem a cada quatro anos, com a mudança da administração municipal. Para enfrentar tal situação, alguns instrumentos podem ser utilizados, como os relatórios de gestão e a consolidação de uma cultura de atendimento voltada para as necessidades dos clientes-usuários, cuja satisfação, no nosso entendimento, é o principal fator de estabilidade do

projeto.

Do ponto de vista da *estratégia*, o destaque ao diferencial de valorização da relação médico paciente, o comprometimento com a resolução da demanda do usuário suporta, muitas vezes, a angústia agressiva de alguns e sustenta uma intervenção acolhedora, apresentando resultados satisfatórios e contribuindo para a satisfação do usuário.

O foco na relação médico-paciente e o compromisso com um atendimento resolutivo, criaram também uma cultura de foco nas necessidades do cliente. Os profissionais demonstram valorizar a proposta da clínica de um atendimento diferenciado e a organização do processo de trabalho, mostra eficiência nos setores que sustentam o diferencial de atendimento. Todos os profissionais entrevistados têm clareza da importância de seu trabalho para os resultados finais proporcionados aos clientes, considerando as dimensões facilidade de acesso, qualidade, conforto e cortesia.

Vários problemas são apontados. Entretanto, é consenso que as condições de trabalho são muito boas. Mostrando o engajamento dos profissionais no projeto da clínica, várias propostas são apresentadas para solucionar os problemas identificados. Verificamos que os generalistas são mais otimistas em relação à implantação do modelo de atendimento com ênfase no generalista do que os especialistas, que se mostram mais incrédulos quanto à implantação progressiva dessa nova cultura. Argumentam que o brasileiro quer ser tratado pelo especialista, que ele já chega com a demanda formada e é difícil mudar. Ao mesmo tempo que apresentam essa descrença, sustentam as vantagens que tal modalidade de atendimento tem, inclusive, com citações de sistemas de saúde de outros países que têm procurado adotar essa forma de atendimento com relativo sucesso.

Afirmam também a importância de ações sistemáticas de incentivos para o desenvolvimento dessa nova prática, destacando o trabalho do setor de RH e o realizado pelo setor de acolhimento, refletindo sobre os casos clínicos de maior complexidade e as possíveis intervenções. Só o fato de esses profissionais, em sua grande maioria, estarem sensibilizados para esse tipo de discussão, revela um ambiente organizacional favorável aos processos de mudança que, entendemos, será gradativa.

Usualmente o mercado de trabalho médico das grandes cidades leva esse

profissional a um atendimento automático e padronizado no foco de tratar doenças e atender a demanda imediata do cliente, dificultando a reflexão sobre a prática, que é um exercício essencial para quem lida com o ser humano e com tecnologias de ponta, ambos em constante transformação.

Mesmo diante das evidências de distorções geradas pelo fenômeno da progressiva medicalização de fenômenos de ordem psicossocial, a inclusão de outras disciplinas nas intervenções para a manutenção e promoção da saúde tem ocorrido de forma lenta e inconstante. A falta de uma prática interdisciplinar integrada é percebida nessa organização ainda de forma importante.

Apesar da disponibilidade de um serviço social, de um serviço de saúde mental, de um centro de convivência para promoção do desenvolvimento da qualidade de vida e um espaço de lazer de boa qualidade, eles não são usualmente utilizados como recursos de intervenção nos processos de trabalho médico. A ênfase no generalista parece mais consolidada na organização e os recursos não médicos, embora citados pela direção da clínica, são ainda pouco utilizados como alternativas para tratar os 60% de casos em que questões psicossociais são componentes importantes.

Quando perguntados, os profissionais reconhecem a importância das abordagens interdisciplinares na saúde e na qualidade de vida de seu cliente e sugerem outras intervenções da direção da clínica com vistas à implantação mais incisiva dessa modalidade de atendimento, disponibilizando recursos não médicos para os usuários-clientes. O atendimento interdisciplinar é reconhecido como ideal ou adequado para enfrentar as questões do dia-a-dia da clínica, porém pouco utilizado por não fazer parte do padrão de atendimento da maioria dos profissionais, padrão este aprendido nas escolas de medicina e sustentado pelas associações de categoria profissionais.

