

## O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil

The process of defining the hospital care profile in federal hospitals in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Luciane Binsfeld<sup>1</sup>  
Francisco Javier Uribe Rivera<sup>2</sup>  
Elizabeth Artmann<sup>2</sup>

**Abstract** *This article analyzes the process of shaping the care profile of federal hospitals in the city of Rio de Janeiro. This is a qualitative, descriptive study that draws on semi-structured interviews with hospital administrators. Data analysis used the Collective Subject Discourse approach. Managers believe this process is the result of a set of emerging strategies, proposals and need for change, which result in adaptive reactions that hospitals develop with no coordination between them to resolve problems identified by professionals and managers. The process is analyzed much more from a political point of view than from a rational and systemic one. Some of the experience with the hospital mission, such as the focus on a strategic approach, already signals a more collegiate approach to defining the profile of care, where the hospital is one component of an integrated network of services, with a decision process that is less incremental and more integrating.*

**Key words** *Healthcare planning, Hospital administration, Healthcare service management, Organizational change*

**Resumo** *Este artigo analisa o processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais no município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e que utilizou entrevistas semiestruturadas realizadas junto a gestores hospitalares. A análise dos dados foi realizada a partir da formação do Discurso do Sujeito Coletivo. Na percepção dos gestores esse processo é decorrente de um conjunto de estratégias emergentes, as propostas e as necessidades de mudança se constituem de reações adaptativas que as unidades desenvolvem de forma desarticulada visando à resolução de problemas identificados pelos profissionais e gestores. O processo é considerado muito mais a partir de uma perspectiva política do que racional e sistêmica. Algumas experiências de trabalho com a missão hospitalar, como o enfoque da démarche estratégica, já apontam para uma construção mais colegiada na definição do perfil assistencial, que considera o hospital como componente de uma rede integrada de serviços e que adota um processo de decisão menos incremental e mais integrador.*

**Palavras-chave** *Planejamento em saúde, Gestão hospitalar, Gestão de serviços de saúde, Mudança organizacional*

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ Brasil.  
lucianebinsfeld@gmail.com

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

O hospital constitui-se em um espaço estratégico para a reorganização do sistema de saúde. Ele é responsável por grande parte dos atendimentos, concentra a maior parte dos recursos financeiros, materiais e humanos e possui grande visibilidade perante a sociedade.

Nos últimos anos fatores importantes como a mudança no perfil epidemiológico, demográfico e social, a crescente incorporação tecnológica e o envelhecimento da população, bem como a necessidade de maior integração dos diversos serviços da rede de saúde, vêm demandando mudanças no modelo assistencial que afetam diretamente a área hospitalar e sua função no sistema<sup>1,2</sup>.

Nas discussões sobre o papel do hospital, um dos principais problemas enfrentados diz respeito à definição do perfil assistencial de cada unidade hospitalar que compõe a rede, uma vez que tem grande impacto sobre o modelo de atenção presente em determinado território<sup>3,4</sup>. Por perfil assistencial entende-se toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e por mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como a exclusão, a diminuição ou a ampliação de sua oferta.

Essa situação tem suscitado uma grande discussão em torno do tema gestão hospitalar e da necessidade de identificação de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento e que ampliem a capacidade dos dirigentes hospitalares para lidar com os problemas destas organizações.

Acredita-se que ao se analisar o processo de mudanças no perfil assistencial das unidades hospitalares, a partir da percepção dos gestores, pode-se identificar o modo como os hospitais o conformam, quais os fatores e os atores envolvidos nela, e isto pode contribuir para identificar e aprimorar mecanismos e dispositivos de planejamento que permitam uma definição mais racional e pactuada deste perfil, favorecendo uma oferta de serviços mais conforme com as necessidades e as demandas da população.

A pergunta que motivou o estudo foi: como ocorrem as mudanças e a conformação do perfil assistencial dos hospitais?

## Estratégia, planejamento e mudança organizacional: bases para análise do processo de definição do perfil assistencial hospitalar

As análises apresentadas posteriormente tomam por base teorias da estratégia e da mudança organizacional, bem como produção acadêmica relacionada a teorias organizacionais e gestão estratégica, motivo pelo qual são apresentadas a seguir algumas considerações sobre estes temas.

### A definição da estratégia e o processo de mudança organizacional

Para Motta<sup>5</sup> haveria duas perspectivas de mudança nas organizações, uma evolutiva, em que a mudança se dá de forma emergente e não intencional, que ocorre mesmo que não se tenha uma direção, e a perspectiva intencional e planejada, que busca romper com a situação ou posição atual da organização, a partir da decisão de mudar.

Dessa forma, admitindo-se que a mudança é produto de ideias predefinidas, o planejamento global do processo será mais valorizado. Se, por outro lado, acredita-se que a necessidade de resolver problemas é que gera ideias novas, a mudança terá como elemento importante a reação a situações problemáticas. Por fim, considerando-se que a mudança surge da circulação de ideias, tende-se a trabalhar com modelos menos dependentes de programações gerenciais. Desta análise surgem três categorias, respectivamente: intenção estratégica, reação adaptativa e aprendizado contínuo.

