

A IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE MUDANÇA DA GESTÃO DA CLÍNICA NOS HOSPITAIS DO SUS

RELATÓRIO DE PESQUISA



Ministério da
Saúde

Governo
Federal



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

FUNDAÇÃO DOM CABRAL

FDC
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

A IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS DE MUDANÇA DA GESTÃO DA CLÍNICA NOS HOSPITAIS DO SUS

RELATÓRIO DE PESQUISA

AUTORES:

Romeu Gomes
Valéria Vernaschi Lima
Roberto de Queiroz Padilha
Silvio Fernandes da Silva
Marilda Siriani de Oliveira
José Maurício de Oliveira
Luciana Faluba Damázio
Everton Soeiro
Gilson Caleman
Helena Lemos Petta
Sérgio Beltrão Lima
José Márcio da C. Pacheco Junior
Iaponira Chaves Emery
Agnaldo Costa Junior
Débora Beltrammi



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA**



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

FUNDAÇÃO DOM CABRAL

FDC
DESENVOLVIMENTO DE EXECUTIVOS E EMPRESAS

Ficha Catalográfica
Biblioteca Dr. Fadlo Haidar
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

© Reprodução autorizada pelo autor somente para uso privado de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a autoria.

I31

A implantação de projetos de mudança da gestão da clínica nos hospitais do SUS: relatório da pesquisa / Romeu Gomes [...]. -- São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2015.

32p. (Projeto de Apoio ao SUS)

ISBN 978-85-66757-51-4

Vários autores: Romeu Gomes; Valéria Vernaschi Lima; Roberto de Queiroz Padilha; Silvio Fernandes da Silva; Marilda Siriani de Oliveira; José Maurício de Oliveira; Luciana Faluba Damázio; Everton Soeiro; Gilson Caleman; Helena Lemos Petta; Sérgio Beltrão Lima; José Márcio da C. Pacheco Junior; Iaponira Chaves Emery; Agnaldo Costa Junior; Débora Beltrammi.

1. Avaliação. 2. Currículo-mudança. 3. Gestão da clínica. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Hospital. 6. Pesquisa qualitativa. I.Título.

NLM: WA 525

Resumo

O presente relatório refere-se à pesquisa “A Implantação de Projetos de Mudança da Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS”, cujo **objetivo geral** foi avaliar a implantação de projetos de mudança da gestão da clínica em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Seus **objetivos específicos** foram: (a) Analisar os sentidos atribuídos à implantação de projetos de mudança da gestão da clínica em hospitais do SUS por parte da equipe de profissionais envolvidos nessa implantação; (b) Caracterizar as ações iniciais de implantação, em termos de objetivos propostos e estratégias utilizadas para tais propósitos; (c) Avaliar a coerência entre o projeto e as ações iniciais desenvolvidas e (d) Elaborar indicadores de avaliação das ações iniciais de implantação de propostas de mudança da gestão da clínica em hospitais do SUS.

Os **marcos teórico-conceituais** foram: avaliação de implantação; gestão da clínica e habitus. O **desenho metodológico** baseou-se na perspectiva de avaliação qualitativa desenvolvida a partir de estudos de casos. Foram etapas da pesquisa: (1) análise dos 34 projetos de aplicação gerados no Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS; (2) seleção de cinco casos de hospitais a serem avaliados; (3) realização de trabalho de campo nos hospitais selecionados; (4) síntese da avaliação dos casos e (5) elaboração de um quadro de indicadores para avaliar ações iniciais de implantação de propostas de mudança na gestão da clínica em hospitais do SUS.

No que se refere a **resultados da pesquisa**, em geral, os profissionais de saúde consideram que os projetos foram implantados, ainda que em alguns casos as ações encontravam-se em fase inicial. Avaliaram que a implantação – embora tivesse alguns limites – apresentava resultados positivos. No entanto, essa avaliação não se configurou a partir de indicadores, nem se traduziu em resultados quantitativos.

Como **produto da pesquisa** destaca-se a formulação de dois quadros de indicadores: um para avaliar a elaboração do projeto e outro para avaliar a implantação de ações iniciais desses projetos. Em termos de **conclusão**, destaca-se que, apesar de os projetos aplicativos terem potencialidade para impulsionar movimentos de mudança nos hospitais estudados, é possível inferir que elementos contextuais e factuais têm importante potencial de influência em suas implementações. Esses elementos, tais como mudança da estrutura diretiva do hospital, protagonismo maior ou menor dos alunos do curso e autores intelectuais dos projetos, aspectos da política pública do SUS que influenciam na estrutura e nos processos de trabalho da organização hospitalar, entre outros, são fatores que podem dar maior ou menor relevância aos projetos na agenda decisória.

Lista de Quadros

Quadro 1 – Caracterização dos hospitais estudados no trabalho de campo	12
Quadro 2 – Itens do instrumento de avaliação dos PAs	16
Quadro 3 – Atividades observadas segundo hospital e objeto do projeto aplicativo	21
Quadro 4 – Características identificadas na gestão e atenção dos hospitais	22
Quadro 5 – Indicadores qualitativos para a avaliação de propostas de mudança em hospitais públicos	27

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Informações sociodemográficas referentes aos profissionais	13
Tabela 2 – Informações sociodemográficas referentes aos diretores dos hospitais	14
Tabela 3 – Frequências de ênfases dos PAs selecionados	19

Sumário

1. Introdução	6
2. Percorso metodológico da pesquisa	9
3. Caracterização dos hospitais estudados	12
4. Caracterização dos sujeitos da pesquisa	13
5. Resultados da pesquisa	15
5.1. Avaliação dos projetos aplicativos	15
5.2 . Observações sobre o campo	20
5.3. A implantação dos projetos aplicativos segundo a ótica dos sujeitos	23
5.4. Indicadores de avaliação de implantação de propostas de mudança	26
6. Considerações finais	29
Referências	30
Apêndice	32

1. Introdução

A pesquisa focalizou a avaliação da implantação dos Projetos Aplicativos (PAs) produzidos no Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse curso foi realizado no período de setembro de 2009 a agosto de 2010, por iniciativa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Fundação Dom Cabral¹.

O curso foi um projeto de abrangência nacional, do qual fizeram parte 33 hospitais do SUS, indicados pelos parceiros, distribuídos em todas as regiões do país (Apêndice 1). Foram oferecidas 330 vagas para essa especialização. Cada hospital indicou 10 participantes como especializandos do curso, preferencialmente componentes das equipes de governança das respectivas instituições, sendo sugerido que tivesse um participante das esferas da gestão da rede em que o hospital estivesse inserido, pois um dos objetivos era consolidar a inserção e a articulação dessa instituição na rede de atenção locoregional.

Os PAs foram considerados dispositivos desencadeadores da implantação ou implementação da gestão da clínica nos hospitais participantes e constituíram-se em formato de avaliação final do curso e também dos grupos participantes. A avaliação da implantação dos PAs – que indiretamente pode ser considerada como uma avaliação de resultados do curso em questão – poderá trazer uma análise de limites e possibilidades da promoção de mudanças em hospitais do SUS com foco na gestão da clínica.

6

A pesquisa em questão teve como **objetivo geral** avaliar a implantação de projetos de mudança da gestão da clínica em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus **objetivos específicos** foram: (a) Analisar os sentidos atribuídos à implantação de projetos de mudança da gestão da clínica em hospitais do SUS por parte da equipe de profissionais envolvidos nessa implantação; (b) Caracterizar as ações iniciais de implantação, em termos de objetivos propostos e estratégias utilizadas para tais propósitos; (c) Avaliar a coerência entre o projeto e as ações iniciais desenvolvidas e (d) Elaborar indicadores de avaliação das ações iniciais de implantação de propostas de mudança da gestão da clínica em hospitais do SUS.

Três **marcos teórico-conceituais** destacam-se na presente pesquisa: avaliação de implantação, gestão da clínica e *habitus*.

No que se refere especificamente à **Avaliação de Implantação**, observa-se uma vasta abrangência conceitual. Contandriopoulos e colaboradores² apontam dois tipos de análise de implantação: um voltado para a mensuração do grau de implantação de uma intervenção em diferentes contextos e outro relacionado ao questionamento acerca dos efeitos da interdependência possível entre intervenção em si e o contexto no qual essa se insere.

Outro conceito que pode ser destacado é o de Silva³, que classifica a avaliação da implantação de ações a partir de dois tipos de atributos: um caracterizado pela avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo e outro relacionado à análise das relações entre grau de implantação, contexto e efeitos das ações.

Segundo Minayo⁴:

“A avaliação da implantação é uma atividade importante para assegurar a eficiência inicial que corresponde ao ajuste entre as necessidades de recursos (humanos, materiais e de poder) e o começo das atividades de intervenção no tempo e na medida certa” (p. 6).

Neste projeto, a avaliação de implantação encontra-se delimitada em ações iniciais que possibilitam deflagrar o processo mais amplo que só pode ser avaliado a médio ou longo prazo. Nesse sentido, o foco se constitui por ações iniciais da implantação de projetos de gestão da clínica em hospitais do SUS, avaliando-se: (a) coerência entre os projetos (seus propósitos e suas estratégias previstas) e o desenvolvimento de ações iniciais de implantação; (b) apoio institucional para a implantação do projeto; (c) as opiniões e os sentidos atribuídos às ações iniciais de implantação por parte dos profissionais de saúde das equipes hospitalares.