Em todos os setores da clínica, desde a marcação de consultas, passando pelo acolhimento na portaria, pelas recepcionistas, pelo pessoal da limpeza, todos demonstram consciência da sua própria importância para os resultados finais almejada para os usuários. Essa questão tem sido trabalhada de forma sistemática, com todos os profissionais da clínica. Pode-se falar de um espírito de corpo permeando a organização, sustentado pelos valores da

qualidade de atendimento, da resolutividade das demandas apresentadas e pela cordialidade no atendimento, este é um aspecto fundamental na política de pessoal.

Todos conhecem a *estrutura* básica e simples da clínica, reportam-se diretamente à gerência e ao coordenador médico e também aos líderes de processos, da recepção, da limpeza e portaria, da farmácia, e, em ordem decrescente, aos médicos generalistas, aos profissionais mais antigos e a alguns líderes de natureza carismática.

Os profissionais reconhecem que realizam na Cliserv um trabalho diferente. Citam o clima organizacional, a organização de todos os setores, a limpeza e o espaço agradável como fatores diferenciais e destacam também os comentários dos usuários, satisfeitos com o atendimento recebido. Contudo, entre os fatores que marcam o diferencial da clínica, não aparece no discurso dos profissionais a ênfase no generalista nem a interdisciplinaridade.

Os conflitos, de maneira geral, são tratados de forma responsável e participativa. Alguns profissionais não se mobilizam, no sentido de discutir e propor modificações nos processos de trabalho e na administração dos serviços, aceitando situações que não são de seu agrado. Tais profissionais admitem que têm espaço para ajustar os problemas, mas que não se reportaram às respectivas coordenações ou à gerência. Este tipo de atitude, cômoda por um lado e desagregadora por outro, é comum a todas as organizações e à natureza humana e pode ser minimizada com ações diretas da administração, buscando equacionar as situações que necessitam de ajustes.

A concepção dessa *estrutura*, enquanto um conjunto de unidades com especificidades próprias a agregar valor ao produto final oferecido ao usuário, possibilita maior responsabilização pelos resultados do setor e análise de custos dos vários *processos* desenvolvidos auxiliando nas decisões quanto à melhor forma de prover recursos à assistência, se com serviços próprios ou se por meio de rede externa de prestação de serviços.

Como o objetivo da estrutura é atender as necessidades estratégicas, poderá ser incorporada a essa estrutura um setor de RH. Este setor foi desativado na clínica e a gerência e coordenação médica têm se desdobrado no sentido de atender tais necessidades. Apesar do esforço, as especificidades desse setor e mesmo a manutenção do curso das intervenções

foram muito prejudicadas. Importa destacar que, no caso dessa organização, trata-se da implantação de uma nova cultura de atendimento em que se faz necessário modificar padrões de atendimento historicamente determinados pelas escolas e demais associações das categorias profissionais.

Nota-se também nessa organização uma boa autonomia para a resolução de situações que surgem no dia-a-dia nos processos de trabalho ou via demandas institucionais da PBH. Tais situações são informadas à gerência da clínica que usualmente respalda e estimula a tomada autônoma de decisões desde que em sintonia com o projeto assistencial.

Verifica-se também uma grande dificuldade para reunir todos os profissionais da clínica, e este é um grande ponto de estrangulamento para os projetos de mudança. Importa construir formas de lidar com essa questão, o que poderá ser feito por meio da inclusão de formas de participação no próximo contrato de trabalho, prevendo atividades de integração. Essas horas poderão também ser remuneradas e consideradas trabalho efetivo.

Os mecanismos de integração necessitam ser aprimorados. Além da participação direta, como prevista no parágrafo anterior, outras formas de divulgação da missão, de pactuação de processos de trabalho, de criação de mecanismos de *empowerment* poderão ser realizados, com o direcionamento de boletins internos e por meio de processos interativos no prontuário eletrônico do paciente.