A principal característica de um processo de mudança a partir da *intenção estratégica* é que há uma deliberação antecipada de interferir na realidade. Presume-se que a partir da análise do contexto organizacional e do ambiente externo, conduzida por um processo de planejamento, as organizações possam desencadear mudanças na posição estratégica atual até uma perspectiva totalmente nova.

A *reação adaptativa* surge da identificação de situações problemáticas e da necessidade de dar respostas planejadas a estes problemas organizacionais. A mudança é enfrentada a partir de problemas concretos, o que *não significa um desprezo ao planejamento da mudança, mas o reforço da visão do planejamento da inovação a partir de problemas. Crer na mudança é monitorar problemas, pois as inovações são fruto de respostas concretas a desafios impostos as empresas*<sup>5</sup>.

No caso do *aprendizado contínuo* as mudanças surgem das ideias inovadoras que já estão disponíveis na organização e são constituídas das experiências dos funcionários. Esta perspectiva trabalha com elementos da teoria da organização aprendiz na qual o aprendizado é visto como a essência da mudança<sup>6,7</sup>.

Para Mintzberg<sup>8-10</sup> existem quatro formas de definição da estratégia: como apesar de em muitos casos ser utilizada somente como plano, o autor trabalha também com as definições de padrão, posição e perspectiva.

A primeira definição é a da estratégia enquanto plano. Para o autor esta é a forma mais comum de entendimento em diversos campos, seja militar ou de administração, e tem duas características essenciais: *são criadas antes das ações as quais vão se aplicar e são desenvolvidas consciente e propositalmente*<sup>9</sup>.

A segunda parte da ideia de que se uma estratégia pode ser pretendida, como no caso do plano, pode também ser derivadas de ações. Neste caso determinadas ações tornam-se recorrentes, configurando um padrão, por serem eficazes na resolução de um problema. Assim, a consistência num comportamento torna a estratégia decorrente de um padrão, independente se ela foi pretendida ou não.

A partir destas duas definições de estratégia pode-se dizer que no caso do plano se trabalha com uma pretendida, decorrente de um projeto humano, e no caso do padrão, com uma realizada decorrente das ações humanas.

Assim, surgem dois conceitos diferentes com relação à origem das estratégias nas organizações, que seriam: as estratégias deliberadas, quando existiam as intenções prévias que foram realizadas e as estratégias emergentes, as quais se desenvolveram sem intenção. Num mesmo ambiente de estratégias deliberadas estas podem se tornar realizadas ou não.

Quanto à estratégia de posição, esta corresponde a determinado produto em determinados mercados. Nos termos administrativos esta definição seria de uma estratégia enquanto domínio de mercado, um “nicho” onde os recursos são concentrados.

Quanto ao processo de mudança, este é trabalhado a partir de três métodos básicos, a mudança planejada, a mudança conduzida e a mudança desenvolvida, os quais podem abranger um nível mais micro ou macro.

A mudança planejada ocorre quando existe um conjunto de elementos a ser seguido que varia de um nível macro, como o planejamento estratégico, até o mais micro, no caso de melhorias da qualidade ou treinamento de pessoal.

A mudança conduzida é guiada por uma pessoa ou grupo com autoridade para acompanhar a mudança e garantir que ocorra. No caso da mudança desenvolvida ela apenas acontece, é orgânica e conduzida por pessoas fora do núcleo de autoridade da instituição, não sendo assim administrados de forma mais formal como nos outros dois casos.

Os trabalhos de Mintzberg<sup>10</sup> e Motta<sup>5</sup> são convergentes, apesar de se diferenciarem quanto às denominações que utilizam. Assim, as concepções da forma como surgem as mudanças, mais intencional ou evolutiva, mais formal e planejada ou informal, se surgem da liderança ou de indivíduos e grupos, estão presentes nas classificações dos dois autores e, se tomadas como extremos, poderiam ser representadas como o esquema da Figura 1.

### Perspectivas organizacionais, gestão estratégica e perfil assistencial

Segundo Lima<sup>11-13</sup>, outra autora que estuda as organizações hospitalares, a definição dos objetivos nas organizações hospitalares tem uma pers-

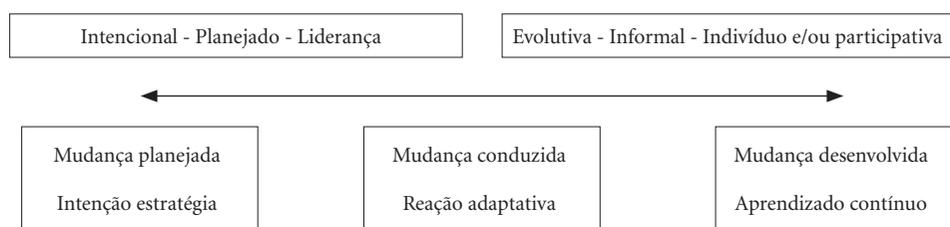


Figura 1. Concepções quanto à forma e condução das mudanças organizacionais.

pectiva natural porque depende do seu meio externo, tanto da agenda de prioridades do governo federal, como do desenvolvimento tecnológico, epidemiológico e das demandas da população. Assim, na perspectiva natural, a organização é entendida como um organismo vivo que estabelece relações interdependentes com seus subsistemas internos e o ambiente externo para buscar garantir sua sobrevivência.