A **Gestão da Clínica** é o outro marco teórico-conceitual da pesquisa. De maneira geral, é possível afirmar que a gestão da clínica constitui-se num modo de organização da atenção à saúde que pretende envolver os profissionais de saúde na gestão dos recursos dos serviços de saúde a que pertencem, utilizando instrumental da gestão para a construção de processos gerenciais no cuidado à saúde, buscando descentralização e autonomia com corresponsabilização. Pretende ainda contribuir para a construção de cultura de participação e comunicação com dispositivos de socialização de informação e avaliação, construção de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e princípios éticos, desenvolvimento de capacidades de liderança da equipe de gestão do serviço de saúde para coordenar e facilitar as mudanças.

Na literatura especializada contemporânea podem ser encontradas várias abordagens para a gestão da clínica. Os autores que tomam como referência o sistema de saúde inglês propõem sete pilares para a gestão da clínica: efetividade clínica, auditoria clínica, gerenciamento de risco, uso da informação, educação e treinamento, gerenciamento de pessoas e envolvimento do paciente/público⁵.

Nas publicações de experiências desenvolvidas na Catalunha, essa dimensão do cuidado, mais frequentemente denominado de Gestão Clínica, tem por objetivo central a garantia de atenção integral, coordenada e centrada no paciente. Os conceitos-chaves envolvem: qualidade e efetividade, alinhamento (objetivos comuns de todos os agentes envolvidos), descentralização progressiva, autonomia e responsabilidade dos profissionais e corresponsabilização para resultados⁶.

Relatos de experiências de gestão da clínica na Austrália exploram quatro dimensões: performance clínica e avaliação, desenvolvimento profissional, risco e segurança e valores e envolvimento do paciente/usuário⁵.

No Brasil, ainda que com perspectivas diferentes, a gestão do cuidado é objeto de interesse e investigação de vários autores. Mendes⁷ atribui à Gestão da Clínica um papel de mediar processos que envolvem grande autonomia dos profissionais em uma organização de burocracia profissional⁸ com os esforços para redução da variabilidade na atenção aos pacientes e na adoção de práticas que sejam baseadas em evidências científicas. Reconhece-se que a natureza do trabalho clínico na área da saúde representa um excelente catalisador para estimular o envolvimento dos profissionais de saúde na gestão dos recursos para um

melhor cuidado com a saúde e, nesse sentido, a combinação da clínica com a gestão torna-se estratégica, quando utilizada como disparador para a sensibilização, ampliação e articulação de novas capacidades e para uma atenção à saúde que enfrente as transformações por que passam as sociedades. Uma revisão realizada por esse autor⁶ sobre Gestão da Clínica mostrou como temas-chave: a melhoria da efetividade, eficiência e eficácia, a responsabilização dos profissionais e serviços, o estabelecimento de padrões e sistemas de qualidade e a articulação e regulação de ações e serviços de saúde.

Numa outra perspectiva, Campos⁹ afirma a relevância da participação dos profissionais e das equipes constituídas no processo de gestão da clínica. Segundo esse autor, poderíamos falar em Cogestão da Clínica. Pensar em um processo compartilhado entre paciente/usuário; gestor/organização e o clínico/equipe como forma de responder a várias questões presentes no trabalho em saúde: a singularidade de cada paciente; a subjetividade inerente ao profissional e ao paciente; as dimensões psicossociais do paciente. O contexto de uma maior autonomia e responsabilização pelas equipes pode ensejar novas formas de organizar o cuidado, de maneira a permitir que o usuário possa ocupar o lugar de sujeito. E por outro lado suas necessidades, opiniões e valores sejam efetivamente considerados e mais do que isso, que tenha voz durante o processo de cuidado.

Para os autores do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto as perspectivas da micro como as da macrogestão em saúde devem ser contempladas e dialogadas, com vistas à melhoria da qualidade do sistema. Nesse sentido, a busca por um equilíbrio entre controle e autonomia nas práticas em saúde e entre padronização e singularização do cuidado tem sido explorada nas iniciativas educacionais do IEP/HSL, com foco na gestão da clínica¹.

8

A partir dessa breve contextualização, a Gestão da Clínica apresenta-se, tanto no âmbito internacional como nacional, como um novo campo de produção de conhecimento. Esse campo, em processo de construção, mostra um relevante potencial de impacto, especialmente se associado à mudança de modelagem da organização do cuidado à saúde, voltada, especialmente, para a integralidade do cuidado.

Embora as tecnologias de gestão da clínica estejam em processo de construção, algumas já apresentam referencial conceitual definido e aplicabilidade testada. Os autores brasileiros que trabalham com ênfase na gestão compartilhada e no conceito de clínica ampliada propõem alguns novos formatos de organização e dispositivos/ferramentas de gestão: visita multiprofissional; definição de equipe de referência para um conjunto determinado de pacientes; elaboração de projeto terapêutico singular para os casos mais complexos; adoção de formas interativas de suporte especializado (equipes matriciais); organização das unidades de cuidado com enfoque multidisciplinar ao invés das especialidades médicas, entre outros pontos^{9,10}.

A experiência internacional destaca outras ferramentas, como: (I) diretrizes clínicas; (II) gestão da condição de saúde; (III) gestão de casos; (IV) gestão de filas e agendas dos serviços; (V) auditoria clínica e (VI) revisão pelo usuário^{5,11}.

No que se refere à perspectiva teórico-interpretativa, a avaliação terá como referência o conceito de *Habitus* do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002). Esse conceito possibilita explicar as relações de afinidades entre as práticas dos agentes das ações e as estruturas objetivas. Em outras palavras, permite saber como e em que limites ocorrem ajustes entre as estruturas objetivas e as estruturas interiorizadas, que são incorporadas pelos sujeitos sob a forma de senso prático para que esses possam se orientar no campo da existência social¹².

A partir de publicações de Bourdieu¹³⁻¹⁶, pode-se dizer que o *habitus* se refere a um conhecimento adquirido, um haver, um capital, indicando uma disposição incorporada. Corresponde a matrizes sociais e historicamente construídas cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo, permitindo-lhe pensar, ver e agir nas mais variadas situações. É um princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente ‘regulamentadas’ e ‘reguladas’ sem que por isso seja o produto de obediência de regras. Diferentemente da palavra hábito, que se associa a algo cristalizado, a expressão *habitus* envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva. Dentro desse raciocínio, o sujeito receberia e reinventaria a “herança” para a formação do *habitus*.

Esse conceito pode ser compreendido como uma gramática geradora de práticas que, de um lado, faz com que os sujeitos reproduzam regularidades de comportamentos e, de outro, sejam capazes de improvisar. Em outras palavras, os sujeitos, por meio do *habitus*, não só reproduzem como também produzem ações. Assim, não obedecemos cegamente às regras, mas somos capazes de lidar com as situações imprevisíveis, criando novas modalidades práticas. Articulando as dimensões objetiva (estrutura) e subjetiva (percepção, classificação, avaliação), ele não só interioriza o exterior como exterioriza o interior. Assim, o *habitus*, ao mesmo tempo, é estruturado a partir de condições determinadas, anteriores a ele, e estrutura novas condições para que se possa lidar com situações percebidas como desajustadoras¹².

O *habitus* – entendido neste estudo como um marco teórico-analítico – poderá trazer uma referência importante para compreender como os projetos de gestão da clínica hospitalar são representados pelos agentes envolvidos no estudo e problematizar as ações voltadas para esses projetos, identificando tanto as reproduções de um imaginário social acerca da gestão da clínica quanto as possibilidades de mudanças nesse imaginário.

2. Percurso metodológico da pesquisa

A pesquisa teve como princípio a perspectiva de avaliação qualitativa, aqui entendida como:

*“aquela que busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional. A razão principal deste tipo de avaliação se fundamenta na certeza de que os valores, as injunções políticas e as relações humanas influenciam na realização dos projetos e programas. Portanto, saber como ocorre a dinâmica antropológica subjacente às propostas de ação públicas ou institucionais é fundamental para se conhecer os motivos mais profundos que promovem ou emperram os processos e os resultados de uma ação social”*⁴ (p. 7).

Outro princípio que norteou a avaliação foi o de estudo de caso. Em ciências sociais, esse estudo tem duplo papel: (a) compreensão abrangente do grupo ou da organização de estudo e (b) desenvolvimento de declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais¹⁷. Para Bourdieu¹⁴, o caso deve ser interrogado sistematicamente para dele se extrair propriedades gerais ou invariantes (método comparativo: homologias estruturais entre campos ou entre estados diferentes do mesmo campo).

Segundo Denis e Champagne¹⁸,

“O estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidade de análise. A observação feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apoia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das avaliações destas relações no tempo. A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade de análise do caso e não do número de unidades” (p. 71).

Para que fosse aprofundada a análise das ações iniciais de implantação de projetos de gestão da clínica em hospitais do SUS, foram estudados cinco casos, sendo selecionado um hospital por região.

Inicialmente, a busca pelos 34 Projetos de Aplicação gerados como trabalhos de conclusão do “Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS” resultou na identificação de 24 arquivos eletrônicos contendo a versão final do projeto elaborado pelos especializandos e aprovado pelas bancas. A disponibilidade desses arquivos em meio digital foi considerada situação ótima por viabilizar o compartilhamento dos projetos com os pesquisadores para as análises que serão descritas a seguir.