Os controles e indicadores, enquanto instrumentos de gestão, ainda são muito incipientes. Os indicadores de satisfação do usuário, realizados via questionário não têm sido aplicados. Tem sido realizado um registro da produção dos serviços em procedimentos, porém não se avalia a resolutividade do sistema quantitativamente. Não se mede também o número de pacientes encaminhado a especialistas por cada generalista, nem o número de exames solicitados por cada profissional, assim como o número de retorno das consultas. O encaminhamento para outros serviços como o social, o serviço de saúde mental, o centro de convivência, a assistência jurídica e outros serviços raramente é feito e, na verdade, muitos profissionais nem sabem que existem outros serviços integrados.

Metodologias de mensuração dos processos deverá ter como objetivo não a

fiscalização do trabalho, para cobrança posterior, mas o monitoramento das ações, visando o retorno dos resultados e favorecendo a intervenção compartilhada no curso das mudanças. Objetivos e metas comuns deverão ser claramente fixadas, de forma a nortear o curso das ações.

A política de recrutamento realizado pela sociedade civil prestadora de serviços, no início recrutou preferencialmente os profissionais dessa sociedade. Com o crescimento da clínica e a demanda por profissionais para atender às necessidades estratégicas, esse processo terá que ser revisto. Sugerimos um recrutamento ampliado com chamamento público, para posterior análise de *curriculum* e seleção.

Os limites da previdência social para pagamento de benefícios, impedindo a acumulação de vínculos e a delimitação de teto de valores, é mais um fator que favorece a livre iniciativa operacionalizada por uma sociedade civil, pois possibilita melhoria da remuneração final e da gestão, desde que realizados contratos inteligentes.

Defendemos, ainda, que essa ambiência de favorecimento às mudanças poderá ser constituída a despeito da opinião contrária dos servidores públicos envolvidos nesse projeto. O regime de estabilidade no emprego, via concurso público, aumenta o custo de gestão das pessoas através de avaliações de desempenho sistemáticas e durante o estágio probatório. A estabilidade no emprego gerida com instrumentos inteligentes e identificados com as estratégias organizacionais facilita o aprendizado e a cultura organizacional e podem se constituir em inestimável patrimônio público, o verdadeiro diferencial de qualidade das organizações da era do conhecimento. Na verdade, as críticas a que assistimos ao desempenho das pessoas no setor público deveriam se voltar para a gestão pública, que, apesar dos instrumentos previstos, como estágio probatório e avaliação de desempenho, não cumprem adequadamente suas funções.

A remuneração, considerada adequada, parece não ser o principal fator de *recompensa* dos profissionais que trabalham na Cliserv. As condições de trabalho, o espaço e o local de atendimento, asseguram o grande atrativo para esses profissionais, aliados ao significado pessoal da opção de se trabalhar com saúde. Dar curso a esse verdadeiro sentido existencial, em condições de excelência, consolidado a duras penas durante a formação

profissional, por si só já representa um poderoso fator de recompensa. Esse pensamento está implícito nos profissionais da clínica.

A lógica de pagamento dos serviços prestados pelos profissionais da clínica toma como base o custo dos profissionais de saúde do hospital municipal de Belo Horizonte, considerando encargos administrativos que são repassados diretamente aos profissionais. Pagamento que os profissionais entendem como adequado para o contexto de remuneração do mercado atual.

As dificuldades nas relações de trabalho apontadas pelos profissionais, referem-se a situações de natureza da assistência previdenciária, pois o pagamento realizado à sociedade civil é repassado integralmente aos profissionais de acordo com as horas trabalhadas. Estes profissionais se vêem descobertos numa eventualidade de agravos à saúde, gravidez, luto, ou outras situações de cobertura dessa natureza. Soluções têm sido pensadas, como por exemplo, a criação de um fundo com tal finalidade.