Decorrente da visão sistêmica, de que estas organizações compõem uma rede, os objetivos não podem ser definidos apenas internamente, precisam ter uma regulação externa para assegurar a integração e o equilíbrio do sistema como um todo.

Também precisa considerar as diferentes pessoas e grupos que integram a organização e que a partir de um processo de negociação e disputa, e dos objetivos individuais e das coalizões, vão definir os objetivos da organização numa perspectiva política.

Quanto à perspectiva racional esta se faz necessária por permitir que a organização defina seus objetivos de forma mais clara e não a partir de objetivos genéricos que não contribuem para decisão e ação gerencial.

Desta forma, segundo Lima<sup>11</sup>, é a partir da perspectiva integradora que as organizações públicas de saúde podem ser mais bem compreendidas, pois apresentam características de cada uma das diferentes visões da organização.

O enfoque da gestão estratégica em saúde, desenvolvido originalmente por Cremadez e Grateau<sup>14</sup> e estudado por Rivera<sup>15</sup> e Artmann et al.<sup>16</sup> desde a década de 1990, considera que as organizações de saúde apresentam características que as afastam da construção de um projeto gerencial a partir de um padrão ideal. Este padrão deveria considerar na definição da missão critérios de racionalidade econômica, o reconhecimento do ambiente externo enquanto recurso, a necessidade de negociação com a rede e a integração interna.

Estas características levariam a dois resultados: uma prática decisional incrementalista e uma centralização da organização sobre ela mesma, seu ambiente interno, percebendo o ambiente externo como constrangimento.

A prática decisional é incrementalista porque *as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, sem uma perspectiva de conjunto*<sup>17</sup>. Não haveria um processo de formulação estratégica anterior à tomada de decisão, sendo que a mesma se dá de forma pontual e com justaposição de objetivos.

O enfoque da gestão estratégica propõe uma prática decisional integradora, que envolva o maior número de atores da base operacional na definição das estratégias, a partir de um planejamento contínuo de projetos coletivos definidos dentro de redes de colaboração.

Como proposta metodológica apresenta a *démarche stratégique*, que se propõe a definir *racionalmente a missão hospitalar, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de cuidados em saúde*<sup>15</sup>. Este enfoque compreende o hospital como uma organização pró-ativa, voltada para o ambiente externo, questionando uma visão de autossuficiência e a intenção de contemplar todas as áreas de atendimento na mesma instituição.

Neste sentido a definição da missão de uma unidade hospitalar passa a ser negociada com a rede e os demais estabelecimentos, buscando transformar uma possível concorrência não justificada em colaboração.

## Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo de casos múltiplos, que segue uma abordagem qualitativa, utilizando como estratégia metodológica informações provenientes de entrevistas semiestruturadas<sup>18</sup>.

O campo de investigação é composto pelos hospitais sob gestão federal localizados no município do Rio de Janeiro: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal dos Servidores e Hospital Federal de Jacarepaguá (Cardoso Fontes) sendo que este último não aceitou participar do trabalho.

Foram realizadas 17 entrevistas, gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas, compondo aproximadamente 10 horas de gravação e mais de 100 páginas de transcrição. O participantes do estudo estão relacionados a seguir e foram identificados a partir de códigos nos resultados do trabalho. No hospital 1 foram entrevistados Coordenador Médico, Chefe de Cirurgia, Chefe de Ambulatório e Chefia de Serviço; no hospital 2 Coordenador Médico, Chefe de Cirurgia, e Chefe de Emergência; no hospital 3 foram entrevistados 2 Chefias de Serviço e o Diretor Geral; no hospital 4 foram 1 Chefia de Serviço e o Diretor Geral; no hospital 5 o Coordenador Médico, o Coordenador de Planejamento e o Coordenador de Assistência; por fim, no Departamento de Gestão Hospitalar (DGH) foram entrevistados Coordenador de Assistência e Coordenador de

Planejamento. O número de participantes variou de uma unidade para outra devido ao tempo de aceitação da unidade a participar da entrevista e disponibilidade dos entrevistados. Os principais sujeitos selecionados para o estudo foram: Diretor do Hospital, Coordenador de Assistência e Coordenador de Planejamento. Na ausência destes cargos na unidade, ou indisponibilidade do diretor ou coordenador, os chefes de departamento ou serviços foram incluídos como participantes.

Para a organização dos dados provenientes das entrevistas, foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvido por Lefrève et al.<sup>19</sup>.

Segundo estes autores, o DSC *é uma técnica de organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades*<sup>20</sup>.

Sua técnica consiste em analisar o conteúdo das entrevistas realizadas, extraindo-se destas as ideias centrais ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave, a partir das quais se buscam as semelhanças para construção de um ou mais discursos-síntese.

Esses quatro elementos, Expressões-Chave (EC), Ideias Centrais (IC), Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo são considerados os operadores deste método<sup>20</sup>. As expressões-chave são partes do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que correspondem à essência do conteúdo do discurso analisado.