Uma tarefa que o grupo de pesquisa precisou concluir tratou da classificação dos trabalhos para embasar a escolha dos campos para a fase presencial do estudo. Para tanto, o coordenador sugeriu a adoção de um formulário que permitiu a elaboração de uma síntese descritiva sobre cada projeto (com foco na extensão da intervenção e na composição e governabilidade da equipe diante da proposta), bem como elencou critérios de avaliação acerca da coerência entre a proposta de trabalho e o Curso, além de abordar quantitativamente o atendimento a aspectos de metodologia de pesquisa, como: realização de análise de contexto, clareza na proposta apresentada, coerência entre os objetivos propostos, definição de plano de ação (tarefas, equipe e cronograma apresentados), análise de viabilidade e previsão de mecanismos de monitoramento e avaliação das propostas.

Esse formulário foi extensamente discutido, até ser considerado viável para a realização da calibração de todos os pesquisadores. Assim, cada um deles analisou individualmente dois projetos (como ‘pilotos’), tendo posteriormente a oportunidade de discutir quais os resultados apurados dessas análises, além dos critérios que embasaram cada quesito.

Tendo sido alcançado consenso para o uso da ferramenta, cada trabalho disponível foi avaliado por dois pesquisadores que trabalharam individualmente em suas análises. Cada avaliação teve como resultado uma síntese do projeto e uma nota que variou entre 0,0 e 10,0 – admitida a possibilidade de notas com intermediário de cinco décimos. A média das notas apresentadas pelas duplas foi considerada como critério de classificação dos projetos, permitindo ao grupo de pesquisa identificar que:

- (1) Os hospitais da Região Sudeste apresentaram ao total 11 Projetos de Aplicação, com notas variando de 8,5 a 3,5;
- (2) Foram propostos seis Projetos de Aplicação para a Região Nordeste, com notas variando entre 8,5 e 4,5;
- (3) Na Região Sul os Projetos Aplicativos foram quatro ao total, com notas entre 7,5 e 3,5;
- (4) Dois Projetos de Aplicação apresentavam intervenções para hospitais da Região Centro Oeste, com notas 7,0 e 5,0;
- (5) Na Região Norte apenas um PA poderia compor amostra de estudo, com nota igual a 6,0.

Assim foram identificados trabalhos elegíveis nas cinco regiões do Brasil, motivando o grupo de pesquisa a buscar autorização junto ao Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa para expandir o total de estudos *in loco*, de forma a viabilizar a análise de campo em todas as regiões. Nesse contexto expandido, o grupo passou a contatar – em ordem de classificação – os responsáveis pelos trabalhos para sondagem sobre o desfecho que cada projeto teve e, ainda, averiguar o interesse dos gestores (responsáveis pelos serviços) em receber uma equipe de pesquisadores para observação *in loco* e realização de entrevistas e coleta de narrativas sobre os resultados das intervenções originalmente propostas em cada trabalho.

Todos os primeiros classificados foram contatados. Apenas em duas regiões a pesquisa de campo realizou-se nos hospitais que haviam apresentado projetos com as maiores notas. Situações descritas como “mudanças de gestão” e “falta de apoio institucional” ou “falta de recursos” foram apresentadas como justificativas dos representantes para que o cenário fosse preterido. Ainda assim, as visitas abrangeram as cinco regiões, na medida em que outros hospitais – que estavam classificados em sequência – foram convidados a participar do processo e aderiram formalmente à pesquisa.

Em campo, foram realizadas observações que seguiram este seguinte roteiro: (A) Identificação do hospital (município, estado, endereço, telefone e direção); (B) Caracterização da equipe de gestão da clínica do hospital; (C) Caracterização das ações, das rotinas e dos fluxos da gestão da clínica do hospital e (D) Descrição de duas atividades de gestão da clínica observadas. O projeto de aplicação também serviu de referência para o foco da observação.

Além das observações, foram realizadas entrevistas com profissionais que participavam do projeto aplicativo, a partir do seguinte roteiro: (1) Conhecimento e opinião sobre o projeto; (2) Tipo de participação que o entrevistado tinha no projeto; (3) Limites e possibilidades percebidas no início da implantação do projeto; (4) Avaliação das ações que já foram implantadas em termos de resultados iniciais ou parciais; (5) Critérios utilizados para a avaliação; (6) Recomendações para futuras ações de mudanças a serem planejadas e (7) Outras informações caso o entrevistado quisesse fornecer.

Por último, em termos de coleta de dados, foram produzidas narrativas com os diretores dos hospitais. No caso de o atual diretor não ter participado do início da implantação do projeto de aplicação, foram entrevistados, na medida do possível, outros diretores que tiveram essa participação. A narrativa teve como disparador a consigna: “como foi, sob sua ótica, a experiência desenvolvida aqui pelo grupo de especializandos que esteve no curso realizado no Hospital Sírio-Libanês?”.

As narrativas produzidas serão analisadas em dois trabalhos de conclusão do Mestrado em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês.

Ao todo foram coletadas nove narrativas e realizadas 16 entrevistas. Mediante autorização dos indivíduos participantes foram realizadas gravações que depois de transcritas foram validadas pelos pesquisadores e submetidas às análises propostas.

As entrevistas foram analisadas a partir do Método de Interpretação de Sentidos¹⁹. Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições. Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, com vistas à impregnação, à visão de conjunto e à apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

A avaliação final dos cinco casos ocorreu pela triangulação das diferentes técnicas de coleta de informações. Além dessas informações foi levada em conta a análise do acervo dos projetos (primeira etapa).

Considera-se que as análises das atividades realizadas permitiram avaliar as intervenções propostas e expandir o entendimento sobre os resultados, limites e possibilidades de mudanças nesses serviços, além de apontar diretrizes para o estabelecimento de um quadro de indicadores capaz de avaliar os impactos das ações iniciais de implantação de propostas de mudança na gestão da clínica em hospitais do SUS.

3. Caracterização dos hospitais estudados

O campo da pesquisa realizou-se em cinco hospitais gerais que atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde. São em sua totalidade de grande porte (mais de 150 leitos) e se constituem em referências assistenciais importantes para regiões de saúde onde se inserem (Quadro 1). Em certos casos essa referência tem abrangência estadual. Isso é explicado pelo fato de todos apresentarem mais de uma habilitação em alta complexidade pelo Ministério da Saúde.

QUADRO 1

Caracterização dos hospitais estudados no trabalho de campo.

<i>Hospital/localização</i>	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Norte
<i>Natureza Jurídica</i>	Pública Estadual	Pública Municipal	Pública Estadual	Pública Estadual	Pública Estadual
<i>Gestão</i>	Administração Indireta	Administração Indireta	Administração Direta	Administração Indireta - Fundação	Administração Direta
<i>Número de leitos</i>	478	384	257	320	312
<i>Leitos de UTI</i>	75	121	21	82	41
<i>Serviço de urgência/emergência</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Ambulatório</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<i>Habilitações Referência</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

É também comum entre eles a presença de Leitos de Terapia Intensiva e de ambulatório de especialidades. Apesar disso, todas as unidades apresentam como principal porta de entrada de pacientes o setor de urgência e emergência, o que pode explicar por que a maior parte dos projetos aplicativos voltados à gestão da clínica tenham sido aplicados no sentido da reorganização desse importante setor de atendimento.

Apesar de se constituírem em hospitais públicos, há representantes da esfera da gestão estadual e municipal. A gestão federal não está representada nesse conjunto. Ainda no que se refere à gestão, não há uniformidade quanto à figura jurídica que os qualifica. Há desde serviços que se caracterizam como da administração direta até aqueles da administração indireta por meio de organizações sociais ou fundações de direito público.

Como peculiaridades, observa-se uma diversidade nas linhas de cuidados consideradas prioritárias de atendimento. Há hospitais cuja concentração se volta para a atenção ao trauma, alguns com presença marcante da linha de cuidado em oncologia, outros com ênfase em cardiologia intervencionista e outros ainda com forte traço da ginecologia/obstetrícia. Este último aspecto é confirmado pela diversidade das tipologias de habilitação das unidades, que variavam conforme as linhas de cuidado prioritárias destes.

4. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entre os 16 **profissionais de saúde** entrevistados, 50% têm mais de 41 anos de idade. São predominantemente do sexo feminino, 87,5%. Quanto à cor da pele, levando em conta a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 50% se declararam pardos, 44% brancos e apenas um entrevistado (6%) declarou-se amarelo (Tabela 1).

TABELA 1

Informações sociodemográficas referentes aos profissionais.

<i>Informações</i>	<i>Nº</i>	<i>Informações</i>	<i>Nº</i>
<i>Faixa Etária</i>		<i>Pós-Graduação</i>	
25 – 30	2	Especialização	9
31 – 35	3	Especialização/Residência	3
36 – 40	3	Mestrado	1
41 – 45	1	Residência	2
46 – 50	5	Nenhuma	1
51 – 55	2	<i>Situação Empregatícia</i>	
<i>Sexo</i>		Celetista	5
Masculino	2	Estatutário	11
Feminino	14	<i>Carga Horária Semanal</i>	
<i>Cor Autorreferida (IBGE)</i>		12	1
Amarela	1	30	5
Branca	7	36	1
Parda	8	40	8
<i>Graduação</i>		60	1
Administração	2	<i>Setor de Atuação</i>	
Enfermagem	6	Assistência	4
Medicina	6	Gestão	12
Psicologia	1		
Serviço Social	1		

Entre os entrevistados, todos de nível superior, houve uma predominância de médicos e enfermeiros, 38% para cada uma dessas duas profissões. Mais de 80% do grupo possui pós-graduação lato sensu. Em termos de jornada de trabalho, a carga horária mais frequentemente observada foi 40 horas semanais, independentemente do vínculo informado.