As conclusões desta pesquisa, no nosso entendimento, podem ser utilizadas para auxiliar a realização de novos estudos para elucidar os problemas na implantação de um serviço desta natureza. Um dos limites encontrados refere-se à questão da qualidade de vida enquanto um fenômeno de interesse médico no dia-a-dia dos atendimentos. Apesar de presente no discurso da academia e dos órgãos reguladores da assistência médica, não está presente nas intervenções características do ato médico, o que significa que tratar doenças é o principal objetivo das ações desse profissional e, assim, também é a expectativa dos clientes usuários.

Acreditamos que um maior entendimento do significado *qualidade de vida* para o profissional médico e sua correlação com a clínica, poderá direcionar as intervenções que visam estimular uma nova abordagem das demandas apresentadas pelos clientes usuários aos profissionais de saúde. Pesquisas exploratórias nesse mesmo universo e sua extensão para órgãos formadores dos profissionais médicos poderão contribuir para a construção de novas intervenções médicas e de outras disciplinas com foco na qualidade de vida.

O mesmo vale também para o estudo do sistema de informações e suas

possibilidades, enquanto instrumentos de desenvolvimento organizacional, sobretudo nos aspectos de integração e de padronização de novos procedimentos. Nesta pesquisa, apenas citamos as possibilidades desse instrumento, no que pese a visão favorável dos colaboradores em relação ao prontuário informatizado e sua capacidade atual subutilizada de gerar relatórios.

Ao considerarmos o clima organizacional favorável a mudanças, verificado no discurso dos profissionais da clínica e o número dos profissionais de nível superior que trabalham na clínica, somos levados a pensar como possibilidade a realização de estudos que analisam os impactos de processos de mudança mais efetivos. Sugerimos também uma pesquisa participativa que poderá elaborar e difundir o foco na qualidade de vida dos usuários enquanto contraponto ao foco existente de tratar doenças psicossomáticas.

Outro limite importante para a produção desta pesquisa é a dificuldade das outras disciplinas em instrumentalizar um trabalho efetivo de desmedicalização, o que também abre espaço para uma pesquisa exploratória, com vistas a construir outras vias de conhecimento.

Avaliamos, portanto, que essa organização apresenta condições favoráveis para consolidar suas diretrizes estratégicas de desenvolver um novo modelo de atendimento baseado na interdisciplinaridade, o que pode favorecer o desenvolvimento de novas alternativas de intervenção. A ênfase no generalista, enquanto elemento integrador, pode proporcionar o desenvolvimento dos profissionais da saúde, alavancando as ações de promoção de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A REFORMA URBANA, 2000. Disponível em <
http://www2.prossiga.br/ocruz/bv_principal.htm>. Acesso em: 15 jun. 2002.

ANASTASSO, Poulos; KENICH, Jean Pierre-Ohmae. *Strategor: política global da empresa*. Lisboa: Dom Quixote, 2000.

ARRUDA, Maria Cecília Coutinho de. Indicadores de clima ético nas empresas. *RAE Revista de Administração de Empresas*, 2002.

BAUER, Martin W; George Gastkell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Princípios e conquistas. DOU, Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa saúde da família. DOU, Brasília, 2001.

BRASIL. *CONSTITUIÇÃO FEDERAL*, Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde – 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.SUS/NOB-SUS. DOU, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José P. de. *Negociação coletiva do trabalho em saúde*/OPAS/OMS. Natal: UFRN/NESC, 1998.

CHIAVENATO Idalberto, *Teoria geral da administração: abordagens descritivas e explicativas*. v. 2. São Paulo: Makron Books, 1998, p. 80.

DIAZ, Muñoz et al. *Sistemas de salud em processo de reforma*. Buenos Aires: OPAS/OMS-1994.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Lisboa: Presença, 1975.

FERNANDES, Eda Conte. *Qualidade de vida no trabalho*. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FLEURY, Afonso Carlos Corrêa et al. *Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil*. São Paulo: Atlas, 1995.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R.M. *Cultura e poder as organizações*. São Paulo: Atlas, 1992.