Assim, o discurso do sujeito coletivo pode ser definido como um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso.

## Resultados

A seguir são apresentados os resultados do estudo, divididos em dois blocos: o processo de mudanças nos hospitais e a definição de estratégia; a conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais. Em cada bloco, em função da Análise do Discurso Coletivo, foram compostos temas, que contribuem para a melhor compreensão dos resultados.

### Processo de mudanças nos hospitais e a definição de estratégia

Quando da discussão sobre as principais mudanças recentes percebidas pelos entrevistados

no perfil assistencial de cada hospital, foi possível identificar dois temas centrais no discurso do sujeito coletivo: o primeiro são as próprias mudanças percebidas e citadas pelos gestores e o segundo compreende um conjunto de movimentos que ao contrário da percepção da mudança foi realizado no sentido de resistir a ela (Quadro 1).

No primeiro tema, a partir das ideias centrais que surgiram quanto à mudança foram construídos quatro discursos distintos que revelam a percepção de mudança na alteração do perfil dos pacientes, a mudança como decorrente do aumento ou diminuição da oferta e a mudança a partir do direcionamento para a alta complexidade.

O primeiro discurso aponta para uma percepção dos entrevistados de que ocorreram mudanças nos últimos anos por que as unidades adotaram uma orientação de priorização do desenvolvimento de atividades ou serviços que concentram maior complexidade tecnológica.

### DSC 6 – Discurso da mudança pela priorização da alta da complexidade

*... se começou a fazer um planejamento estratégico, buscando definir melhor o perfil assistencial e alguns serviços se organizaram para o atendimento de maior complexidade. A maternidade, por exemplo, organizou uma UTI neonatal, começou a trabalhar também o transplante pediátrico.*

*A UTI pediátrica é uma diferença que qualifica o Hospital. A unidade coronariana nos permite atender doenças cardiológicas. Mas tem também similaridades, como ortopedia. Isso aconteceu historicamente também, em alguma época isso foi construído aqui.*

*O doente começou a vir, o caso ficava mais complexo e começamos a atender esses doentes. Então o que aconteceu foi um incremento das cirurgias de alta complexidade.*

Na primeira ideia central, a mudança é apresentada como sendo decorrente de uma decisão que foi tomada por atores que participaram do planejamento estratégico, quando então alguns serviços começaram a mudar o foco das suas atividades. Na segunda parte do discurso é citado um conjunto de tecnologias já existentes e que constituem para a unidade uma vantagem competitiva. Na percepção destes gestores isso aponta para um conjunto de serviços em que deveria haver maior investimento pelo fato de que já possuem complexidade agregada e investimento realizado para estruturação dos serviços.

Quando os gestores foram questionados sobre como ocorreu a decisão quanto às áreas que compõem o perfil assistencial hoje, os mesmos

**Quadro 1.** Síntese dos DSC referentes às mudanças recentes nos perfis dos hospitais.

<b>Tema 1 – Mudanças verificadas nos últimos anos</b>	
DSC 1 – Discurso da mudança pela priorização da alta complexidade	IC 1 - Mudança pelo aumento da complexidade dos serviços a partir de um planejamento estratégico
	IC 2 - Mudança pelo aumento da especialização a partir da valorização das áreas de maior complexidade identificadas pela <i>demarche stratégique</i>
	IC 3 - Mudança pelo aumento da complexidade para diferenciação na rede e manutenção do ensino
DSC 2 – Discurso da mudança no perfil dos pacientes e aumento da demanda	IC 4 - Mudança no aumento da demanda de emergência, doença vascular, renal crônico e câncer
	IC 5 - Mudança no perfil demográfico pelo envelhecimento da população
DSC 3 – Discurso da mudança na oferta devido ao crescimento e incorporação de serviços	IC 6 – Mudança no serviço que começou por iniciativa médica e depois amplia a oferta tornando-se referência
	IC 7 - Mudança pela incorporação de serviços porque a rede não atende mais seus pacientes ou por solicitação do MS
DSC 4 – Discurso da mudança na oferta devido à perda de serviços ou municipalização	IC 8 - Mudança pela perda de profissionais porque houve baixo investimento tecnológico
	IC 9 – Mudança pela perda de serviços porque os profissionais se aposentaram ou foram para outra unidade
	IC 10 – Mudança provocada pela municipalização porque não houve investimento no hospital
	IC 11 - Mudança provocada pela municipalização porque deixou o hospital capenga, sem equipamento, insumos e RH
	IC 12 – Mudança provocada pela municipalização na diminuição e complexidade da oferta.
	IC 13 - Mudança devido ao investimento do MS que reergueu o hospital e retomou sua oferta
<b>Tema 2 - Resistência à mudança</b>	
DSC 5 – Discurso referente à resistência as mudanças tanto de perfil assistencial quanto interna nos serviços	IC 14 - Resistência à mudança do perfil para hospital universitário
	IC 15 - Resistência às propostas do nível central de reforma nos serviços
	IC 16 - Resistência às propostas do nível central de incorporação de serviços
	IC 17 - Resistência à integração de serviços no hospital

apontam o processo como algo que *aconteceu historicamente*.