Em relação aos **diretores dos hospitais**, foram realizadas nove narrativas. Como explicitado anteriormente, foi definido que a abordagem com o gestor do hospital seria uma narrativa. Se este não fosse o gestor da época da implantação do projeto, ele seria procurado a fim de que também fizesse sua narrativa. Nesse caso, poderíamos ter mais que uma narrativa para cada hospital. Nesse contexto, foram obtidas nove narrativas, sendo duas em Aracaju, uma em Belo Horizonte, duas em Campo Grande, uma em Palmas e três em Joinville.

No campo de Belo Horizonte, apesar de a gestora atual não ser a mesma da época, não foi possível localizá-la, devido à troca de grande parte da gestão do hospital por motivações políticas, tornando assim esse acesso muito restrito.

A idade média dos diretores foi 50 anos. Destes, cinco (56%) eram do sexo masculino e quatro (44%), do sexo feminino. Sete (78%) dos nove entrevistados declararam ser de cor branca e dois (22%) declararam ser de cor parda (Tabela 2).

Com relação à formação profissional, todos possuem pós-graduação. Dos nove entrevistados, sete (78%) são médicos, um (11%) é administrador e o outro é aposentado, que cursou Serviço Social (11%). Todos os médicos possuem residência, um tem título de mestrado e o outro de doutorado. Dois dos profissionais médicos declararam ainda que possuem especialização. O entrevistado que é administrador tem especialização em Gestão da Clínica, e a entrevistada que é assistente social também declarou ter especialização (Tabela 2).

TABELA 2

Informações sociodemográficas referentes aos diretores dos hospitais.

<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Nº</i>	<i>Características Sociodemográficas</i>	<i>Nº</i>
<i>Faixa Etária</i>		<i>Graduação</i>	
36 – 40	2	Administração	1
41 – 45	1	Medicina	7
46 – 50	2	Serviço Social	1
51 – 55	2	<i>Pós-Graduação</i>	
56 – 60	1	Especialização	2
61 – 65	1	Especialização/Residência	2
<i>Sexo</i>		Mestrado/Residência	1
Masculino	5	Residência	3
Feminino	4	Doutorado	1
<i>Cor Autorreferida (IBGE)</i>		<i>Situação Empregatória</i>	
Branca	7	Celetista	1
Parda	2	Estatutário	5
		Sem informação	3
		<i>Carga Horária Semanal</i>	
		36	5
		40	4

Na análise realizada sobre o vínculo empregatício, é importante ressaltar que os três entrevistados do Sul (33%) não informaram o vínculo. Cinco entrevistados são estatutários (56%) e um celetista (11%). A carga horária média de trabalho desses gestores girou em torno de 38 horas semanais.

5. Resultados da pesquisa

5.1. A AVALIAÇÃO DOS PROJETOS APLICATIVOS

Os 33 hospitais assumiram o compromisso de cada um elaborar, no mínimo, um projeto aplicativo durante o curso, e um deles elaborou dois PAs. Para apoiar a elaboração dos projetos aplicativos foram utilizadas ferramentas do planejamento estratégico, que incluíram o levantamento e a priorização de problemas, a construção de diagnósticos e a elaboração de planos, com a definição de metas, implementação e avaliação das ações. Os projetos deveriam envolver os atores do contexto real dos hospitais, visando mudanças na gestão da clínica para melhoria do cuidado em saúde nas instituições participantes do curso¹.

Os critérios utilizados pelo curso para avaliação dos PAs foram o caráter coletivo da elaboração, clareza na redação, pertinência, considerando o potencial de melhoria de gestão da clínica, fundamentação teórica com base na literatura específica sobre o tema escolhido, encadeamento lógico entre as diferentes partes, abrangência de setores do hospital e da rede onde o hospital estava inserido, análises de contexto, viabilidade, monitoramento e avaliação¹.

Por ser a gestão da clínica uma temática recentemente introduzida no repertório dos profissionais de saúde e com inserção muito incipiente nos currículos da área da saúde, a hipótese dessa investigação atribui à vivência dos participantes no curso de especialização potenciais transformações de práticas profissionais e institucionais, a serem verificadas pela análise dos PAs construídos.

Inicialmente foi realizada uma busca dos PAs entregues à Secretaria Acadêmica do IEP/HSL e, dos 34 trabalhos, foram avaliados 24, que estavam disponíveis em meio eletrônico.

Para o trabalho de campo, construiu-se um critério de seleção dos hospitais que foram visitados pelos pesquisadores, buscando representatividade das cinco regiões do país.

Para isso, elaborou-se um instrumento (Quadro 2) que foi aplicado aos 24 PAs. Na parte I do instrumento caracterizam-se os projetos quanto à sua abrangência, objetivos e ações propostas e, na parte II, foram avaliados 10 aspectos, com destaque para a coerência com o contexto, a clareza dos propósitos e objetivos, a coerência entre os objetivos específicos com o geral e destes com as estratégias e a previsão orçamentária, além de outros relacionados à viabilidade e ao monitoramento das ações propostas. O instrumento estabeleceu uma pontuação prevendo respostas de “sim”, “não”, ou “em parte” para os 10 aspectos avaliados e uma nota final. As pontuações “sim”, “não” e “em parte” equivaliam a 1, 0,5 e 0, respectivamente, e a somatória compunha a nota final, que podia variar de 0 a 10.

QUADRO 2

Itens do instrumento de avaliação dos PAs.

<i>Parte 1 – Caracterização do PA</i>
Título
Local
Hospital
Abrangência do PA (setor ou serviço)
Objetivo Geral
Objetivos Específicos
Componentes do grupo (cargos para análise de governança)
<i>Parte 2 – Avaliação do PA</i>
1 – O PA reflete análise de contexto?
2 – A proposta de aplicação se encontra claramente definida?
3 – Os objetivos encontram-se claramente definidos?
4 – Os objetivos específicos estão coerentes com o objetivo geral?
5 – As estratégias estão coerentes com os objetivos?
6 – Há previsão de equipe com definição de tarefas?
7 – Há previsão de cronograma e orçamento?
8 – Há previsão de mecanismos de monitoramento e avaliação?
9 – O projeto é viável?
10 – Há coerência entre o PA e os princípios do curso?

Fonte: elaborado pelos autores

Esse instrumento foi submetido à validação por meio da sua aplicação em uma amostra de dois hospitais escolhidos aleatoriamente, que foram avaliados por 13 avaliadores ao mesmo tempo. Ao final os resultados foram comparados, e o instrumento foi ajustado visando uma melhor clareza.

A análise das fichas foi realizada em duas etapas. A primeira delas refere-se à parte 1 do instrumento de pesquisa (Quadro 2). Nessa análise, em termos de abrangência dos PAs foram utilizadas as 24 fichas construídas pelos pesquisadores, verificando-se o item “Abrangência do PA (setor ou serviço)” e ainda os objetivos gerais e específicos, bem como as principais ações elencadas. As fichas foram analisadas por dois pesquisadores e comparadas. Os PAs foram classificados e foi realizada uma análise da frequência. Cada PA só poderia receber uma classificação, conforme itens listados a seguir:

- um setor do hospital;
- mais que um setor do hospital;
- hospital como um todo (sem articulação com Rede de Atenção à Saúde);
- articulação com Rede de Atenção à Saúde.

Ainda nessa parte, para a análise das ênfases presentes nos PAs selecionados, utilizaram-se também as fichas de caracterização dos projetos produzidas na etapa anterior do trabalho. Todas as 24 fichas foram incluídas.

Os principais passos foram a escolha prévia de algumas ênfases advindas da experiência dos pesquisadores com esse tipo de curso e de projetos aplicativos e a construção de uma planilha para registrar a leitura das fichas. Nela há espaço para anotação da ênfase e do texto literal. Combinou-se, também, ser possível, durante a leitura do material, a inclusão de novas ideias.

As fichas foram divididas entre três analistas que fizeram a leitura e classificação do material. As produções circularam entre eles de tal forma a poderem validar as classificações realizadas. Estabeleceu-se também que seriam classificadas uma ou mais ênfases existentes no texto.

As ênfases escolhidas previamente foram:

- foco na integração sistêmica de áreas dentro do hospital
- foco na construção/constituição de equipe
- foco na construção do cuidado em Rede de atenção (incluindo serviços de fora do hospital)
- foco na qualificação técnica do cuidado
- governabilidade

Em relação à parte 2 do instrumento de pesquisa (Quadro 2), os pesquisadores foram organizados em duplas. E os trabalhos divididos entre essas duplas, de modo que cada uma recebeu, por sorteio, três ou quatro PAs para serem avaliados individualmente, de forma “cega”, a fim de que os resultados não fossem conhecidos pelos avaliadores da mesma dupla. Cada pesquisador enviou a sua avaliação para o coordenador da pesquisa, que compilou os dados apresentados ao grupo em reunião. Dessa forma, cada um dos PAs recebeu pelo menos duas avaliações, que foram sintetizadas em notas que variaram de 0 a 10. A nota final das avaliações dos PAs constituiu-se na média aritmética das notas dos avaliadores. De posse dos resultados das avaliações, os hospitais foram ranqueados por região geográfica e de acordo com a nota recebida em ordem decrescente.