GALBRAITH, Jay R. *Designing organizations: an executive briefing on strategy, struture, and process* – San Francisco: Jossey-Bass, 1995a.

_____. *Organizando para competir no futuro*. São Paulo: Makron Books, 1995b.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. *RAE – Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-15, Jan./Mar. 2000.

GONÇALVES, Jose Ernesto Lima. Processo, que processo? *RAE – Revista de Administração de Empresa*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 8-19, out./dez. 2000.

HAINAUT, L.D. Interdisciplinaridade e integração. *Revista Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 121, abr. / jun. 1995.

HAMEL, Gary; Prahalad, C.K. *Competindo pelo futuro: Estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HAX, Arnold e Wilde II, Dean L. Modelo Delta. *HSM Management*, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 88-96, mar./ abr. 2000.

HERNANDES, José Mauro da Costa; CALDAS, Miguel P.. Resistência à mudança: uma revisão crítica. São Paulo, *ERA*, v. 41, n. 2, p.31-45, abr./jun. 2001.

HISTORIA das Conferências nacionais de saúde 2001. Disponível em < <http://www.fiocruz.br/histconferencias/histconferencias.htm> >. Acesso em: 22 ago. 2002.

JANTSCH, Eric Interdisciplinaridade: os sonhos e a realidade. Rio de Janeiro, *Revista Tempo Brasileiro* v. 121, p. 29-42, abr./jun. 1995.

JATENE, Adib. Academia Nacional de Medicina – o exercício profissional e o sistema nacional de saúde, *forum nacional sobre política de saúde*. Rio de Janeiro: 1987.

KEINERT, Tania Margarete Mezzomo. *Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia cidades saudáveis*. São Paulo: USP, 1997.

LACOMBE, Beatriz Maria Braga; TONELI, Maria José. O discurso e a prática: o que nos dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre os modelos de gestão de recursos humanos. *RAC. Revista de Administração Contemporânea*, v. 5, n. 2, p. 157-174, maio/ago. 2001.

MAXIMIANO, Antonio Cezar Amaru. *Introdução a administração*. 4. ed. Rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, Henry. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. Tradução de Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, Henry; LAMPBEL, Joseph; AHLSTRAND, Bruce. Todas as partes do elefante. Conheça e combine as dez principais linhas de pensamento estratégico para ter sucesso. *H.S.M. Management*, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 100-8, jan. / fev. 1999.

_____. *Safári de estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MORIM, Estelle M.. Os sentidos do trabalho. São Paulo, *RAE*, v. 41, n. 3, p. 9-19, jul./set. 2001.

MOTTA, Fernando C. Prestes. *Teoria geral da administração: uma introdução*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 53-4.

MOTTA, F.C.P.; CALDAS, M.P. *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.

MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea : a ciência e a arte de ser dirigente* .6. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NADLER, David et al. *Arquitetura organizacional: a chave para a mudança empresarial*. Rio de Janeiro: Campos, 1993.

NOGUEIRA E PARANAGUÁ. *Gestão de RH e reforma do setor Público: tendências e pressupostos de uma nova Abordagem*. Disponível em < www.opas.org.br >. Acesso em: 10 fev. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE –A SAÚDE NO BRASIL *A saúde da população adulta (15-60 anos)*. Brasília, nov. 1998-OPAS/OMS.

PEDROSO, Enio Roberto Pietra. *Clínica médica. O Médico Generalista*. Rio de Janeiro: Ateneu, 1990. p. 3-8.

PEDROSO, Enio Roberto P. et al. Educação médica. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 7, n. 2/4, p. 35-36, abr./dez. 1997.

PORTER, Michel E *Estratégia competitiva: Técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER Michael. *A cadeia de valores e a vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

PORTER, Michael. What is strategy? *Harvard Business Review*, Boston, v. 74, n. 6, p.68-78, nov./dez. 1996. (artigo traduzido pela FDC com o título: O que é estratégia?)