Outro discurso que foi constituído a partir da percepção de mudança dos gestores refere-se ao aumento da demanda e mudanças no perfil da população.

#### **DSC 7 – Discurso da mudança no perfil dos pacientes e aumento da demanda**

*Na população, câncer é uma epidemia. A maior demanda é cirurgia vascular, outra demanda que aumentou muito, é um problema de saúde pública, é a dos renais crônicos. E a população está*

*envelhecendo e não tem lugar pra internar. É gritante o aumento de idosos em todo mundo e com as doenças próprias da idade, quando complicam, vêm parar na emergência.*

Neste discurso, as principais mudanças referem-se ao perfil demográfico da população, com o aumento da população idosa e também de problemas crônicos. Isso tem gerado um aumento da demanda para as unidades hospitalares, pois o sistema de saúde não possui estrutura adequada para atendimento desta população e ela acaba recorrendo às emergências dos hospitais.

### **DSC 8 – Discurso da mudança na oferta devido ao crescimento e à incorporação de serviços**

*Foi crescendo progressivamente, inicialmente tinha só nefrologia clínica, depois abrimos uma unidade de hemodiálise, depois começamos a fazer transplante. Por exemplo, queimados, um grupo de cirurgiões plásticos tomou a iniciativa de criar um serviço, um embriãozinho, e aquilo foi crescendo. A cirurgia bariátrica teve um cirurgião que começou a fazer de modo pioneiro e se tornou um dos maiores do país. Então é uma coisa muito pessoal...*

Ainda com relação à incorporação de serviços, além da demanda de pacientes, outro fator que aparece como responsável pela introdução de serviços é a decisão dos gestores da esfera federal, o que é ressaltado no discurso como uma determinação do gestor maior e que teve de ser incorporado mesmo que os profissionais ou a diretoria da unidade concordassem com a estruturação deste serviço no hospital.

O crescimento de serviços devido à iniciativa médica e ao desejo individual dos profissionais de realizarem determinada atividade é uma evidência marcante no discurso, tendo feito com que o serviço ampliasse sua oferta na rede e se tornasse uma referência.

O discurso abaixo, de um dos coordenadores da área assistencial, foi destacada porque exemplifica bem a questão da mudança na oferta dos serviços como algo que não se explica necessariamente pela demanda da população ou decisão dos gestores.

*A gente tem serviços aqui no hospital que implodiram não se sabe porque, da mesma forma que eles cresceram e se tornaram serviços enormes outros diminuíram e não existe uma lógica de dizer assim: - Ah, porque a população não tinha necessidade. Acredito que não, acredito que houve uma evasão mesmo dessas expertises aleatoriamente.*

Mudanças aparecem nos discursos frequentemente como algo que acontece, seja a criação do serviço como *uma coisa muito pessoal*, ou a diminuição da oferta como *uma evasão aleatória* e ligada aos profissionais médicos e não a um âmbito de decisão dos diretores dos hospitais.

### **DSC 9 – Discurso da mudança na oferta devido à perda de serviços ou municipalização**

*E com a municipalização foi um caos. O município não investiu no hospital, ele só queria o repasse do SUS. Nós ficamos com um hospital capenga. Então ele reduziu leitos. Culminou com a paralisação do hospital e fechou a emergência. O governo*

*federal fez uma intervenção e ressuscitou ele. Começaram a haver novos investimentos. Houve uma retomada do crescimento das cirurgias.*

Percebe-se que algumas mudanças na oferta de atendimentos também estão ligadas a definições externas, neste caso mais especificamente ao período em que os hospitais ficaram vinculados gerencialmente ao município. De alguma forma, todos os entrevistados das unidades hospitalares que passaram pelo processo de municipalização identificam este como um período em que houve diminuição da oferta de serviços devido ao não investimento.

### **DSC 10 – Discurso referente à resistência às mudanças, tanto de perfil assistencial quanto interna nos serviços**

*Desde 63, 64 começou uma movimentação pra transformar em hospital universitário, mas os profissionais foram contra e a movimentação derrubou isso.*

*E o hospital nasceu com dois serviços de cirurgia, cirurgia geral 1 e 2. E tiveram várias iniciativas para fundir os serviços, mas não saiu do lugar... Aí, você entra numa sala de reunião que o serviço inteiro desce com o diretor dessa unidade: - Eu vim com os meus profissionais para que eles manifestem o desacordo... Só não mudou porque o hospital tem uma tradição, construída pelo trabalho dos médicos em cirurgia de alta complexidade...*

Este discurso representa movimentos de resistência a propostas de mudança e foi encontrado no discurso de atores de diferentes unidades. Um dos entrevistados coloca, inclusive, que o principal movimento que ocorreu na instituição desde sua fundação não foi de mudança, mas a resistência de um grupo de funcionários que divergiu e impediu a implantação do projeto que transformaria o hospital em um hospital universitário.

Neste caso, o perfil assistencial dos hospitais não foi decorrente somente da formação das estratégias visando à mudança, mas daquelas que o grupo resistente desenvolveu ao longo do processo para impedir a mudança, o que traz à tona posições conflitivas entre os distintos atores que constituem a organização e o cenário onde se inserem<sup>21</sup>.