Com relação à abrangência dos PAs observou-se que 15 abrangiam apenas um setor do Hospital. Um PA envolveu mais de um setor e oito PAs todo o hospital.

Dos que envolveram apenas um setor do hospital (15 PAs), destacaram-se: seis abordando o Setor de Emergência como objeto de intervenção e três focalizando o Centro Cirúrgico. O restante envolveu: Unidade de Clínica Médica (2), Centro de Atenção à Mulher (1), Serviço de Ginecologia (1), Pronto Atendimento (1) e Clínica Cirúrgica (1).

O único PA com abrangência em mais que um setor do Hospital, e que não o envolvia como um todo, tinha como objeto de intervenção o setor de emergência e o laboratório de análises clínicas.

Com relação à articulação com a Rede de Atenção à Saúde em que o Hospital está inserido, verificou-se que 10 PAs contemplaram pelo menos uma ação em seus projetos de intervenção, que considerava a inserção do hospital enquanto um ponto de atenção da Rede Assistencial.

Dos que envolveram a Rede de Atenção foram identificadas as seguintes ações propostas:

- articulação/sensibilização dos gestores e/ou usuários (4 PAs);
- inserção de vagas ambulatoriais na Central de Regulação e articulação com a Atenção Básica para encaminhamento de pacientes com maior complexidade (1 PA);
- comunicação efetiva entre a Atenção Básica e o Centro de Especialidades para construção conjunta de projetos terapêuticos de usuários em situações mais graves (1 PA);
- criação de equipes de matriciamento integradas à Rede de Atenção e criação de espaços para consolidar a gestão da clínica com a Atenção Básica (1 PA);
- articulação com Distritos Sanitários para efetivar a integralidade do cuidado (1 PA);
- articulação do hospital com a Rede Assistencial através do Gerenciamento de Leitos (1 PA);
- pactuação com os gestores acerca da implantação da Classificação de Risco no Serviço de Pronto Atendimento (1 PA).

Ao analisar os dados, observou-se que a maioria dos PAs focalizou seus objetivos de mudança em apenas um setor do Hospital e elegeu o Setor de Emergência como foco principal da intervenção. Uma das explicações possíveis é a de que as emergências são historicamente um setor hospitalar com grandes dificuldades de organização, na maioria das vezes desarticulado dos outros setores hospitalares, com pouca responsabilização das equipes e com dificuldades na definição de prioridades para o atendimento²⁰.

Com relação à articulação com a Rede de Atenção à Saúde, a maioria dos PAs não contemplou nos planos de intervenção ações dessa abrangência. Isso aponta que, assim como na prática, de fato existe uma dificuldade de inserção da maioria dos hospitais nos sistemas de saúde locais²⁰.

Dos que propuseram articulação com a Rede de Atenção, destacaram-se que alguns PAs citam a articulação/sensibilização dos gestores e/ou usuários, sem explicitar de forma clara as estratégias para que essa articulação ocorra.

A articulação com a Atenção Básica apareceu como fator importante, seja na definição de fluxos assistenciais para os pacientes mais complexos, o estabelecimento de uma comunicação mais efetiva, construção conjunta de projetos terapêuticos ou ainda para organização do dispositivo do matriciamento.

A Central de Regulação também aparece com destaque, tanto para regular as vagas ambulatoriais hospitalares quanto para gerenciar leitos. Um PA refere-se à articulação com os Distritos Sanitários como elemento importante para construção da integralidade do cuidado.

Em termos de ênfases observadas nos PAs, foi realizado o levantamento das suas frequências (Tabela 3).

TABELA 3

Frequências de ênfases dos PAs selecionados.

Ênfase	Nº	%
Qualificação técnica do cuidado	19	37
Construção/constituição de equipe	11	21
Integração sistêmica de áreas dentro do hospital	9	18
Construção do cuidado em Rede de atenção	6	12
Governabilidade	6	12
Total	51	100

Fonte: Planilha de Ênfases dos PAs selecionados.

A partir das ênfases, identificou-se que o mote principal dos PAs foi a **qualificação técnica do cuidado**. Vários foram os âmbitos abordados, mas o foco mais presente ficou nos processos de qualificação das emergências hospitalares: implantação de Acolhimento e Classificação de Risco (ACR), qualificação do eixo azul, superlotação, humanização na área de emergência. Outro foco é a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

A ênfase da **construção/constituição de equipe** foi incluída em 20% dos projetos como elemento constitutivo das ações propostas, mas só em dois ela era o elemento central.

A terceira em frequência foi a produção de **integração sistêmica interna ao hospital** (sem menção de outros serviços não hospitalares). A emergência continua como foco principal, mas agora com reconhecimento de interfaces com centro cirúrgico e com o laboratório de análises clínicas.

A **construção do cuidado em Rede de Atenção** (com inclusão e articulação de outros serviços/áreas não hospitalares) apareceu em 10% dos projetos. Esses projetos envolvem algum aspecto de constituição de Linhas de Cuidado.

A ênfase da **governabilidade** apareceu em 12% dos PAs. Aqui foram incluídas as menções de envolvimento de atores organizacionais e constituição de espaços coletivos de decisão.

Cabe ressaltar que, na maioria dos PAs, assim como na análise de abrangência, não houve inclusão de integração com a Rede de atenção (pelo menos que tivesse sido explicitado), mesmo quando deveria ser imperativo (por exemplo: abordagem sobre a lotação das emergências).

Para selecionar os hospitais a serem visitados pelo grupo da pesquisa no trabalho de campo, foram escolhidos os que obtiveram a maior nota de cada região, e selecionados os pesquisadores que fariam o primeiro contato com a equipe que participou do curso e posteriormente com a diretoria da instituição, com o objetivo de verificar se, na visão deles, o projeto aplicativo havia sido implantado, sendo esse um dos critérios de seleção para o trabalho de campo. Sendo a resposta positiva, seria encaminhado pela coordenação da pesquisa um documento formal solicitando sua inclusão. Sendo negativa ou não havendo concordância da direção de participação na pesquisa, seria selecionado o segundo colocado da mesma região, e assim sucessivamente.

Em termos de seleção, foram escolhidos cinco hospitais, sendo um de cada região do país. Para que os hospitais não tivessem seus nomes revelados, adotou-se a seguinte denominação: Hospital Norte, Hospital Nordeste, Hospital Centro-Oeste, Hospital Sudeste e Hospital Sul.

5.2. OBSERVAÇÕES SOBRE O CAMPO

Do processo de trabalho

As visitas aos cinco hospitais foram realizadas no período de março a maio de 2014. Os critérios utilizados na seleção dos sujeitos da pesquisa foram o conhecimento e o envolvimento na elaboração e implantação do projeto aplicativo e a relação do cargo/função ocupada com as ações que deveriam ser desenvolvidas nele.

As entrevistas foram gravadas, tendo sido entrevistadas de duas (Sudeste) a cinco pessoas (Nordeste) por hospital. A duração de cada uma foi de 25 minutos em média, com variação de sete a 53 minutos. Observou-se uma expressiva predominância do sexo feminino entre os entrevistados (14 mulheres e dois homens). Dos 16 entrevistados, 11 ocupavam cargos de direção, gerência, coordenação ou responsabilidade técnica no hospital, e quatro tinham funções exclusivas na área assistencial, de cuidado direto do paciente. Com relação à profissão houve predominância de médico e enfermeiro – seis de cada –, seguida de administrador (dois) e psicólogo e assistente social (um de cada).

20

Na maioria dos hospitais os pesquisadores não encontraram dificuldades expressivas ou resistências, seja da instituição ou dos sujeitos de pesquisa, para realizar as entrevistas. Em um deles, no entanto, as dificuldades de compatibilização de agendas foram mais acentuadas, somadas à exigência da superintendência do hospital em estabelecer uma ordem hierárquica na sequência dos sujeitos a serem entrevistados, o que contribuiu para ampliar ainda mais as dificuldades.

Os entrevistados que conheciam o projeto ou participaram do curso, e portanto da elaboração do projeto aplicativo, foram, de imediato, mais solícitos, ao passo que aqueles que desconheciam, às vezes, mostraram-se arredios, ficando mais receptivos depois de informados dos objetivos e finalidades da pesquisa. Nas situações em que a equipe dirigente atual era de um grupo político distinto daquele que ocupava a direção no período em que o curso foi realizado, observou-se, em alguns casos, uma postura desconfiada, que era rapidamente desfeita e não prejudicou a coleta de informações. Os pesquisadores puderam se sentir à vontade para fazer as entrevistas e suas observações acerca dos objetos pesquisados.

Da observação

Para a realização da observação foi utilizado um instrumento, previamente construído e validado com a equipe de pesquisadores, que incluía a descrição de duas atividades de gestão da clínica observadas. O foco da observação foi apoiado pelo projeto de aplicação de cada hospital.

No quadro a seguir, estão descritas as atividades observadas em cada hospital, bem como os objetos dos projetos aplicativos.

QUADRO 3

Atividades observadas segundo hospital e objeto do projeto aplicativo.