PORTER Michael. A vantagem competitiva das nações. In: _____. *Competição: on competition: estratégias competitivas essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1999a.

PORTER, Michel E, *Competição: Estratégias Competitivas Essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1999b.

PRAHALAD, C. K. e HAMEL, Gary. The core competence of the corporation (A competência básica da organização). *Harvard Business Review*, Boston, v. 68, n. 3, p. 79-91, may/june 1990:

RODRIGUES FILHO, José et al. A tecnologia da informação na área hospitalar: Um caso de Implementação de um Sistema de Registro de Pacientes. *RAC. Revista de Administração Contemporânea*, v. 5. n. 1, p. 105-20, Jan./Abr. 2001.

RUBENS, Kon. *O planejamento no distrito de saúde: estratégia e comunicação* Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2001.

SCOTT, W.R. *Organizations*. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. *Estado e burocracia da medicina. A resposta dos pacientes*. Belo Horizonte: UFMG, 1987a, p. 53-67.

_____. *Estado e burocratização da medicina, proposta e dimensão do objeto*. Belo Horizonte: UFMG, 1987b. p. 19-23.

SIQUEIRA, Moema Miranda de; SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho de. *O sistema de saúde no Brasil*. Clínica Médica. Pedroso, Enio P.(Org.). Rio de Janeiro: Ateneu, 1990, p. 3-8.

SONIS, Abraam; PAGANINI, José M. *Medicina sanitária y aministracion de salud*. Buenos Aires: Ed. Ateneo, 1978.

SOUZA BETHLEM, Agrícola. Conhecimento e utilização de conceito de política e estratégia (uma experiência semântica . *RAE*, São Paulo, p. 70-76, jul. /set. 1988,

ULRICH Dave. *Os campeões de recursos humanos*; Inovando para obter os melhores resultados. 5. ed. São Paulo: Futura, 1998.

VASCONCELOS M. Eduardo. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 54, jul. 1997.

WEIL, Pierre; D'AMBROSIO, Ubiratan; CREMA Roberto. *Rumo à nova transdisciplinaridade*: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus, 1993.

APÊNDICE A

ESTRATÉGIA

- 1- Você conhece a missão da Cliserv? Na apresentação da clínica ou nos treinamentos, essa missão foi abordada?
- 2- Você participou de sua elaboração? Utiliza princípios dessa missão no seu trabalho diário?
- 3- Podemos dizer que a missão da Cliserv é atendida:
 - a) totalmente;
 - b) parcialmente (em que proporção?);
 - c) pouco atendida.
- 4- Quais são os princípios e valores que orientam e fundamentam sua atuação profissional na Cliserv?
- 5- Que distinção você faz entre a atuação do profissional especialista e generalista na Cliserv?
- 6- Em que medida você considera que tem tido oportunidade de exercer seu trabalho na Cliserv de forma diferenciada em relação a outras instituições de saúde?
- 7- Você conhece os planos da Cliserv? Os de curto ou longo prazos (ou ambos)? Em que medida os planos da clínica complementam ou possibilitam seus próprios planos profissionais e de vida? O que a Cliserv representa para você, enquanto local de trabalho e de relações sociais e afetivas?
- 8- Como você percebe o cliente que vem à Cliserv? Quais são suas diferenças/semelhanças em relação aos clientes de outras organizações de saúde? Ele é mais ou menos exigente?
- 9- Como o cliente percebe a Cliserv? Ele estabelece alguma diferenciação em relação aos serviços disponíveis em outras organizações de saúde? O que o usuário parece buscar, preferencialmente, na Cliserv?
- 10- Em que medida você considera que a Cliserv responde às expectativas dos clientes?
- 11- Quais são, na sua opinião, os pontos fortes e fracos da Cliserv? O que faz para melhorar os pontos fracos e aperfeiçoar os pontos fortes?
- 12- Quais são as oportunidades no cenário da assistência médica para a proposta de trabalho multidisciplinar com ênfase no generalista desenvolvida pela BEPREM? E as fragilidades, as ameaças a tal modelo no atual cenário?
- 13- Em que medida você considera que a Cliserv incentiva e concretamente possibilita o desenvolvimento de suas competências técnicas e humanas para o desenvolvimento de uma proposta de trabalho multidisciplinar com ênfase no generalista?