### **A conformação do perfil assistencial e as perspectivas organizacionais**

No tema anterior foram apresentadas as principais mudanças verificadas pelos entrevistados. A partir destas mudanças busca-se agora analisar mais profundamente o que levou estas a aconte-

cerem e como estas definem o perfil assistencial das unidades (Quadro 2).

#### **DSC 16 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva do DGH**

*Você não tem um planejamento adequado ainda, porque você vive de espasmos... A gente tá vivendo num sistema de saúde muito desorganizado, e isso reflete na população que vai buscar nas unidades todos os serviços possíveis. E por conta dessa demanda os hospitais vão também de uma forma desorganizada, oferecendo serviços, para tentar minimizar as filas de espera enormes. E na maioria das vezes é cada unidade tentando dar conta dentro do seu universo, da sua demanda e ainda que os serviços se dupliquem. Os hospitais na sua maioria não têm núcleo de planejamento.*

Segundo a percepção do DGH, a mudança não parte de um processo intencional; seria decorrente principalmente da necessidade de atender à demanda que leva a unidade a desenvolver determinados serviços e a incorporar tecnologias. A percepção dos gestores dos hospitais é a mesma.

#### **DSC 17 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva dos hospitais**

*Eu acho que as unidades se organizam a partir de um conjunto de coisas, mas que não surge muito do planejamento do nível central. Acho que à medida que vai chegando a gente vai se adaptando de acordo com a necessidade. E normalmente o que se tem é uma coisa meio sem dono. As unidades de saúde vão formando suas expertises, a partir dos*

*profissionais de saúde e isso gera a desorganização que a gente tem aí.*

A grande maioria das chefias, quando questionada sobre o que levou às mudanças, utilizava em seu discurso este tipo de expressão que demonstra que elas foram acontecendo e não necessariamente foram conduzidas por alguma autoridade, sendo identificadas como *uma coisa meio sem dono*.

Uma questão que pode ser destacada e que aparece em ambos os discursos é uma percepção de que o processo ocorre de forma isolada pelas unidades, tanto pela busca individual dos profissionais ou gestores de resolução dos problemas internos ou de saúde da população, como pela ausência de um processo mais integrado entre as unidades municipais, estaduais e federais. Outra questão recorrente nos discursos é a percepção de que há uma duplicidade de oferta entre as unidades.

## **Discussão**

Quando os discursos são analisados, resgatando as três configurações de mudança propostas por Mintzberg e Lapel<sup>10</sup> (planejada, conduzida e desenvolvida), observa-se que a maior parte das mudanças percebidas nos últimos anos foram desenvolvidas, ou seja, ocorreram sem terem sido necessariamente conduzidas pelos gestores internos ou externos das unidades. Isto pode ser percebido pela forma como os gestores descrevem as mudanças como algo que foi acontecendo e que

**Quadro 2.** Síntese dos DSC referentes aos determinantes e fatores que interferem na mudança do perfil assistencial.

<b>Tema 1 - Conformação do perfil assistencial e a estrutura de planejamento das unidades</b>	
DSC 6 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva do DGH	IC 18 - A mudança não é decorrente do planejamento, mas da iniciativa individual dos hospitais atenderem sua demanda
	IC 19 - Os hospitais não utilizam nenhuma ferramenta ou metodologia de planejamento
	IC 20 - Os hospitais, na sua maioria, não tem núcleo de planejamento estruturado
DSC 7 - Discurso do processo de mudança visto pela perspectiva dos hospitais	IC 21 - A mudança não é decorrente do planejamento, ela apenas acontece
	IC 22 - A estrutura de planejamento ainda é incipiente, ficando mais centralizado na direção
	IC 23 - Os hospitais têm iniciativas de melhoria e apoio através de consultorias externas
	IC 24 - Os projetos são provisórios e sofrem alterações conforme a mudança de gestores

não ocorreu a partir de procedimentos programados ou acompanhadas por grupos ou pessoas que possuam posição de autoridade na instituição, como no caso da mudança planejada.

Pode-se dizer ainda, de acordo com os conceitos de estratégia de Mintzberg<sup>8,9</sup>, que as unidades têm conformado seu perfil assistencial principalmente através de estratégias emergentes e sem uma tomada de decisão ou orientação anterior à constituição de seus serviços ou a mudança no interior deles, caso da estratégia deliberada. Em seus trabalhos, Motta<sup>5</sup> já aponta para esta questão quando afirma que as unidades tendem a promover mudanças o tempo todo mesmo sem terem noção da direção ou do rumo que estão tomando.

As únicas iniciativas que aparecem sendo configuradas a partir de estratégias mais deliberadas e de posição são decorrentes de consultorias externas na aplicação de métodos de planejamento. Estas tiveram como principal objetivo buscar uma nova orientação e condução no sentido de privilegiarem a alta complexidade.

Nas outras ideias centrais, embora também exista a percepção da mudança, como pelo aumento da sua complexidade, as áreas que compõem o perfil assistencial do hospital e que ampliaram sua complexidade não surgiram de uma deliberação ou de um plano, mas da consistência do comportamento ao longo do tempo na incorporação de tecnologia e de aumento da demanda, o que caracteriza a estratégia definida a partir de um padrão.

Isto fica claro quando se percebe que os discursos, tanto de ampliação como de diminuição da oferta, têm como principal desencadeador das mudanças as decisões dos profissionais médicos de iniciar uma nova atividade ou deixar a equipe de trabalho.

Considerando os três métodos de mudança propostos por Motta<sup>5</sup>, a intenção estratégica, a reação adaptativa e a aprendizagem contínua, é possível afirmar, com base na análise das mudanças tidas como necessárias pelos gestores, que o padrão de mudança intencional nos hospitais públicos federais é o de reação adaptativa, em que a formação de ideias novas é decorrente principalmente da necessidade de resolver problemas e não de um processo planejado que visa interferir no processo de evolução da organização.

Para Mintzberg e Lapel<sup>10</sup> a formação de estratégias é tratada como se referindo frequentemente à mudança. Portanto, ela diria respeito à mudança e não à continuidade.

Porém, o que se percebe nos discursos dos gestores é que nas unidades hospitalares este mo-

vimento não ocorre apenas no caso da mudança; as estratégias também são constituídas no movimento de resistência à mudança.

Esta resistência ocorreu tanto com relação a mudanças mais radicais, como a transformação em hospital universitário, como também no caso da apresentação de mudanças incrementais no nível dos serviços ou do perfil assistencial. Porém, a resistência parece se configurar principalmente para evitar estratégias impostas o que aponta para o fato de que se a conformação do perfil assistencial se dá a partir de um conjunto de mudanças que “ocorrem”, também se dá pela constituição de estratégias que permitam as unidades resistirem às mudanças propostas de fora.

Estes discursos também indicam a necessidade de aprofundar a análise da conformação de estratégias nas organizações hospitalares a partir de uma perspectiva política e da disputa de poder. A dificuldade de introdução de mudanças estruturais e oriundas de um processo intencional podem estar relacionadas à existência de diferentes núcleos de poder no interior das instituições, e da disputa de projetos que geram o movimento de resistência à mudança encontrados neste estudo.

Quanto à percepção dos gestores sobre o processo de definição do perfil, este aparece como sendo muito pouco racional e sistêmico. As unidades não incorporaram ferramentas de planejamento que apoiem estes processos e as equipes de planejamento são muito incipientes ou pouco atuantes na maioria dos hospitais.

A percepção quanto ao ambiente externo é de que existe uma desorganização do sistema e que isto interfere na possibilidade de condução da conformação do perfil assistencial de forma mais integrada, sendo que cada unidade incorpora tecnologia e busca atender as demandas da população isoladamente e sem planejamento. O que remete a um processo decisório, como apontado pelo enfoque *démarche stratégique*, ainda muito incrementalista nas organizações hospitalares, pois as decisões dos gestores são tomadas de forma pontual, devido à pressão dos diferentes atores e sem a formulação de estratégias institucionais<sup>15,17,22</sup>.

Para Lima<sup>11,23</sup>, o processo de definição dos objetivos nas organizações públicas tem uma perspectiva natural devido à sua dependência com relação ao meio. Esta dependência é verificada, por exemplo, no caso da vinculação destas instituições aos objetivos e mudanças nas instâncias de governo superior e das demais unidades localizadas no território.

Quanto à interferência na constituição do seu perfil assistencial, o que surgiu no discurso

dos gestores foram principalmente deliberações pontuais quanto à introdução de alguns serviços, mas não referência a uma política para as unidades federais que de alguma forma oriente as atividades ou as mudanças nos hospitais.

Ainda com relação à perspectiva natural, os hospitais estão condicionados a outros fatores do ambiente, que nos discursos são reconhecidos apenas pela pressão da demanda e a pressão pela incorporação de tecnologias.

Porém, considerando as características das organizações públicas e do modelo assistencial de saúde, as demais unidades do sistema também deveriam ser um dos fatores considerados na definição do perfil assistencial<sup>24</sup>.

O que se percebe na análise dos resultados é que este processo ainda hoje é realizado de forma pontual pelos hospitais e a responsabilidade de resolver os problemas não é compartilhada pelas unidades, o que gera processos fragmentados e descompassados entre os hospitais.

Para que as demandas de um determinado território sejam atendidas e critérios de racionalidade econômica, integração e complementariedade sejam considerados na organização da rede de saúde é importante que os atores com governabilidade participem<sup>16,21,24,25</sup> no processo de definição dos objetivos organizacionais, incluindo a participação dos profissionais, pois estes possuem grande influência na definição do perfil assistencial dos hospitais<sup>8,9,17</sup>.

Para Dussault<sup>26</sup>, o tipo de gestão mais adequado para estas organizações seria mais colegiado e consensual do que autoritário, que integra os usuários e envolve os profissionais na formulação dos objetivos.

No enfoque da *démarche stratégique* a condução do processo de forma participativa também aparece em oposição a uma definição normativa de diretrizes, sendo que este aponta que para haver responsabilização dos atores os projetos precisam ser decorrentes do desenvolvimento de processos comunicativos e de negociação<sup>16,24</sup>.

Quanto ao risco da possibilidade de politização da gestão através da indicação política, que se configura como uma realidade destas unidades, Dussault<sup>26</sup> sugere como forma de minimizar a instabilidade institucional que os projetos sejam debatidos e permitam uma clarificação das regras e pactuação que respeite aos objetivos definidos.

Esta é uma possibilidade que minimizaria tanto os efeitos negativos da politização dos

espaços de gestão destas unidades e da própria autoridade externa, mas também do processo de alteração dos grupos dominantes no interior dos hospitais, o que causa desgaste na formulação e credibilidade dos processos de planejamento porque os projetos não são operacionalizados ou são abandonados a cada mudança de gestor.

## Considerações finais

A definição do perfil assistencial de um hospital representa um aspecto crítico tanto do ponto de vista de sua estratégia interna de desenvolvimento quanto da sua inserção em redes de atenção à saúde numa perspectiva integrada.

Considerando a configuração do sistema de saúde do Rio de Janeiro, em que todas as esferas de governo gerenciam unidades prestadoras de serviço e onde os hospitais federais passaram por diferentes esferas de gestão, a constituição de uma instância gestora central e que agregue as unidades pode trazer benefícios ao sistema local.

Porém, a autoridade central não pode apenas focar em mudanças que surgem a partir da necessidade de resolver problemas e buscar viabilizá-las a partir da confrontação com as unidades hospitalares, porque a tendência será a de geração de resistência a estas mudanças.

Neste caso, algumas mudanças impositivas poderiam até trazer mudanças incrementais ou até mais radicais na configuração dos sistemas internos, revertendo a duplicidade da oferta pontualmente, mas a lógica de conformação do perfil assistencial e de condução da mudança não planejada e não sistêmica continuaria prevalecendo.

Nas organizações hospitalares, entendidas como organizações profissionais, já é reconhecida a importância do papel dos atores internos<sup>27</sup>, seja na definição como na implementação da missão institucional, e isso exige necessariamente a construção de estratégias compartilhadas comunicativamente, a elaboração de planos coletivos e processos de negociação permanentes.

Os discursos referentes à resistência à mudança também demonstram que a dimensão do poder<sup>21</sup> no interior das instituições hospitalares precisa ser aprofundada em estudos futuros, ampliando ainda mais o olhar sobre o processo de constituição de estratégias e de conformação do perfil assistencial nas organizações hospitalares.

## Colaboradores

L Binsfeld trabalhou na análise dos dados, concepção e redação do artigo; FJU Rivera e E Artmann na redação e análise crítica.

## Referências

1. Barbosa PR. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. In: Feury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 143-162.
2. Malik AM, Novaes HDM. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. Editorial. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):822.
3. Cecílio LCO. Uma sistematização de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p 161-169.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Reforma do Sistema de Atenção hospitalar brasileira*. Brasília: MS; 2004.
5. Motta PR. *Transformação organizacional – a teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Qualitmark; 2004.
6. Senge P. *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Best Seller; 1990.
7. Rivera FJU. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):209-219.
8. Mintzberg H. Planejamento e estratégia. In: Mintzberg H. *Ascensão e queda do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman; 2004. p. 21-43.
9. Mintzberg H. Cinco Ps para estratégia. In: Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S, organizadores. *O processo da estratégia*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2006. p. 23-29.
10. Mintzberg H, Lampel J. Transformando organizações. In: Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S, organizadores. *O processo da estratégia*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2006. p. 151-159.
11. Lima SML. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. *Rev Administração Pública* 1994;12(4):38-64.
12. Lima SML. *Possibilidades e limites da contratualização para o aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
13. Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2507-2521.
14. Cremadez M, Grateau F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Inter Éditions; 1992.
15. Rivera FJU. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad Saude Publica* 1997; 13(1):73-80.
16. Artmann E. Enfoque *démarche stratégique* na gestão hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento – Epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 227-323.
17. Rivera FJU, Artmann E. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseada nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):479-499.
18. Minayo MC. *O desafio do pensamento*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
19. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. *O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul; Educs; 2000.

20. Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. *Pesquisa qualitativa levada a sério*. [on line]. São Paulo. 2003. [acessado 2009 mar 20]. Disponível em: [http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso\\_o\\_que\\_e.htm](http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm)
21. Rivera FJU, Artmann E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos história e propostas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. Coleção: temas em saúde.
22. Rivera FJU. O enfoque de integração estratégica de Crémadez e Grateau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos. *Rev Administração Pública* 1998; 32(6):179-208.
23. Lima SML. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações públicas de saúde. *Rev Administração Pública* 1996; 30(5):101-138.
24. Artmann E. *Démarche Stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2002.
25. Artmann E, Andrade MAC, Rivera FJU. Desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um Instituto de Pesquisa em Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):191-202.
26. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev Administração Pública* 1992; 26(2):8-19.
27. Artmann E, Azevedo CS, Sá MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cad Saude Publica* 1997; 13(4):723-740.

---

Artigo apresentado em 14/07/2015

Aprovado em 05/10/2015

Versão final apresentada em 07/10/2015