<i>Hospital/Região</i>	<i>Objeto do PA</i>	<i>Atividades observadas</i>
Nordeste	Reestruturação do Eixo Azul do Pronto-Socorro (PS)	- Acolhimento com Classificação de Risco - Visita multiprofissional aos pacientes em observação no PS
Sudeste	Promoção da Cultura de Segurança do Paciente	- Visita ao pronto-socorro com foco nas ações de gestão de risco implantadas
Centro-Oeste	Valorização profissional dos cuidadores do hospital	- Visita de admissão do paciente novo ao Serviço de Atenção Domiciliar - Visita para avaliação da inclusão de paciente no Serviço de Atenção Domiciliar ¹
Sul	Avaliação da Gestão Estratégica	- Visita às Unidades de Negócio: Faturamento, UTI, Internação psiquiátrica e Centro Diagnóstico por Imagem - Visita ao setor responsável pelo monitoramento e pela avaliação, sendo observadas ações voltadas para monitorar os indicadores e refazer o mapa estratégico periodicamente com cada área do hospital.
Norte	Implantação de Acolhimento com Classificação de Risco	- Acolhimento com Classificação de Risco - Visita ao Núcleo Interno de Regulação

Fonte: Relatórios do trabalho de campo

¹ Serviço implantado a partir do projeto aplicativo

Considerando o conjunto de relatórios de observação do campo, foram analisadas duas categorias – *características do modelo de gestão do hospital e incorporação da gestão da clínica na cultura organizacional*. Nessa categoria os elementos de análise foram a identificação de serviços, ações e dispositivos que dialogam com o referencial teórico da gestão da clínica.

As características do modelo de gestão foram classificadas em tradicional e inovador. O enfoque da inovação considerou (i) a estrutura organizacional com definição de papéis visando agregar valor ao cuidado prestado; (ii) liderança dos dirigentes, estimulando as mudanças norteadas pelas necessidades dos usuários; e (iii) existência de sistemas de informação apoiando os processos decisórios.

Em relação à incorporação da gestão da clínica na cultura organizacional foi possível identificar:

- Acolhimento com classificação de risco;
- Atenção em Linhas de Cuidado;
- Colegiado gestor ampliado para a alta direção;
- Gestão de risco e segurança;
- Monitoramento e avaliação das ações;
- Núcleo Interno de Regulação;
- Organização do trabalho em saúde em equipes de referência e matricial;
- Plano de Cuidados coordenado pela equipe de referência;
- Projetos Terapêuticos Singular;
- Serviço de Atenção Domiciliar;
- Tecnologias da gestão da clínica evidenciadas na gestão e na atenção.

O quadro 4 sintetiza os resultados dessa observação.

QUADRO 4

Características identificadas na gestão e na atenção dos hospitais.

<i>Hospital/Região</i>	<i>Nordeste</i>	<i>Sudeste</i>	<i>Centro-Oeste</i>	<i>Sul</i>	<i>Norte</i>
<i>Modelo de gestão</i>					
Tradicional	Tradicional	Tradicional	Tradicional	-	Tradicional
Inovador	-	-	-	Unidades de Negócio ¹	-
<i>Inserção de Gestão da Clínica (GC) na cultura organizacional</i>					
<i>GC evidencia-se na gestão e na atenção</i>	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
<i>Organização do trabalho em saúde de equipes de referência e matricial</i>	SIM, com fragilidades	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO
<i>Acolhimento com classificação de risco</i>	SIM	NÃO há referência	SIM	NÃO há referência	SIM, com fragilidades
<i>Plano de Cuidados coordenado pela Equipe de referência</i>	SIM	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO
<i>Núcleo Interno de Regulação</i>	SIM, com fragilidades	NÃO há referência	SIM	NÃO há referência	SIM, com fragilidades
<i>Colegiado gestor ampliado para a alta direção</i>	SIM	NÃO	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO há referência
<i>Serviço de Atenção Domiciliar</i>	NÃO há referência	NÃO há referência	SIM	NÃO há referência	NÃO há referência
<i>Atenção em Linhas de Cuidado</i>	NÃO	NÃO há referência	SIM	NÃO há referência	NÃO
<i>Projeto Terapêutico Singular</i>	SIM, com fragilidades	NÃO há referência	NÃO	SIM	NÃO
<i>Gestão de risco e segurança</i>	NÃO há referência	SIM	NÃO há referência	NÃO há referência	NÃO há referência

Fonte: Relatórios da Observação no campo

¹ Ressalte-se a situação do Sul, que se caracteriza como uma gestão por resultados e foi classificada como inovadora.

Com relação ao modelo de gestão praticado nos hospitais, os resultados apontam para um predomínio de modelos de gestão tradicional, com exceção do Sul, que implantou uma estrutura organizacional a partir de Unidades de Negócio, comprometida com resultados e com visão estratégica e participativa. Utilizam o *Balanced Scorecard (BSC)*, que tem sido considerada uma ferramenta estratégica que possibilita às organizações evoluírem de um sistema de controle gerencial de desempenho para um modelo de gestão estratégica, projetado em torno da visão estratégica em longo prazo²².

A análise da inserção da gestão da clínica na cultura organizacional mostra que na totalidade dos hospitais foi possível observar pelo menos uma iniciativa na atenção ou na gestão caracterizada como serviço, arranjo ou implantação de tecnologias da gestão da clínica. As mais frequentes foram *Acolhimento e Classificação de Risco* e *Núcleo Interno de Regulação*, nos hospitais do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, provavelmente em função do objeto do PA, cuja escolha pode ter sido influenciada pelas dificuldades enfrentadas pela maioria dos hospitais com a porta de entrada para as situações de urgência e emergência²³ e pelas políticas indutoras do Ministério da Saúde²⁴.

5.3. A IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS APLICATIVOS SEGUNDO A ÓTICA DOS SUJEITOS

Em geral, os profissionais de saúde perceberam que os Projetos Aplicativos (PAs) haviam sido implantados em seus respectivos hospitais. À exceção de um, todos os entrevistados demonstraram que conheciam a proposta de implantação e foram capazes de apontar aspectos que facilitaram e dificultaram a implantação das ações iniciais, como de esboçar uma avaliação de resultados parciais. Isso possivelmente deve-se em parte ao fato de a maioria deles ter participado da elaboração dos PAs.

Em relação aos **aspectos que facilitaram** a implantação, pelo menos três tipos foram observados. O primeiro deles refere-se a méritos da equipe responsável pela implantação.

Eu acho que ajudou foi o empenho e algumas pessoas que a gente conseguiu conquistar (Nordeste/2)

A aceitação e a determinação e trabalhar em equipe foram muito importantes. A dedicação de todos para querer melhorar o atendimento do hospital (Nordeste/4).

Outro tipo de aspecto diz respeito ao apoio das pessoas que exercem cargos na administração.

A gente sempre teve apoio da direção. Isso fez a diferença (Centro-Oeste/2).

Acho que o que mais favoreceu foi o fato de o Superintendente da Diretoria na época fazer parte do curso de especialização. Outro ponto facilitador foi com a participação das principais gerências do hospital (Sudeste/2).

Por último, as condições físicas foram destacadas.

Eu acho que a mudança da área física do Pronto Socorro para cá foi muito boa, porque lá a gente não conseguiria fazer nunca a classificação de risco. Porque estava tudo muito misturado. Então a gente tinha paciente clínico misturado com cirúrgico. A gente tinha pacientes entubados com pacientes que estavam ali para serem suturados e depois irem embora. Então eu acho que o espaço físico e a permanência de algumas pessoas em alguns cargos estratégicos foram importantes (Nordeste/5).

No que se refere a **limites ou dificuldades**, observa-se segundo os sujeitos que a implantação chegou até um certo ponto por conta de alguns aspectos. Um deles refere-se à resistência a implantar algo novo ou diferente do que vinha acontecendo.

Implantar algo que mude paradigmas no serviço público, em um hospital público, é um desafio muito grande. Nós temos servidores que estão aqui há 20 anos, 25 anos... É muito difícil tirar da zona de conforto. Então, as opiniões negativas acabam sabotando tudo que existe de novo. Então, a gente precisava tentar descobrir como chegar a essas pessoas, como se fala em gestão estratégica: não dá para ser de goela abaixo, não dá para ser contra a equipe. A equipe tem que estar a favor, tem que estar entendendo o processo. Então, o processo de sensibilização foi um processo muito longo, muito longo, longo mesmo. Os servidores mais difíceis foram os mais antigos e as chefias de divisão, os formadores de opinião. Esses foram os mais difíceis mesmo (Sul/1).

Não perceber o que é estruturante em processo também pode limitar a implantação de uma proposta voltada para mudança.

A não detecção de que algumas condições eram estruturantes para o Projeto dar certo. Por exemplo: o plantonista da porta não era funcionário do hospital; ele era funcionário de uma empresa terceirizada. Então ele não vestia a camisa do hospital. Ele vestia a camisa da empresa que ele representava. Para ele tanto fazia deixar entrar 10, 20, 30 usuários. Ele pedia uma ressonância magnética do joelho para um paciente que estava com uma dor no joelho. Dificultava muito a minha vida porque para esse paciente fazer ressonância eu precisava deixá-lo na área verde pelo menos uns 3 dias até que eu conseguisse a liberação desse exame (Nordeste/5).