- 14- Como você compatibiliza sua posição na empresa SOC e seu trabalho na Cliserv? Quais são os aspectos positivos e negativos dessa relação? Em que medida a proposta de trabalho da Cliserv é viabilizada pela relação mantida com a SOC? Essa proposta seria viável caso a Cliserv concursasse seus próprios profissionais?

ESTRUTURA

- 1- Você conhece a estrutura hierárquica da Cliserv (relações de autoridade e chefia)? A quem você se reporta quando precisa de alguma coisa? Quem se reporta a você?
- 2- Como você avalia seu grau de autonomia para o exercício de suas funções? Se alguém de outro setor lhe pedir alguma coisa você, na maioria das vezes, resolve ou pergunta para o chefe do seu setor? E se um cliente lhe pedir alguma coisa, na maioria das vezes você resolve ou pergunta para o chefe do setor?
- 3- Como são tomadas as decisões nessa empresa? Você participa? Você participa de avaliações e das decisões sobre como melhorar a forma de realizar o trabalho e o atendimento?
- 4- Existem pessoas que conhecem a clínica, que são consultadas e não são chefes?
- 5- No seu entendimento, quais os setores são mais importantes para o funcionamento da Cliserv? De qual ou quais setores você mais depende para seu trabalho ficar bem feito? Você conhece os processos de trabalho que são desenvolvidos nesses setores? Como você percebe a disponibilidade das áreas funcionais para interação, cooperação e troca de informações?
- 6- Como se dá o processo de integração das diversas áreas na clínica? (planejamento, reuniões, contatos informais, processo decisório mais participativo, descentralização, treinamento, criação de uma cultura institucional, oportunidades para compartilhamento de informações/experiências, gestão por objetivos).
- 7- Como se dá o processo de comunicação na clínica?
- 8- Quais são as áreas críticas no atendimento ao cliente? Quando você percebe uma falha em um setor, qual sua atitude?
- 9- Como você avalia a importância de seu trabalho nos resultados globais da Cliserv?
- 10- Comparativamente em relação a outras organizações de saúde em que você já trabalhou, você considera que o trabalho que você realiza na Cliserv exige de você mais ou menos em nível de ajustes às exigências da clínica?
- 11- Quais os sistemas de controle adotados nessa clínica (padrões de desempenho, relatórios, resultados objetivos, procedimentos padrão, horários, postura, padrões de desempenho, grau de satisfação a ser proporcionado) Como você se sente em relação a eles? São suficientes? São eficazes? Outros deveriam ser adotados? Quais?

12- Você considera que sistemas de controle mais informais e mais baseados em comportamento são mais ou menos eficientes que os controles formais e quantitativos?

PROCESSOS

1. Descreva as principais tarefas que você desenvolve ao longo das seguintes atividades:
 - a) consulta eletiva;
 - b) consulta de urgência;
 - c) pequena cirurgia;
 - d) encaminhamento;
 - e) atestado;
 - f) retorno;
 - g) outras.
2. Quais são as diferenças que você identifica em relação às atividades que você desenvolve na Cliserv e as que você desenvolve em outros locais onde não há uma opção pelo atendimento interdisciplinar focado no generalista?
3. De cada 10 pacientes que você atende, quantos são encaminhados para especialistas? O que motiva tal encaminhamento?
4. Quais são os serviços interdisciplinares mais utilizados para seus encaminhamentos?
 - a) Saúde Mental
 - b) Odontologia
 - c) Clube Recreativo
 - d) Centro de Convivência
 - e) Serviço Social
 - f) Acolhimento
 - g) Outros
5. Se você é especialista, como você avalia a reação do paciente ao encaminhá-lo de volta ao generalista?
6. Avalie os serviços prestados (pense prioritariamente nos processos desenvolvidos) pelas seguintes unidades:
 - a) recepção;
 - b) farmácia;
 - c) acolhimento;
 - d) diagnóstico por imagem;
 - e) diagnóstico laboratorial;
 - f) sistema de Informações (computacional).
7. Quais os serviços que você percebe, em seu dia-a-dia, que são mais valorizados pelos clientes. Que tipos de comentários chamam mais sua atenção?

GESTÃO DE PESSOAS

1. Como os profissionais das várias categorias profissionais são recrutados (chegam para trabalhar) na Cliserv?
2. Qual a forma e critério de seleção desses diversos profissionais?
3. Em que medida você considera que as políticas de recursos humanos estabelecidas pela Cliserv-Beprem são de fato implementadas pela SOC e outras empresas que fornecem serviços?
4. Que diferenças você estabelece entre trabalhar com pessoal contratado e prestadores de serviço? (Ex. SOC)
5. Existe rotatividade de profissionais nos vários trabalhos da Cliserv?
6. Existe treinamento para os trabalhos a serem desenvolvidos? Como é feito?
7. Existe algum programa sistematizado de desenvolvimento contínuo e aprimoramento? É suficiente?
8. Existem atividades de controle e avaliação das atividades diárias? Quais são avaliadas e em quais delas o profissional tem inteira autonomia? Quem controla e avalia?
9. Existe um trabalho de reforço das diretrizes de interdisciplinaridade e ênfase no generalista? Esses valores permeiam suas atividades diárias?
10. Em que medida você considera que as diversas áreas funcionais da organização têm clareza sobre sua importância individual no processo global de atendimento às necessidades dos clientes?
11. No seu entendimento, qual é a origem da idéia do trabalho interdisciplinar com ênfase no generalista enquanto elemento integrador. É uma idéia:
☐ da Cliserv;
☐ do grupo de profissionais da Cliserv;
☐ dos sistemas de saúde como um todo;
☐ princípio natural da medicina e outros saberes;
☐ de tudo isto.
12. Como são resolvidos os conflitos entre as questões de ajustes de condutas, de resolução de conflitos entre profissionais, ou entre profissionais e clientes? Avalie criticamente a(s) forma(s) utilizada(s).
13. Que mudanças você precisou operar em sua prática usual para exercer o trabalho interdisciplinar e com ênfase no generalista?

RECOMPENSAS

1. Qual é a importância para você de trabalhar com saúde? Fale dos pontos fortes e pontos fracos dessa escolha de trabalho.
2. A Cliserv atende sua expectativa de trabalho? O que pode melhorar? Seu trabalho é reconhecido? A recompensa financeira é adequada?
3. A energia que você coloca no trabalho da Cliserv é otimizada pelos outros setores como: recepção? secretária? enfermagem? administração? coordenação? apoio diagnóstico? farmácia? clínica de saúde mental? acolhimento e outros?
4. As relações de trabalho na Cliserv são satisfatórias? A compra de serviços feita à SOC (sociedade civil dos profissionais especializados) é uma boa forma de relação de trabalho?
5. Os profissionais da SOC de maneira geral se sentem donos de seu próprio negócio? Você conhece o item do contrato SOC-BEPREM que aborda a satisfação do usuário?
6. Você sente que seu trabalho é realizado sob pressão? Qual é o nível de pressão que você considera saudável e/ou necessário para o desempenho de suas atividades?
7. Quais as possibilidades de crescimento nesse trabalho na Cliserv?
8. Qual o diferencial que uma prática de aprendizagem constante em serviços de porta de entrada de sistema de saúde trouxe para a SOC (enquanto empresa? E para os profissionais individualmente?
9. Existe uma política de recompensa dentro da SOC que privilegie profissionais que apresentam um desempenho diferenciado? Você tem sugestões para essa questão?