O espaço físico foi outro aspecto percebido como limite da implantação da proposta.

Uma sala específica para o profissional ficar mais à vontade com o paciente. A sala que a gente atua é uma sala ligada ao Pronto-Socorro, um lugar de muito movimento, muita conversa, e isso atrapalha também um pouco a consulta do próprio paciente naquele momento. É uma sala um pouco pequena, está em fase de estruturação ainda, mas é uma sala que tem todos os equipamentos para que o profissional possa classificar os pacientes (Norte/2).

Capacitar usuários e seus familiares para o cuidado em saúde também foi percebido como um aspecto limitador que, ao mesmo tempo, é desafiador.

O principal limite é a capacitação de cuidador. A gente divide a responsabilidade de cuidado com a família, então ao mesmo tempo que é limite também é um ganho muito grande. A responsabilidade é toda da equipe. A gente compartilha muita pouca coisa com o paciente e com a família (Centro-Oeste/3).

Por último, também a percepção de que não se obteve a participação esperada dos profissionais foi vista como um limite.

A gente até teve uma boa participação dos profissionais. Mas a gente esperava ter muito mais (Nordeste/1).

A **avaliação dos resultados parciais** da implantação das propostas por parte dos entrevistados, em geral, baseou-se em constatações por eles percebidas. Nenhum deles apresentou dados numéricos para sustentar sua percepção. Mas apresentaram aspectos qualitativos que podem, de certa forma, atestar alguns resultados parciais.

O bom é que agora as pessoas estão cada vez mais conhecendo o serviço e vendo quando o paciente não precisa continuar internado, quando pode ir para casa, ter alguns cuidados que podem ser feitos em casa. É bom para evitar de pegar infecção. E para a família também é bom. E o próprio paciente prefere estar perto da sua família, na sua casa, no seu ambiente (Centro-Oeste/1).

Sobre a proposta de reorganizar e normatizar os fluxos e as rotinas de trabalho, isso a gente conseguiu, melhorou bastante (Nordeste/1).

Hoje a gente já consegue ter uma informação precisa, um desenho de qual é o perfil do paciente que a gente atende. A implantação favorece isso. Você faz acolhimento e classificação de risco. Então essa implementação ela facilitou bastante (Norte/1).

A partir do momento que você implanta é um caminho sem volta, não tem como você voltar para atrás. Todos os setores viraram unidades de negócio, então você acabou colocando a equipe para começar a pensar sobre a sua função, começar a pensar na sua missão, levantar os pontos positivos e negativos, e isso eu acredito que foi muito positivo. A parte positiva que eu vejo também é que eles do Pronto-Socorro conseguiram ter uma noção de bons indicadores para ser mensurados. Qualquer um que for abordado não vai dizer com termos técnicos, mas vai dizer da rotatividade dos pacientes, do não deixar o paciente observado por tempo prolongado e que o paciente precisa estar com o exame, da necessidade de quanto antes ter a avaliação médica. Muitos funcionários entraram logo após o processo de sensibilização. Esses a gente sente um pouco mais de dificuldade (Sul/1).

Um depoimento apresentou dado importante em termos de resultados parciais do PA que foi estendido para a rede de saúde.

Quanto à reestruturação do acolhimento e classificação de risco, a gente construiu junto com o hospital todo aquele protocolo de acolhimento que virou inclusive um protocolo para a Rede. A Secretaria pediu para a gente repassar para toda a Rede. Sobre a definição do quadro de profissionais necessários para atender nas áreas do Pronto-Socorro, a gente fez. A gente parametrizou que padrão de equipe a gente precisaria (Nordeste/1).

Alguns dos sujeitos apresentaram depoimentos relacionados à implantação do PA, sem trazer uma avaliação de resultados dessa implantação, mesmo os considerando de alcance inicial.

Eu acho que hoje o processo de trabalho extrapolou todos os objetivos da implantação. Acho que buscou tudo aquilo e está fazendo muito mais. E a gente acha que sempre tem como melhorar. Nosso serviço tem o apoio médico, de enfermagem, fisioterapeuta muito bom. A gente sente falta de fonoaudióloga. O que falta é isso. Então, de uma forma geral alcançou e ultrapassou todas as expectativas (Centro-Oeste/3).

A gente conseguiu implantar exatamente o que a gente propôs no nosso projeto aplicativo. Mas obviamente sair do papel para ir para a realidade foi o maior desafio. Mas à medida que o tempo foi passando a gente foi tentando trabalhar as questões que iam aparecendo, essas dificuldades do dia a dia (Sudeste/2).

Alguns sujeitos justificaram a impossibilidade de avaliar os resultados parciais. Nesse sentido, seja por conta das dificuldades de registro das informações, seja por causa de as ações serem muito iniciais, seja ainda por conta da rotatividade de pessoal, segundo eles não era possível avaliar os resultados das ações.

Em relação à proposta de diminuir o tempo de permanência dos pacientes no 'eixo azul', na verdade a gente não atingiu isso... e por um simples detalhe, a gente tem dificuldade de computar esse tempo operacionalmente. O nosso sistema não dá isso (Nordeste/1).

O nosso projeto hoje está inicial (Norte/3).

Sobre a meta de capacitar as equipes de trabalho na gestão da clínica, urgência, emergência e humanização da assistência, a gente começou a fazer. Até fizemos. Mas o grande problema é que a gente treina o funcionário e de repente ele sai. Teve gente que saiu, pediu demissão. Teve gente que era do interior, estava cedido porque não tinha começado o hospital no interior (Nordeste/2).

A gente teve uma melhora, mas depois o processo se perdeu. Dos 10 que fizeram o PA, só quatro ficaram. Nesse meio tempo a gente teve uns quatro ou cinco presidentes de Fundação. Aí muda o presidente, muda o diretor operacional. Aí aquele que vem não dá seguimento, aí é como se você voltasse para o zero de novo (Nordeste/2).

Um dos sujeitos, no lugar de avaliar resultados do PA, avaliou a importância do curso de especialização.

O curso trouxe uma organização do trabalho, ele trouxe uma revisão dos processos de trabalho. Ele foi extremamente propício para muitas áreas do ponto de vista desta organização do trabalho. Do ponto de vista do entendimento administrativo, acho que tem um salto a ser dado. Do ponto de vista do entendimento do contexto, acho que esse ganho acontece agora. O curso serviu sim para organização interna, serviu para a agregação das pessoas (Sudeste/1).

Em síntese, os profissionais de saúde consideraram que os PAs foram implantados, ainda que em alguns casos as ações encontravam-se em fase inicial. Em geral, avaliaram que a implantação – embora tivesse alguns limites – apresentou resultados positivos. No entanto, essa avaliação não se configurou a partir de indicadores, nem se traduziu em resultados quantitativos.

5.4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE PROPOSTAS DE MUDANÇA

Os indicadores aqui são concebidos como referências empíricas que possibilitam realizar medição ou inferência e que podem ser classificados como quantitativos e qualitativos. Os quantitativos referem-se a aspectos tangíveis que podem ser observáveis e mensuráveis, enquanto os de natureza qualitativa relacionam-se a aspectos intangíveis da realidade, atributos que só podem ser captados indiretamente^{25,26}.

Para se formular indicadores válidos é importante levar em conta critérios que expressem relevância, eficiência, eficácia e efetividade²⁷. Além disso, é importante que os indicadores levem em conta: concepções, interesses e enfoques das organizações e dos atores envolvidos; o contexto; o modo de gestão e os recursos²⁶. Devem também atender a critérios de validade de predição (sensibilidade, especificidade), operacional (viabilidade, factibilidade) e de conteúdo (Abarca o que se quer medir? É coerente com o objetivo?)²⁸.

Os indicadores devem ainda: (a) se ater a especificações que permitam comparabilidade; (b) ser regulares para que em séries temporais visualizem tendências; (c) ser pactuados por grupos e instituições que os utilizam e (d) e ser acessíveis a um público amplo para que possa acompanhar o desempenho de instituições, de políticas públicas ou programas que recebam financiamento público²⁶.

Em termos conceituais, está sendo adotado aqui o conceito de Minayo²⁶, que define mudança como:

“o impacto de determinadas intervenções sociais ou pedagógicas sobre instituições e atores: as que são produzidas rapidamente e às vezes em cadeias sequenciais; as que procedem de uma vontade deliberada; as que ocorrem por influxo de tecnologias materiais e sociais; e as que são cumulativas e afetam muitos indivíduos ou aspectos cruciais da sociedade” (p. 84).

Com base nos resultados da pesquisa, foram formulados indicadores qualitativos para a avaliação de implantação de propostas de mudança em hospitais públicos (Quadro 5). A utilização desses indicadores pressupõe tanto a escuta de profissionais envolvidos na aplicação dessas propostas quanto a observação de ações relacionadas às propostas.

QUADRO 5

Indicadores qualitativos para a avaliação de propostas de mudança em hospitais públicos.

Indicadores	Descritores	Situação		
		Observado	Observado em parte	Não observado
1. Compreensão da proposta	1.1. Os profissionais envolvidos conseguem descrever tipo ou tipos de mudança que a proposta deseja alcançar.			
	1.2. Os profissionais identificam pertinência da proposta em relação às necessidades de cuidado ou de organização do trabalho no serviço onde estão inseridos.			
	1.3. Os profissionais expressam comprometimento com a proposta.			

QUADRO 5 (CONT.)

Indicadores Qualitativos para a Avaliação de Propostas de Mudança em Hospitais Públicos.

Indicadores	Descritores	Situação		
		Observado	Observado em parte	Não observado
2. <i>Aplicação da proposta de mudança</i>	2.1. No cotidiano do hospital, observam-se ações previstas no plano ou relacionadas à aplicação da proposta de mudança.			
	2.2. Os profissionais incluíram ações relacionadas à proposta de mudança em suas práticas.			
	2.3. As ações observadas são coerentes com o que foi previsto na proposta.			
	2.4. Os atores conseguem estabelecer diferenças entre os momentos antes e depois da implantação da proposta.			
3. <i>Desenvolvimento das ações</i>	3.1. O desenvolvimento das ações reflete o estabelecimento de princípios acordados entre os atores envolvidos.			
	3.2. As ações visam – direta ou indiretamente – ao atendimento ao usuário do hospital, pautado em suas necessidades, na resolução ou no controle de problemas ou intercorrências que o levaram à procura do atendimento, bem como no reconhecimento do seu direito a um atendimento de qualidade.			
	3.3. No desenvolvimento das ações, observa-se a socialização das informações e atividades de formação dos atores voltadas para a melhoria da qualidade dessas ações.			
	3.4. Há iniciativas para capacitação de novos profissionais.			
	3.5. Há espaços institucionalmente garantidos para os profissionais refletirem sobre suas práticas, visando à melhoria de processos e produtos.			
4. <i>Monitoramento e avaliação das ações</i>	4.1. No acompanhamento das ações são utilizados critérios, indicadores e mecanismos de monitoramento e avaliação.			
	4.2. Os atores envolvidos nas ações conseguem avaliar resultados parciais com argumentos que sustentam sua avaliação.			
	4.3. Há o registro de processos e produtos obtidos.			
	4.4. Há um sistema de petição e prestação de contas.			
	4.5. Há divulgação de resultados do desenvolvimento da proposta.			

6. Considerações finais

Levando em conta a percepção dos sujeitos da pesquisa, pode-se considerar que os Projetos Aplicativos foram colocados no cotidiano dos hospitais estudados. Essa percepção parece ancorar-se muito mais na potencialidade que esses projetos tiveram para a melhoria da qualidade da gestão da clínica hospitalar do que nos resultados produzidos ao longo da implantação das ações iniciais relacionadas a esses projetos.

Considerando-se que o tema gestão da clínica representa um campo novo de conhecimento na área da saúde, o fato dos PAs elaborados a partir do Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS estarem, em algum grau, em processo de implantação indica relevância e pertinência dessa temática para a gestão desses hospitais.

Os profissionais que conheciam os projetos consideraram que as ações desenvolvidas estavam coerentes com o que havia sido planejado. Ainda que tenham identificado limites e dificuldades para que essas ações fossem colocadas em prática, eles consideraram que os projetos podem propiciar mudança na gestão hospitalar.

Junto a essa positividade, em geral, observou-se que os projetos não foram amplamente discutidos no âmbito das equipes dos hospitais. Ainda que tenha sido observado um amplo conhecimento desses projetos por parte de alguns profissionais, não houve depoimentos acerca da existência de mecanismos objetivos de monitoramento e de avaliação no cotidiano da implantação. Mesmo entre os depoimentos que traziam elementos de uma avaliação positiva, não havia argumentos apoiados em indicadores, nem tampouco baseados em resultados quantitativos.

Apesar de os projetos aplicativos terem potencialidade para impulsionar movimentos de mudança nos hospitais estudados, é possível inferir que elementos contextuais e factuais têm importante potencial de influência em suas implementações. Esses elementos, tais como mudança da estrutura diretiva do hospital, protagonismo maior ou menor dos alunos do curso e autores intelectuais dos projetos, aspectos da política pública do SUS que influenciam na estrutura e nos processos de trabalho da organização hospitalar, entre outros, são fatores que podem dar maior ou menor relevância aos PAs na agenda decisória.

O principal limite da presente pesquisa refere-se à extensão da observação. Um tempo maior de inserção dos pesquisadores em campo seria necessário para que a avaliação fosse realizada de forma mais apurada. Nesse sentido, mais valeria ter sido escolhido menos casos para que a observação ocorresse num espaço de tempo maior.

Outro limite diz respeito ao fato de que, em alguns casos, seria necessário haver um maior tempo do desenvolvimento das ações para que resultados objetivos fossem observados. Assim, a escolha dos casos para a avaliação deveria também ser pautada no tempo da experiência de implantação.

Ainda que pesem esses limites, por meio da pesquisa, foi possível verificar que, em geral, projetos aplicativos produzidos num curso de especialização com metodologias ativas são passíveis de serem colocados em prática no sentido de produzir mudanças no âmbito da gestão.

Como produto da pesquisa destaca-se a formulação de dois quadros de indicadores: (i) um para avaliar a elaboração do projeto (Quadro 2) e (ii) outro para avaliar a implantação de ações iniciais desses projetos (Quadro 5). Esses produtos podem contribuir de modo significativo para avaliações relacionadas à elaboração e implantação de projetos aplicativos gerados em futuros cursos que utilizem como estratégia educacional a produção de um plano de ação, pelos participantes, diante de um problema ou uma realidade que eles queiram transformar.

Referências

1. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gestão da clínica nos hospitais do SUS: caderno do curso. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 2009.
2. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
3. Silva LMV da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
4. Minayo MCS. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Sau. & Transf. Soc.* 2011; 1(3): 02-11.
5. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ.* 1998; 317: 61-65.
6. Consorci Hospitalari de Catalunyaia. Apresentação em PowerPoint. – Brasília: 2011.
7. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2007. Mimeografado.
8. Mintzberg H. The structuring of organizations. A Synthesis of the Research. Englewood, N.J.: Prentice-Hall. Inc.; 1979.
9. Campos GWS. Cogestão da Clínica. Apresentação no Simpósio Internacional de Cirurgia Segura e Gestão da Clínica – IEP/HSL, 11 de dezembro de 2009.
10. Oliveira, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ.* 2001; 322:1413–1417.
12. Pinto, L. Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
13. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.
14. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Russel; 1998.
15. Bourdieu P. Meditações pascalianas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
16. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. Oiras [Portugal]: Celta; 2002.
17. Becker HS. Método de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.
18. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA (Org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
19. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.

20. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 929-934.
21. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 849-859.
22. Oliveira AEM, Malik AM. Avaliação de resultados. In: Vecina Neto G, Malik AM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.
23. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-5.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília (DF): MS; 2009.
25. Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; (24)(6):441-8.
26. Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *REBEM*. Rio de Janeiro. 2009; 33 (1/supl. 1): 83-91.
27. Scaratti D, Calvo MCM. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(3): 446-455.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud*. Boletín Epidemiológico 2001. 22(4): 1-5.

Apêndice

HOSPITAIS PARTICIPANTES DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

<i>Região</i>	<i>Hospitais</i>
<i>Norte</i>	1. Hospital Estadual do Acre – Rio Branco – AC
	2. Hospital Pronto-Socorro 28 de Agosto – Manaus – AM
	3. Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Aires – Palmas – TO
<i>Centro-Oeste</i>	4. Hospital Regional de Taguatinga – Brasília – DF
	5. Hospital Regional de Sobradinho – Brasília – DF
	6. Hospital Universitário de Dourados – Dourados – MS
	7. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – Campo Grande – MS
	8. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – Campo Grande – MS
	9. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia – GO
<i>Nordeste</i>	10. Hospital Governador João Alves Filho – Aracaju – SE
	11. Hospital Getúlio Vargas – Teresina – PI
	12. Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza – CE
	13. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Recife – PE
	14. Hospital Geral Roberto Santos – Salvador – BA
	15. Hospital Ernesto Simões Filho – Salvador – BA
<i>Sul</i>	16. Hospital do Trabalhador – Curitiba – PR
	17. Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprowicz – Maringá – PR
	18. Hospital Regional Hans Dieter Schimidt – Joinville – SC
	19. Hospital Universitário de Santa Maria – Santa Maria – RS
<i>Sudeste</i>	20. Hospital Geral do Andaraí – Rio de Janeiro – RJ
	21. Hospital Geral de Ipanema – Rio de Janeiro – RJ
	22. Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro – RJ
	23. Hospital dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro – RJ
	24. Hospital Cardoso Fontes – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ
	25. Hospital Geral de Bonsucesso – Rio de Janeiro – RJ
	26. Hospital Municipal Odilon Behrens – Belo Horizonte – MG
	27. Hospital Risoleta Neves – Belo Horizonte – MG
	28. Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – Vitória – ES
	29. Hospital Estadual de Bauru – Bauru – SP
	30. Hospital Geral de Itapeceira da Serra – Itapeceira da Serra – SP
	31. Hospital Estadual de Sumaré – Sumaré – SP
	32. Hospital Municipal Dr. Mario Gatti – Campinas – SP
33. Conjunto Hospitalar do Mandaqui – São Paulo – SP	

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Rua Prof. Daher Cutait, 69
Bela Vista - São Paulo - SP
CEP 01308 060

Tel.: 55 11 3394 0100 (seg. a sex. das 8h às 20h)
Fax: 55 11 3155 0494
iep@hsl.org.br
www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep



*Escaneie o código
acima para mais
informações sobre
nossas atividades.*



INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA