

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CRISLAINE RAQUEL RUPPENTHAL MANTOVANI

A ABORDAGEM ERGOLÓGICA COMO MEIO DE OTIMIZAÇÃO DE UM
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

CURITIBA
2013

CRISLAINE RAQUEL RUPPENTHAL MANTOVANI

A ABORDAGEM ERGOLÓGICA COMO MEIO DE OTIMIZAÇÃO DE UM
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública

Orientador: Prof. Dr. Edelvino Razzolini Filho

CURITIBA
2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus,
aos autores, orientadores, tutores deste curso de especialização,
à Direção e
aos amigos do serviço ambulatorial do Hospital Regional da Lapa São Sebastião.

RESUMO

Este trabalho inicialmente relata o histórico de atendimentos ambulatoriais no Hospital Regional da Lapa São Sebastião e a organização e a oferta destes serviços observada no período de Março a Agosto de 2013. Baseado em referencial bibliográfico, normativas, legislações e recomendações de órgãos governamentais federais e de conselhos profissionais dos âmbitos federal e regionais, e especialmente sob o enfoque da abordagem ergológica, sua metodologia classifica-se tanto qualitativa quanto quantitativamente objetivando descrever uma realidade na área da administração da saúde pública brasileira utilizando-se de procedimentos de pesquisa bibliográfica bem como levantamento de dados junto à instituição foco do estudo. O estudo busca construir uma proposta de mudança cultural direcionada à otimização dos recursos públicos almejando sua eficiência e uma maior oferta de serviços à população.

Palavras-chave: Administração em Saúde, Otimização, Eficiência, Ergologia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - OS TRÊS POLOS DA ERGOLOGIA.....	18
FIGURA 2 - COMPARAÇÃO ENTRE ESTRUTURA BÁSICA DE UMA ORGANIZAÇÃO E A ORGANIZAÇÃO BUROCRÁTICA PROFISSIONAL.....	20

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	11
QUADRO 2 – PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL NO SUS.....	14
QUADRO 3 – COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DO AMBULATÓRIO DO HRLSS.....	25
QUADRO 4 – NÚMERO DE CONSULTAS POR ESPECIALIDADE POR SEMESTRE.....	27
QUADRO 5 – NÚMERO DE PACIENTES QUE REALIZAM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS POR SEMESTRE.....	28
QUADRO 6 – ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO DO PROJETO.....	40
QUADRO 7 – RISCOS, PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS.....	41

LISTA DE SIGLAS

CFM - Conselho Federal de Medicina
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CRM - Conselho Regional de Medicina
HHAAA - Fundação Hipólito e Amélia Alves de Araújo
HRLSS: Hospital Regional da Lapa São Sebastião
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SIG - Sistema de Informações Gerenciais
SUS - Sistema Único de Saúde
TBMR - Tuberculose Multi-Resistente

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Apresentação/Problemática	8
1.2 Objetivo Geral	9
1.3 Objetivos Específicos	9
1.4 Justificativas	10
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	11
2.1 Princípios Norteadores da Administração Pública	11
2.2 A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde	13
2.3 A Abordagem Ergológica na Definição de Parâmetros Assistenciais	17
3. METODOLOGIA	22
4. A ORGANIZAÇÃO	23
4.1 Descrição Geral	23
4.2 Estrutura Física	23
4.3 Recursos Humanos	24
4.4 Rotina de Referência e Contra-Referência	25
4.5 Indicadores Estatísticos	27
4.6 Diagnóstico da Situação Problema	28
4.6.1 Análise qualitativa do serviço	29
4.6.2 Análise quantitativa do serviço	33
5. PROPOSTA	36
5.1 Desenvolvimento da Proposta	36
5.1.1 Adequações na estrutura física.....	36
5.1.2 Estabelecimento de rotinas e protocolos de referência e contra-referência	
.....	37
5.1.3 Estabelecimento de metas de produtividade do serviço e parâmetros de	
controle	38
5.2 Plano de Implantação	40
5.3 Recursos	40
5.4 Resultados Esperados	41
5.5 Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas	41
6. CONCLUSÃO	42
7. REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

O presente trabalho teve como cenário o Hospital Regional da Lapa São Sebastião (HRLSS) em especial o seu serviço ambulatorial onde são realizados consultas e procedimentos médicos especializados.

A motivação para abordar este tema em um trabalho de conclusão de curso veio da intenção de se aplicar os princípios da Administração Pública aprendidos academicamente em um Curso de Especialização em Gestão Pública.

Focando especialmente o princípio da eficiência, almeja-se, através da abordagem ergológica, incentivar os gestores juntamente com a equipe do setor analisado, a promoverem uma análise da possibilidade da otimização dos recursos, levando assim, ao aumento da oferta da assistência ambulatorial à população.

Será referenciado bibliograficamente por meio de ensaios científicos, atos legais e recomendações de órgãos governamentais e de conselhos profissionais, relacionando especialmente os princípios da Administração Pública, o livre exercício profissional e o *uso de si por si e pelos outros* segundo a abordagem ergológica.

Este projeto discorrerá inicialmente sobre as ações de modernização administrativa que tiveram início em 2012 no Ambulatório, e que foram imprescindíveis na organização administrativa-operacional da unidade e na implementação de um banco de dados que subsidiaram este estudo.

Na sequência, serão apresentados a estrutura e os recursos disponíveis no serviço no período compreendido entre Março e Setembro de 2013 e finalmente a estatística de produtividade neste período e que serão objeto de análise e propostas.

A análise, com foco qualitativo e quantitativo, pretende levar a uma reflexão dos gestores e trabalhadores sobre os benefícios que esta unidade pública de saúde tem trazido à população e levar a uma auto-avaliação e propostas sobre como o serviço pode impactar de forma mais abrangente sua atuação na região.

1.2 Objetivo Geral

Incentivar a promoção da eficiência em um serviço ambulatorial público, a partir de uma abordagem ergológica.

1.3 Objetivos Específicos

1. Apresentar o embasamento teórico-empírico que justifica a otimização de serviços de saúde, sob a perspectiva da ergologia;
2. Descrever a produtividade ambulatorial em um semestre e as ações já efetivadas na busca da sua eficiência;
3. A partir da abordagem ergológica, incentivar os trabalhadores a avaliarem as ações assistenciais;
4. Oportunizar que, com base nos conhecimentos e experiências dos trabalhadores sejam promovidas medidas que continuem a elevar a eficiência do serviço;
5. Estabelecer mecanismos de motivação aos gestores do Hospital Regional da Lapa São Sebastião, demais gestores da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e de outras instâncias para a utilização da abordagem ergológica na otimização dos recursos;
6. Contribuir para que o serviço ambulatorial do HRLSS torne-se uma referência local e regional na área médica especializada.

1.4 Justificativas

Primeiramente, este trabalho encontra justificativa ao se perceber os anseios da sociedade brasileira na ampliação da oferta e qualidade dos serviços públicos de saúde.

A preocupação existente acerca da pouca representatividade do serviço ambulatorial do HRLSS percebida empiricamente e comprovada por meio dos dados oficiais do Sistema de Informações Gerenciais (SIG) da unidade, também incitou a realização de estudos e soluções no sentido de elevar a oferta assistencial nesta área, a fim de que o serviço não se inviabilize financeiramente e até seja justificada sua extinção.

Se justifica ainda ao se criar na instituição foco do estudo, um instrumento inédito que estabelece subsídios sobre a abordagem ergológica do trabalho em saúde focando especialmente a valorização dos vários saberes no planejamento e avaliação das ações assistenciais incentivando nos trabalhadores a auto-análise de suas ações e oportunizando que seus pontos de vista e opiniões sobre *o uso de si* pela instituição.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPIRICA

2.1 Princípios Norteadores da Administração Pública

A Administração Pública brasileira foi concebida e é orientada pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1988). Em 1998 a emenda constitucional nº 19 acrescentou mais um princípio muito importante: o da eficiência, ação plenamente aceita e até considerada atualmente de interesse público. Segundo Coelho (2012) :

“O princípio da eficiência aponta para a racionalidade econômica do funcionamento da Administração Pública. É do interesse público que os tributos pagos pelos cidadãos, e utilizados para custear as funções administrativas, não apenas sejam utilizados de forma legal, impessoal, moral e pública, como também de forma eficiente, isto é, apresentando a melhor relação custo-benefício. Não é possível imaginar que a Administração Pública seja eficiente se também não forem eficientes os processos por ela utilizados e os agentes que a compõem. Por isso, a eficiência da Administração é, fundamentalmente, fator da eficiência dos seus gestores e servidores.”
(COELHO, 2012, p. 57)

Malmegrin (2012) apresentou uma explicação muito didática sobre a eficiência e outros princípios que devem ser almeçados pelo Administrador Público. São eles:

Termo	Significado
Eficiência	Relação entre o que foi produzido X insumos consumidos
Eficácia	Relação entre resultados obtidos X resultados planejados
Efetividade	Relação entre impactos obtidos X ações executadas
Economicidade	Relação entre insumos planejados X insumos consumidos

Quadro 1 – Princípios da Administração Pública
Fonte: Adaptado de Malmegrin (2012, p.143)

Na área de prestação de serviços em saúde outro autor consagrado, Donabedian (1990), vinculou o princípio da eficiência à qualidade correlacionando-o a ou-

tras dimensões como a eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade apresentado assim, “Os Sete Pilares da Qualidade”.

Estudos científicos à parte, todos os atores do poder público: gestores, agentes políticos, servidores e prestadores de serviços, devem subordinar suas ações às normas legais dentre elas os princípios da Administração Pública, e estão obrigados a elas, sob pena de responderem por improbidade, conforme redação dada pela emenda constitucional nº 19:

“Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assumam obrigações de natureza pecuniária.” (BRASIL, 1998).

Assim, conclui-se que o gestor público tem o dever legal de promover a máxima otimização dos recursos disponíveis e, na área de saúde pública, esta premissa torna-se fundamental, tendo em vista a histórica queixa dos gestores sobre a insuficiência de recursos financeiros que implica na aquisição de insumos, contratação de recursos humanos e ao acesso às modernas tecnologias de diagnóstico e terapia.

Esta limitação de recursos aliada pelo controle social e o *accountability* (prestação de contas) mais evidentes na atualidade, complementadas ao debate sobre recursos insuficientes X má gestão, exige do gestor maior habilidade em administrar um sistema extremamente complexo e honeroso, com vistas a garantir que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) usufruam plenamente de seus direitos previstos constitucionalmente.

A importação de mão de obra estrangeira promovida pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, acirrou ainda mais a questão sobre má gestão X falta de recursos e a sociedade foi incitada pela mídia a atentar-se mais a esta questão e a questionar as ações anti-éticas dos gestores e profissionais de saúde que até então vinham sendo mantidas como “normais” pois seguiam características culturais das instituições públicas brasileiras. Segundo Bergue (2010, p. 20;23) : ”A cultura de

uma organização pode ser sinteticamente definida como o conjunto de hábitos, crenças, valores e símbolos que a particularizam frente às demais”. E ainda “A cultura é algo que permeia a estrutura, os processos e as pessoas de uma organização, interferindo de forma determinante no seu desempenho.”

Ainda segundo este autor, aos gestores públicos são impostos alguns padrões comportamentais nas instituições que dificultam a proposição de medidas de aumento da eficiência sendo eles:

“(...)a ênfase nas relações pessoais e de grupos, a reduzida suscetibilidade do ambiente a turbulências, a constância no ritmo e dinâmica de trabalho, o reduzido grau de insegurança em termos de manutenção do vínculo laboral (estabilidade), a valorização seletiva dos padrões formais, o corporativismo e a condescendência” (BERGUE, 2010, p. 22)

Esta análise acerca da cultura organizacional brasileira pode até contribuir explicando a forma de gerir os serviços públicos até então, mas de forma alguma a justifica. Cabe, portanto, a todos os agentes do serviço público, incentivarem, promoverem e participarem ativamente dos processos de mudança cultural, que devem ser iniciadas já no interior das instituições, buscando assim o uso mais racional dos recursos e que visem a maior eficiência dos serviços.

2.2 A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde

Desde a criação do SUS, a busca de uma gestão mais eficiente dos serviços, levou à implementação de inúmeras medidas através de normas, pareceres, regulamentos e resoluções emitidos por órgãos governamentais, complementadas por deliberações de órgãos regulamentadores, fiscalizadores e de representação profissional e popular. Mesmo que a implantação de algumas destas medidas se dê de forma incipiente, já são úteis aos gestores, no sentido de os orientarem no caminho da qualificação da prestação da assistência em saúde.

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNISS (BRASIL, 2004) e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002) lançados pelo Ministério da Saúde, utilizam como diretrizes a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados almejando a maior qualidade do sistema. Estes programas oferecem parâmetros de avaliação qualitativa no entanto até agora, pouco orientam e subsidiam os gestores com indicadores quantitativos, também essenciais à eficiência da gestão.

A Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, baseada em bibliografias e em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre a produtividade assistencial nos países em desenvolvimento, estabelece alguns parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS e orienta quanto à capacidade de atendimentos de alguns profissionais de saúde:

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03 consultas/hora

Quadro 2 - Parâmetros de Cobertura Assistencial no SUS

Fonte: Ministério da Saúde (2002)

Vale ressaltar que esta portaria constitui-se em referência para orientar os gestores do SUS e representa uma recomendação técnica sendo suscetível a adequações de acordo com peculiaridades locais.

Estudos de cunho científico também já foram iniciados no sentido de descrever a assistência médica de uma forma quantitativa, valendo citar os resultados da pesquisa de Arroyo (2007) que em sua tese mediu o tempo de consultas médicas concluindo que:

“A média do tempo de consulta médica do setor privado foi de 17 minutos e do setor público foi de 30 minutos. A média total de tempo de consulta foi de 24 minutos. Quanto às médias de tempo de consulta médica, as instituições de saúde que tiveram uma melhor avaliação da qualidade de serviços de saúde, estiveram próximas a média de 17 minutos.” (ARROYO, 2007, p.72)

O Conselho Federal de Medicina (CFM) através dos Pareceres/Consultas n^o 30/1990 e 001/2010 concluiu que nenhum órgão ou entidade pode determinar o número de atendimentos médicos em um período e que esta decisão cabe ao próprio médico, de acordo sua conduta.

O Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado de São Paulo, já sugere que haja um processo de negociação entre profissionais e instituições de acordo com Parecer n.º 24.358/97:

“não há nenhuma legislação que estabeleça o número de consultas médicas por jornada de trabalho. Eventualmente, em algumas situações especiais, pode-se até definir um parâmetro de quantidade de atendimento por jornada de trabalho, desde que acordado entre todos os que estarão envolvidos diretamente nesta questão. Assim não existirá um número grande nem pequeno de pacientes por jornada de trabalho, quando todos, e especialmente os médicos, estiverem satisfeitos com a profissão que exercem. Aos empregadores restará encontrar meios pelos quais nenhum de seus servidores possam descumprir com a tarefa pela qual foram contratados.” (CRM-SP, 1997)

No entanto, alguns CRMs já manifestaram-se mais enfaticamente com relação à produção de consultas médicas por hora. Dentre eles cita-se o CRM do Estado da Paraíba que no Processo-Consulta n^o 36/2010 cujo parecerista afirma: “somos de opinião de que o número de 04 consultas eletivas a cada hora nos parece razoável e recomendável.”

O CRM do Estado do Rio Grande do Sul, através da Resolução n^o 007/2011 afirma que:

“No atendimento de pacientes com BAIXO RISCO DE MORTE, que necessitam avaliação diagnóstica e tratamento medicamentoso, deverá ser observada a relação de um médico para o atendimento máximo de até 14 (quatorze) pacientes por turno de quatro horas.” (CRM-RS, 2011)

No Estado do Rio de Janeiro a Resolução nº 17/1987 do CREMERJ recomenda que *“na assistência ambulatorial devam ser atendidos 12 (doze) pacientes no máximo, em jornada de 4 (quatro) horas, respeitadas as limitações em números menores, conforme as especialidades.”*

Já no Estado de Pernambuco a Resolução do CRM n.º 01/2005 afirma que:

“para consultas ambulatoriais o limite referido no caput deste artigo, é o de até 14 pacientes, atendidos por médico, em 4(quatro) horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro dos ditames de padrões éticos.” (CRM-PE, 2005)

O CRM do Estado do Paraná em seus pareceres 1999/2008, 2216/2010 e 2225/2010 não orientam quanto ao número de consultas por período de tempo, no entanto esclarecem que:

“O parâmetro de 15 minutos por consulta deve ser tomado apenas como uma medida burocrática administrativo para o pré-agendamento de pacientes. O médico deve e pode dispender, para atender seus pacientes, do tempo que ambos acharem necessário à realização da consulta, da qual deve constar história, exame clínico, diagnóstico, tratamento e aconselhamento buscando adesão ao tratamento.” (CRM-PR, 2008)

Além disso este Conselho enfatiza que:

“(…)deve o médico contratado comprometer-se com a fonte empregadora de tal forma que permita um atendimento qualificado, sem deixar de atender às expectativas da empresa ou do órgão empregador, visto que o contratante também assume responsabilidades junto aos seus clientes que utilizarão o atendimento de saúde proposto” (CRM-PR, 2010)

E ainda em relação aos serviços públicos de saúde o parecerista sugere:

“(...) que se agende um número menor de pacientes, condizente com a possibilidade do profissional fazer uma consulta adequada a necessidade, deixando a possibilidade para que o médico promova encaixes para o dia que haja tempo hábil. Ressalto que a qualidade de atendimento deve ser o norte da gestão em saúde, cabendo a quem de direito cobrá-la. Eficiência não quer dizer somente número de atendimento, mas sim também a capacidade de resolução das doenças que afligem determinada população.”(CRM-PR, 2010)

Conforme disposto anteriormente, o CRM do Paraná não se manifesta quanto à quantidade de pacientes atendidos pelo médico, mas apresenta algumas diretrizes a serem seguidas tanto pelos médicos quanto pelos gestores dentre elas, a eficiência, a qualidade e o bom senso, que devem guiar as negociações e pactuações sobre a produtividade assistencial. Cumpre-se lembrar, que as orientações dos CRMs dos demais Estados são direcionados aos profissionais médicos registrados naqueles entes federados. No entanto, estes pareceres e resoluções apresentam-se como embasamento legal neste trabalho e que, sem dúvida, podem orientar as negociações.

2.3 A Abordagem Ergológica na Definição dos Parâmetros Assistenciais

A abordagem ergológica, concebida por Yves Schwartz(1997), propõe repensar a produção de conhecimento sobre o trabalho que foi denominado pela ergologia de “atividade” que é sustentada por três polos:

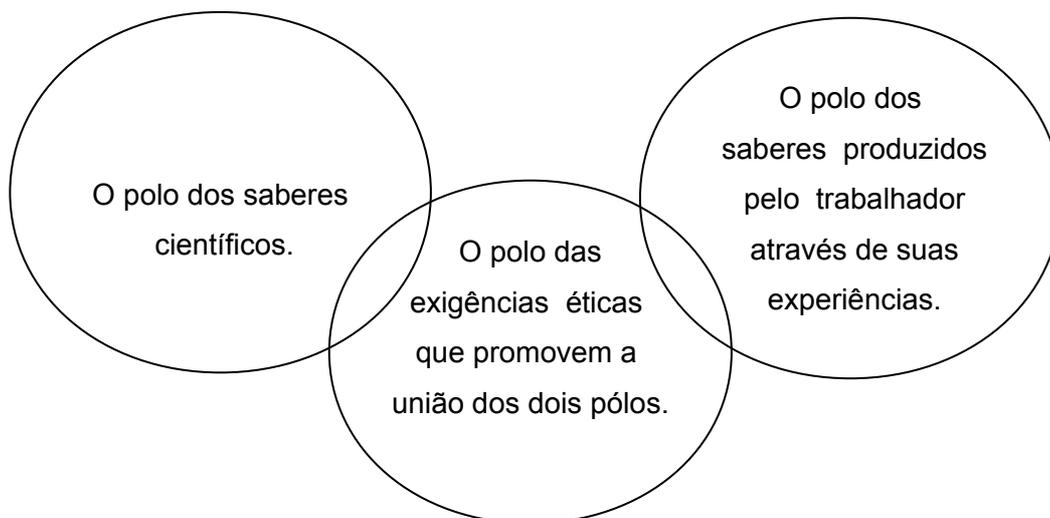


Figura 1: Os três polos da Ergologia
 Fonte: Adaptada de Schwartz (1997)

Sob a perspectiva ergológica nenhum destes três polos se sobressai sobre os outros, mas complementam-se promovendo uma sinergia viabilizando uma nova forma de analisar a atividade humana.

Os estudos de Schwartz enfocam:

(...) o trabalho como lugar de debate, um espaço de possíveis sempre a negociar onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade. Assim, o trabalho envolve sempre uso de si. Há uso de si pelos outros, já que o trabalho é, em parte, heterodeterminado por meio de normas, prescrições e valores constituídos historicamente. Porém, há também uso de si por si, já que os trabalhadores renormalizam as prescrições, e criam estratégias singulares para enfrentar os desafios de seu meio. Essa tensão contraditória só pode ser apreendida e um dispositivo de pesquisa que articule e re questione os conhecimentos dos pesquisadores com a experiência dos trabalhadores. (SCHWARTZ, 2000, P 34)

Scherer, *et al* (2009) afirma ainda que segundo a ergologia, o trabalhador faz o uso de si, em função do que os outros esperam dele e daquilo que ele mesmo espera e faz uso dos demais. Nesta troca de ações em que se estabelece o coleti-

vo de trabalho, os indivíduos se cooperam ou se confrontam. Esta cooperação, segundo Scherer, *et al* (2009) é *“fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção de sua identidade singular”*. Ao exercer suas atividades, e relacionar-se com os demais, o trabalhador cria novos saberes e valores e se auto normatiza levando o gestor a ter que considerar estes conhecimentos para administrar com flexibilidade os processos de mudança organizacional e promover a confiança e a cooperação.

“A gestão, na perspectiva da ergologia envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano” (SCHERER, *et al*, 2009).

A ergologia afirma que, contemporaneamente, nenhuma atividade humana pode mais ser totalmente padronizada e controlada conforme os modelos taylorista e fordista aplicado antigamente pelas indústrias e serviços públicos. Nos serviços de saúde esta premissa é mais evidente pois, a heterogeneidade das equipes, exige que todos os pontos de vista sejam contemplados e valorizados no planejamento e controle da assistência.

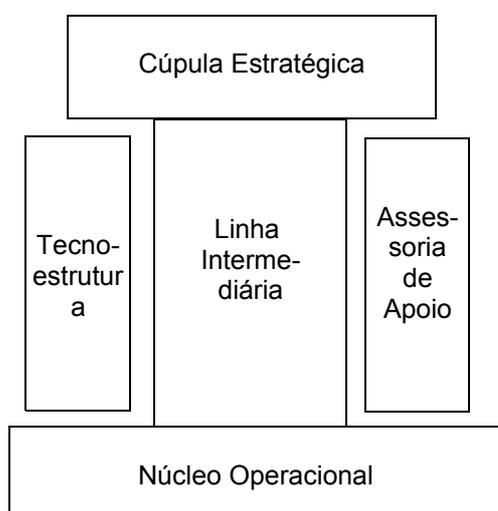
Diante disto, a atuação do gestor da área de saúde deve ser conduzida no sentido de que, as decisões visando a eficiência sejam tomadas levando-se em consideração além das normas antecedentes, também a perspectiva do trabalhador que tem o poder de negociar sobre o *uso de si* pelos outros e por si mesmo.

“Ao analisar a atividade/ação de trabalho, percebe-se um entrecruzamento de normas antecedentes e tentativas de renormalização na relação com o meio, no qual ocorre um debate permanente de valores, resultando em escolhas feitas por indivíduos e grupos.” (SCHERER, *et al*, 2009).

É necessário enfatizar que a ergologia não ignora nem opõe-se contra as normas gerais, mas enfatiza que torna-se importante ao gestor ter consciência que no cotidiano, os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e de sua relação com os demais e que é este fator e não as normas impostas, que sustentam um projeto.

Outro autor que realizou estudos muito importantes sobre as especificidades das organizações e que, junto à teoria ergológica, complementam neste trabalho, foi Mintzberg (2003). Ele concluiu que todas as organizações possuem basicamente em sua estrutura: a cúpula estratégica, a tecnoestrutura, a assessoria de apoio, a linha intermediária e o núcleo operacional (Figura 2). Segundo ele, no entanto, um hospital é uma organização extraordinariamente complexa e foi denominada por ele como uma Configuração Burocrática Profissional. As peculiaridades e diferenças das organizações podem ser observadas a seguir:

As cinco partes básicas da organização



As organizações burocráticas profissionais



Figura 2: Comparação: Estrutura Básica da Organização X Organização Burocrática Profissional

Fonte: Adaptada de Mintzberg (2003)

Como se pode observar, de acordo com Mintzberg, nos hospitais são muito desenvolvidas e destacam-se as áreas de assessoria de apoio (comissões, grupos de trabalho coletivo...) e do núcleo operacional (onde estão lotados os trabalhadores com suas diversas especializações). Ainda de acordo este autor, na Configuração Burocrática Profissional, sendo caracterizada pela alta especialização do trabalho, faz com que seu gestor se obrigue a contemplar e valorizar os vários conhecimentos e experiências no planejamento, organização e avaliação dos serviços.

Os estudos de Schwartz e Mintzberg levam à conclusão de que para se gerenciar o trabalho em saúde, é premente conhecer os seus sujeitos e contextos em que estão inseridos e que sua organização se dá pela forma como estes sujeitos aprendem e pensam sobre si mesmos (Scherer, 2009) e que portanto, criar-se normas e prescrições, sem se ater aos conhecimentos, experiências e motivações dos trabalhadores podem originar embates que dificultam e até inviabilizam a eficiência dos serviços.

Ou seja, pela proposta ergológica, a partir dos conhecimentos científicos e das experiências, pode ser promovida uma rica discussão sobre o trabalho e assim podem ser estipuladas formas de negociação permanente e de construção solidária em busca da eficiência.

3 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho será permeada inicialmente por uma pesquisa bibliográfica enfocada sob três aspectos:

- O embasamento legal brasileiro que dispõe acerca do princípio da eficiência no serviço público;
- Os regulamentos e pareceres de conselhos profissionais sobre a atuação médica; e
- A abordagem ergológica de Yves Schwartz que trata do estudo do trabalho.

Na sequência, haverá a correlação destes conceitos e diretrizes com os dados estatísticos de produtividade ambulatorial do HRLSS registrados no último semestre, captados através do SIG da instituição e complementados por uma descrição das características e rotinas do serviço observadas *in loco* pela autora.

Enfim, seguindo as orientações de Zanella (2012), a metodologia classifica-se tanto qualitativa quanto quantitativamente objetivando-se descrever uma realidade na área da administração pública utilizando-se de procedimentos de pesquisa bibliográfica bem como levantamento de dados junto à instituição foco do estudo.

4 A ORGANIZAÇÃO

O projeto foi realizado no HRLSS, unidade hospitalar própria do Governo do Estado do Paraná no período de Março a Setembro de 2013.

4.1 Descrição Geral

O HRLSS iniciou suas atividades em 1927 e desde sua abertura, é referência estadual no tratamento à tuberculose. Este hospital, em razão da sua função original como sanatório tisiológico está localizado fora do perímetro urbano do município da Lapa.

Em 2005, uma reformulação estrutural promoveu a fusão entre este hospital e o Hospital Hipólito e Amélia Alves de Araújo (HHAAA), criado no ano de 1924 que também pertencia ao governo do Paraná. Este, localizado no centro da cidade da Lapa, realizava atendimentos em Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral. A fusão levou o HRLSS a assumir um novo perfil de atendimento passando a ser também hospital geral com a internação nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria mas com os atendimentos cirúrgicos, continuando a ser realizados no HHAAA os quais apenas em 2012 passaram a ocorrer no HRLSS quando então foi concluída uma reforma para a disponibilização física da sua ala cirúrgica.

Em 2005 também, foi criado um setor denominado de: Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas. Esta nomenclatura deve-se à sua função original que era a de agendar consultas tanto para a especialidade de cirurgia geral realizada no HHAAA quanto a outros serviços médicos externos que não eram oferecidos pelo hospital.

4.2 Estrutura Física

O Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas, está instalado desde 2009 em um prédio localizado fora da estrutura física do HRLSS o qual foi

construído primariamente para fins de moradia de funcionários do hospital mas que após, passou a ser utilizado para fins ambulatoriais.

Em razão do prédio permanecer afastado do hospital, não há escuta do sistema de som ambiente e as equipes de enfermagem e administrativa deslocam-se por um longo percurso para trâmite de materiais e documentos e nos dias de chuva, as dificuldades aumentam. A única forma de comunicação com o setor se dá através de um ramal telefônico compartilhado entre equipes administrativa e de enfermagem. Com a ligação deste setor à rede lógica de informática do hospital e a instalação de uma impressora local em 2013, estas dificuldades de comunicação até diminuíram mas a integração com os demais setores do hospital ainda não é completa.

O prédio conta com uma sala administrativa, uma sala para atendimento de enfermagem, uma sala para curativos e retirada de pontos, uma sala de espera, um hall, um porão, um banheiro para trabalhadores (compartilhado entre homens e mulheres), um banheiro para pacientes (compartilhado entre homens e mulheres) e dois consultórios, sendo um deles também utilizado para a realização dos exames de eletrocardiograma. O acesso dos pacientes se dá através de uma escada pela frente e por uma rampa nos fundos do prédio.

Os pacientes que necessitam realizar exames laboratoriais e de raio-x são encaminhados a serviços que estão instalados no próprio hospital mas distantes do Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas.

4.3 Recursos Humanos

Observou-se que são realizadas consultas médicas nas especialidades de Cirurgia Geral, Urologia, Ginecologia, Cirurgia Vascular e Cardiologia. A especialidade de Anestesiologia utiliza-se de um consultório do Centro Cirúrgico. Além disso, também são realizados pela equipe de enfermagem deste setor, curativos especiais, retirada de pontos e exames de eletrocardiograma.

Quantidade	Função	Carga Horária Contratada
1	Auxiliar de Limpeza	40 horas semanais cada
3	Trabalhadores de Enfermagem	40 horas semanais cada
5	Trabalhadores Administrativos	40 horas semanais cada
8	Médicos sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Um Anestesista • Um Cardiologista • Dois Cirurgiões Gerais • Dois Cirurgiões Vasculares • Um Ginecologista • Um Urologista 	20 horas semanais cada

Quadro 3: Composição da equipe ambulatorial do HRLSS

Fonte: A Autora, 2013

Os pacientes são orientados a comparecerem às consultas nos seguintes dias e horários:

- ➔ Cirurgia Geral às segundas-feiras -14 horas
- ➔ Anestesiologia às terça-feiras - 7 horas.
- ➔ Ginecologia e Urologia às terças-feiras -11 horas
- ➔ Cirurgia Vascular às quartas-feiras - 15 horas
- ➔ Cardiologia às sextas-feiras - 8 horas
- ➔ Cirurgia Vascular aos sábados - 7 horas

A admissão de pacientes para pequenos procedimentos cirúrgicos é realizada às segundas e terças-feiras às 7 horas e para procedimentos de médio porte às segundas-feiras às 15 horas.

4.4 Rotina de Referência e Contra Referência

O serviço de Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas do HRLSS, é referência para a Prefeitura Municipal da Lapa que encaminha os pacientes através da sua Central de Marcação de Consultas. No entanto, não se pôde identificar documentalmente se há um acordo formal em relação à operacionalização do serviço e compromissos assumidos entre o hospital e o município da Lapa.

Também são atendidos no Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas pacientes internados no próprio hospital encaminhados pelos seus médicos diaristas ou plantonistas mas esta demanda é pequena.

Segundo é constantemente informado por integrantes da Central de Marcação de Consultas da Lapa à equipe administrativa do Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas, algumas das especialidades possuem demanda reprimida de consultas ao contrário de outras. Também não foi possível identificar documentalmente no serviço, qual foi o critério utilizado para as contratações destes especialistas, ou seja, se havia uma demanda suficiente de pacientes que as justificasse.

Não há nenhuma normatização oficial interna ou padronização que regulamente a forma de encaminhamento, os critérios de admissão e o número de pacientes a serem atendidos pelos médicos. Este fator tem levado a equipe a organizar-se de forma que seja agendada a quantidade de consultas estipulada por cada médico. Muitas vezes o número de pacientes atendidos não atinge o número de vagas disponíveis em razão de absenteísmos ou mesmo falta de demanda, mas eventualmente, quando o número de consultas é ultrapassado do combinado, ocorrem desentendimentos entre equipes médica, administrativa e de enfermagem. Também há registros do atendimento de pacientes (residentes em outros municípios, demais trabalhadores do HRLSS, e seus conhecidos) que não são encaminhados pela Central de Marcação de Consultas nem pelos médicos diaristas ou plantonistas do hospital. Nota-se que não há um consenso ou um padrão entre os trabalhadores do Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas sobre esta prática e por isso alguns não envolvem-se e de uma forma discreta a criticam e outros a cumprem pacificamente.

Alguns procedimentos cirúrgicos, sejam de pequeno ou médio portes, são realizados no próprio Centro Cirúrgico do hospital sendo para isso utilizadas salas operatórias. Estas cirurgias são sempre agendadas para outra data diferente do dia da consulta. Já os pacientes que necessitam de outros procedimentos cirúrgicos que não são realizados no HRLSS são contra-referenciados à Central de Marcação

de Consultas do Município da Lapa ou diretamente a outros serviços hospitalares já credenciados ao SUS e nos quais estes mesmos médicos procedem as cirurgias. Os pacientes que necessitam realizar outros exames que não são disponibilizados no hospital, também são contra-referenciados à Central de Marcação de Consultas do Município da Lapa para que através de lá, sejam providenciados. Também com relação aos exames realizados e custeados pelo hospital não foi identificada nenhuma pactuação com o município.

Há que se ressaltar que, para as especialidades de Anestesiologia e Cardiologia são referenciados os pacientes que possuem indicação cirúrgica e encaminhados apenas pelos médicos do Ambulatório.

4.5 Indicadores Estatísticos

Com base em dados informados pelo Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas ao SIG do hospital, foi possível elaborar tabelas estatísticas referentes a um semestre de 2013 conforme apresentadas a seguir.

Especialidades	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Total
Especialidade 1	76	78	86	48	65	79	432
Especialidade 2	67	83	56	65	80	61	412
Especialidade 3	21	21	17	15	22	22	118
Especialidade 4	69	51	0	43	92	112	367
Especialidade 5	0	6	0	7	9	5	27
Especialidade 6	0	3	4	4	1	14	26
Total no mês	233	242	163	182	269	293	1382

Quadro 4: Número de consultas por especialidade por semestre
Fonte: SIG – HRLSS, 2013

Denota-se que, neste levantamento estatístico, referimo-nos ao termo “especialidade 1, 2, 3...” e não especificamente a qual especialidade. A ordem das especialidades também difere da ordem apresentada no quadro **“Composição da Equipe”**. Tal conduta tem o objetivo avaliar a atuação geral do Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas e, de forma alguma, expor individualmente seus profissionais.

Tipo	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Total
Médio Porte	14	12	10	13	20	10	79
Pequeno Porte	25	24	25	21	27	28	150

Quadro 5: Número de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos por semestre

Fonte: SIG-HRLSS, 2013

Enfatiza-se que neste trabalho, são considerados procedimentos de médio porte aqueles que geram uma internação e os procedimentos de pequeno porte aqueles que não necessitam da internação do paciente. Ressalta-se ainda que, no período analisado, foram realizadas cirurgias de médio porte nas especialidades de ginecologia e urologia e que estes procedimentos são realizados em conjunto por estas duas especialidades, além do anestesista, sendo, portanto, cada cirurgia deste porte acompanhada por três médicos.

4.6 Diagnóstico da Situação-Problema

A partir de um processo de reformulação administrativa iniciado em 2012 no Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas orientado pela autora deste projeto, foram implementadas as ações de: informatização do cadastro dos pacientes, adequação das salas administrativa e de espera e hall, unificação gradual dos prontuários dos pacientes ambulatoriais e internados, implantação de uma nova forma de arquivamento dos prontuários dos pacientes utilizando-se o sistema dígito terminal em cores, criação de novos fluxos e processos de trabalho, treinamentos à equipe administrativa e ampliação do registro de dados informacionais de produção do setor através de tabelas eletrônicas sendo estes dados incorporados ao SIG do hospital.

Esta intervenção administrativa aliada à análise dos dados estatísticos de produtividade, levou à percepção de que, ações de reformulação de cunho administrativo poderiam apenas colaborar com a eficiência operacional do serviço

no que consistia à qualidade no registro e armazenamento das informações mas que, da mesma forma, deveriam ser promovidas ações relacionadas à organização e otimização da assistência para que a qualificação e eficiência do serviço se desse de uma forma mais completa e harmônica.

Assim, optou-se neste projeto, na elaboração de um diagnóstico do serviço sob os pontos de vista qualitativo e quantitativo pois, acredita-se que o entendimento complementar destes dois âmbitos torna-se importante para o planejamento e implementação de ações que promovam a eficiência.

4.6.1 Análise qualitativa do serviço

O fato dos serviços ambulatoriais permanecerem em um prédio afastado do hospital, além de dificultar a comunicação e acesso, leva à percepção de descaso e isolamento do serviço. Já os pacientes que necessitam realizar exames pré-operatórios como os laboratoriais e de radiologia, demonstram sentir dificuldades e perda de tempo em localizar os setores para onde devem se dirigir.

A atual sala de espera de consultas e o hall comportam vinte e duas pessoas sentadas mas, em dias de maior movimento algumas pessoas permanecem em pé no aguardo da consulta. Os cadeirantes possuem dificuldades de acesso e movimentação dentro das salas. A sala de espera possui apenas uma janela que, em dias mais frios ou chuvosos acaba permanecendo fechada o que deixa o ambiente abafado e propício à propagação de micro-organismos patogênicos. O fato de existirem os mesmos banheiros sendo compartilhados tanto por homens e mulheres causa constrangimentos entre pacientes e trabalhadores.

O HRLSS é uma unidade própria do governo do Estado do Paraná. Além disso, sua nomenclatura o define como regional, portanto, seus serviços médicos e de diagnóstico deveriam ser disponibilizados de forma igualitária ao número máximo de municípios e não a apenas um único beneficiário. Além disso, com a municipalização da saúde no Brasil, os municípios é que tem a responsabilidade em assumir a contratação de serviços de saúde, sejam públicos ou privados, e

entende-se, portanto, que os serviços prestados pelo HRLSS, devem ter uma forma compensação em razão de sua prestação. Com relação aos pacientes de outros municípios, que são consultados e realizam exames no hospital, é importante que, da mesma forma se providencie a pactuação entre o HRLSS através da SESA e os gestores municipais para que se oficialize ao menos acordos de cooperação. Ressalta-se ainda que a extensão dos serviços do HRLSS a outros municípios irá reforçar seu papel assistencial em saúde na região e poderá aumentar seu potencial de negociação para ampliação e qualificação dos seus serviços, pois poderá contar com o apoio dos gestores e população dos demais municípios.

A maior demanda de pacientes em algumas especialidades e menor em outras, tem levado a uma carga de trabalho maior de alguns profissionais médicos e menor de outros. Esta diferenciação da carga de trabalho pode induzir a comparações entre os médicos e pré-concepções acerca da baixa produtividade de alguns sobre os demais. Além disso, a baixa produtividade e ociosidade de algumas especialidades pode, após análise de sua média histórica, levar a Direção do HRLSS a ter dificuldades em justificar a permanência dos especialistas e ser viabilizada sua transferência para regiões ou cidades com maior demanda.

A inexistência de normas internas oficiais, que tem levado os próprios trabalhadores a auto-regulamentarem o serviço sem a participação efetiva da equipe gestora do hospital, indica a inexistência de uma gestão comprometida e a falta de controle sobre o serviço, e tem evidentemente levado a práticas de favorecimento pessoal e mau uso dos recursos públicos, além de denegrir a imagem do HRLSS e do SUS.

É preciso enfatizar também, que no Código Penal Brasileiro (1940) no capítulo que dispõe sobre os crimes praticados por funcionários públicos contra a Administração Pública, a prática do favorecimento pessoal em serviços públicos pode ser enquadrada sob vários aspectos: peculato, concussão, corrupção ativa e passiva, prevaricação, condescendência criminosa e até formação de quadrilha. Esta lei determina ainda que tanto os executores destes crimes, quanto gestores dos serviços e demais funcionários que colaboram nestas práticas, estão sujeitos a

processos administrativo, civil e criminal e sua condenação varia desde multa até reclusão.

No aspecto moral, a prática do favorecimento pode ser analisada sob dois âmbitos: nos casos de encaminhamentos às especialidades em que não há demanda reprimida, os pacientes que foram “encaixados” acreditam terem ficado devendo um grande favor que em outra ocasião lhes será cobrado. Mas, a situação mais grave ocorre naquelas especialidades com grande demanda e para as quais algum paciente utilizou-se de seu contato para ser atendido antes dos demais pacientes, que podem até encontrar-se com a saúde mais comprometida, mas em razão da grande demanda e da impossibilidade de pagar por um atendimento particular, sujeitam-se a permanecer durante meses no aguardo de uma consulta no sistema público.

Sob a ótica ergológica, pode-se supor que o uso de um serviço público para favorecimentos pessoais, desestimula os trabalhadores que não se submetem a esta prática pois sentem-se explorados e assim não motivam-se a permitir o “*uso de si pelos outros*”. A falta de controle e regulamentos sérios na admissão dos pacientes leva a que sejam taxados de maus colegas aqueles que não aceitam a prática do favorecimento pessoal e de bons colegas aqueles que colaboram com esta prática. Cabe, portanto, a aplicação de dispositivos que inibam e anulem o mau uso do sistema. Acredita-se que à partir do momento que os trabalhadores contarem com a certeza de que o serviço onde atuam é tratado com lisura e transparência, e que suas atividades profissionais são destinadas unicamente para o bem comum da população, possa haver maior colaboração na promoção das ações que buscam a otimização e a eficiência.

Entende-se que a nomenclatura que ainda é dada ao setor como “Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas” não se refere mais ao seu atual perfil assistencial. Isto porquê, além das especialidades cirúrgicas, foram sendo incorporadas outras especialidades médicas cujos tratamentos não necessariamente culminam em procedimentos cirúrgicos, mas em condutas clínicas como o tratamento medicamentoso por exemplo. Além disso, o serviço não realiza

mais a marcação de consultas, senão daquelas de retorno dos pacientes em tratamento no próprio ambulatório. Talvez o fato deste setor ainda ser referido com o nome de “Ambulatório Cirúrgico e Marcação de Consultas”, continue levando pacientes e trabalhadores do hospital a manterem a cultura de dirigirem-se a ele a fim de que sejam marcadas suas consultas diretamente. A mudança da sua denominação poderá até contribuir para oficializar a mudança cultural na busca da eficiência do serviço que este projeto propõe.

O fato de cirurgias de pequeno e médio portes serem realizadas em salas operatórias e o seguimento de um mesmo protocolo de admissão, levam os pacientes a passarem por um estresse desnecessário, pois o fato de serem conduzidos para o interior de um centro cirúrgico que apresenta um aparato tecnológico maior, representa para um leigo, que os riscos aos quais passará serão grandes. Além disso, dá-se a elevação do custo do serviço pois são ocupados leitos hospitalares sem necessidade.

É muito comum que, quando os pacientes chegam ao ambulatório, acreditem que naquele mesmo dia serão submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Observou-se que no momento em que lhes é informado que ainda será agendado outro dia mesmo para um procedimento pequeno, ocorre a queda da satisfação, visto que a expectativa dos pacientes é que teriam seu problema resolvido naquele mesmo dia. A queda da satisfação reflete no índice de qualidade do serviço, pois os pacientes não tiveram suas expectativas atendidas como haviam almejado. Além disso também ocorre a duplicação dos custos do paciente, que tem que deslocar-se duas vezes ao hospital, que é localizado fora do perímetro urbano da Lapa. Outro fator de insatisfação é o tempo despendido pelos pacientes tendo que comparecerem primeiro à consulta e dias depois, ao procedimento. Este fator é agravado nos casos de pacientes trabalhadores que muitas vezes tem dificuldade em justificar a dupla ausência no trabalho.

Além do não atendimento das expectativas iniciais dos pacientes, outros fatores relacionados ao agendamento do procedimento em outra data, é a duplicação de tarefas administrativas e de enfermagem e consumo duplicado de

formulários, aumentando o volume de papéis nos prontuários dos pacientes e demais custos de manutenção do serviço.

4.6.2 Análise quantitativa do serviço

O quadro “**Número de Consultas por Especialidade por Semestre**”, informa que foram realizadas mil, trezentas e oitenta e duas (1.382) consultas em seis meses.

Já o quadro “**Número de Pacientes que Realizaram Procedimentos Cirúrgicos por Semestre**” demonstra que foram realizados cento e cinquenta (150) procedimentos cirúrgicos de pequeno porte e setenta e nove (79) de médio porte sendo portanto, em média, realizados vinte e cinco (25) procedimentos de pequeno porte e treze (13) procedimentos de médio porte por mês.

Então, a partir destes dados é possível correlacioná-los e concluir que em um período de seis meses todas as atividades médicas totalizaram mil, seiscentos e onze (1.611) entre consultas e procedimentos.

Já a análise do quadro “**Composição da Equipe do Ambulatório**” fornece dados que indicam que o serviço conta com três mil, oitocentas e quarenta (3.840) horas médicas disponíveis por semestre.

Entende-se que não exista outra forma de proceder uma análise quantitativa senão relacionando a produtividade do serviço aos recursos disponíveis para sua execução.

Se forem divididas o número de horas médicas disponíveis, pelo total de atividades médicas (consultas e procedimentos pequenos e médios), cada atividade destas durou mais de duas (2) horas.

Considerando ainda que, excluindo-se desta conta o total das cirurgias de médio porte juntamente com os dois médicos cirurgiões que as realizam, permanecem mil, quinhentos e trinta e dois (1532) consultas e procedimentos de pequeno porte e o número de horas contratadas passa para duas mil, oitocentas e oitenta (2880). Se forem divididos o número de horas, pelo número de procedimentos, conclui-se ainda que cada procedimento de pequeno porte e consultas tiveram em média a duração de uma virgula oito (1,8) horas.

Se os cálculos forem diferentes, sendo dividido o número de consultas: um mil, trezentas e oitenta e duas (1382) pelo número de semanas do semestre: vinte e seis (26) conclui-se que em média foram consultados cinquenta e três (53) pacientes por semana. Se este valor ainda for dividido pelo número de médicos: oito (8), cada médico teria consultado em média seis (6) pacientes por semana.

Já em relação ao número de procedimentos cirúrgicos, este mesmo cálculo se daria assim: se seu total: duzentos e vinte e nove (229) for dividido, pelo número de semanas: vinte e seis (26) e após, pelo número de médicos que procedem os mesmos: cinco: (5) chega-se à conclusão de que não foram realizados nem dois (2) procedimentos por médico por semana.

Estes cálculos podem até parecer simplistas demais para um estudo que envolve tantas especificidades e condutas como é a área médica. No entanto, esta é a forma pela qual os sistemas de informações gerenciais (informatizados ou manuais) analisam os dados: número de horas contratadas X número de processos realizados ou ainda: número de atendimentos em um período X número de profissionais.

Vale ressaltar que no Governo do Estado no Paraná não há normatizações que definem metas sobre os atendimentos ambulatoriais e hospitalares dos agentes profissionais estatutários. No entanto, a SESA vem desde 2011 criando um banco de informações com dados enviados através do SIG pelos hospitais próprios o governo. A condensação destes dados, permite à SESA a realização de cálculos como os apresentados neste trabalho, e a partir disto, comparar a eficiência entre

os hospitais próprios e até a outros serviços hospitalares públicos ou privados que sejam referência nas diversas áreas assistenciais.

Além disso, sabe-se que a informatização das unidades de saúde, desde a atenção primária até os hospitais é um fato que deve ocorrer mais cedo ou mais tarde e que estes sistemas também possibilitam emitir relatórios gerenciais e permitir aos trabalhadores e gestores avaliarem a sua atuação individual e em equipe e assim, estabelecerem metas e diretrizes.

5 PROPOSTA

Com base no diagnóstico qualitativo e quantitativo serão elencadas várias propostas que visam contribuir com a maior eficiência e qualificação do serviço ambulatorial do HRLSS as quais caberão ser implementadas pela sua equipe gestora caso as entenda convenientes.

5.1 Desenvolvimento da Proposta

5.1.1 Adequação da estrutura física

Propõe-se neste projeto, a centralização de todos os serviços ambulatoriais do hospital para uma ala interna da estrutura física do hospital visando promover mais comodidade aos trabalhadores e pacientes que teriam de se dirigir a um único local para resolução de todas as suas demandas além da nova estrutura de salas de trabalho, sala de espera e sanitários que os acomodaria com maior conforto e de acordo com as normas legais de acessibilidade. Sugere-se diante disto a ala atualmente utilizada para internamento de pacientes com Tuberculose Multi-Resistente (TBMR) tendo em vista que sua estrutura física é composta por várias salas nas quais podem ser instalados consultórios, salas exclusivas para procedimentos médicos, sala exclusiva para curativos em feridas contaminadas, sala exclusiva para curativos limpos e retiradas de pontos, sala de pré-consulta, sala para coleta de exames laboratoriais, sala para realização de exames de eletrocardiograma, salas de espera de pacientes que realizarão os procedimentos, sala para guarda de materiais estéreis e equipamentos, enfim uma estrutura que poderia comportar a atual demanda de atendimentos e ainda sua possível ampliação. Além disso, as equipes administrativas da recepção geral do hospital e do ambulatório seriam unificadas otimizando os recursos humanos. Seria importante apenas, que se abrisse uma porta diretamente na sala de espera para que os pacientes tivessem acesso apenas através dela, e a equipe de recepção poderia assim controlar com maior eficiência a entrada e saída dos pacientes do interior do hospital. Há que se ressaltar que a abertura desta porta deveria ser providenciada independentemente da transferência do Ambulatório para a ala

interna do hospital, tendo em vista que os recepcionistas já tem o dever de controlar o acesso de pacientes internados, seus visitantes e acompanhantes e a porta também auxiliaria neste sentido eximindo esta responsabilidade que atualmente recai sobre um guarda patrimonial. Há que se ressaltar que com a transferência do Ambulatório para uma ala interna do hospital, os trabalhadores deste setor se sentiriam mais integrados à unidade e às suas rotinas internas. Já com relação ao serviço de TBMR, este poderia ser removido para uma ala onde atualmente estão instalados serviços administrativos, mas que já possui originalmente uma estrutura para realizar internamentos não necessitando portanto de grandes adequações. Com relação ao atual prédio onde está localizado o Ambulatório atualmente, este poderia destinar-se e abrigar os serviços de terapia do hospital como psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fisioterapia, biblioteca e videoteca pois conta com ambientes amplos e que seriam exclusivos para cada tipo de atendimento. Também o projeto “Casa de Ofícios” poderia ser transferido para uma casa existente ao lado do Ambulatório onde atualmente está instalado o serviço de transportes do hospital. Enfim, haveria a centralização dos serviços de terapia e esta unificação física poderia colaborar na elaboração de projetos conjuntos que trariam muitos benefícios aos pacientes internados.

5.1.2 Estabelecimento de rotinas e protocolos de referência e contra-referência

Sugere-se que seja promovido imediatamente um processo de contratualização entre o HRLSS e os gestores do município da Lapa e dos municípios de onde são encaminhados pacientes e que, nas especialidades nas quais não há demanda reprimida seja incentivado o encaminhamento de pacientes de outros municípios a fim de atingir as metas de produtividade planejadas. Sugere-se que os gestores do hospital verifiquem junto à Central Estadual de Regulação a possibilidade dos encaminhamentos darem-se apenas através da mesma a fim de tornar o sistema mais transparente e justo aos usuários/cidadãos.

É importante também que a equipe gestora do HRLSS oficialize a quantidade de atendimentos a ser acordada com os profissionais, bem como sua origem e forma de encaminhamento e, a fim de se promover uma blindagem no serviço protegendo-o da ação de pessoas que o utilizam almejando obter benefícios pessoais e é imprescindível que estas normas sejam amplamente divulgadas bem como exigido o seu cumprimento por todos, sejam gestores, trabalhadores ou usuários do sistema. A alteração da nomenclatura do serviço para “Ambulatório de Especialidades” poderia até contribuir com a promoção da mudança cultural em relação à sua nova dinâmica de atendimentos.

Propõe-se que as pequenas cirurgias sejam realizadas em sala de procedimentos instaladas na nova ala ambulatorial e não mais em salas operatórias permanecendo esta estrutura apenas para as cirurgias de médio porte.

Sugere-se ainda que pacientes que possuem indicação para realizarem pequenas cirurgias tenham os procedimentos realizados já no mesmo dia da sua consulta. Para isso, deverá ser estabelecida uma rotina que, tecnicamente, cumpre ser construída conjuntamente pelas equipes médica e de enfermagem.

5.1.3 Estabelecimento de metas de produtividade do serviço e parâmetros de controle

Inicialmente propõe-se que a equipe gestora do hospital em parceria com a equipe médica do Ambulatório e, utilizando dos parâmetros e análises deste projeto, promovam um debate que vise a otimização dos recursos e conseqüentemente a maior eficiência da assistência.

Caso fossem tomadas como parâmetro as recomendações do Ministério da Saúde e CRMs, o número de atendimentos entre consultas e pequenos procedimentos, poderia chegar até a 80 atendimentos por semana por médico! Este número representaria um aumento muito expressivo, no entanto, novamente ressalta-se que, apesar de ser necessário o uso de parâmetros na definição de

metas de produtividade, o mais importante é que haja um consenso entre trabalhadores e gestores na sua definição, bem como uma padronização entre todos os profissionais a fim de que não haja sobrecarga de uns em relação aos demais, causando assim insatisfação e a desmotivação para o trabalho.

Ressalta-se ainda que, caso ocorra o aumento da demanda de pacientes e para que não se acarrete um acúmulo de pacientes em alguns dias e faltas em outros, seja feita sua distribuição uniforme nos dias da semana sendo, alocado um médico por dia, e suas consultas distribuídas de acordo com o horário de preferência e disponibilidade de cada médico. (só de manhã / manhã e tarde / só à tarde). É importante lembrar no entanto, que os pacientes não devem sofrer por esperas longas para o atendimento. Além disso, a superlotação das salas de espera é um fato que causa impressão de desorganização do serviço e desumaniza o atendimento. Há que ressaltar ainda que, qualquer que seja a decisão, esta deve ser compartilhada com as equipes administrativa e de enfermagem a fim de que os recursos humanos e materiais necessários possam ser providenciados na medida certa.

É necessário enfatizar que, caso se dê a otimização do serviço e a realização dos procedimentos no mesmo dia da consulta conforme propõe este projeto, a proposta de transferência do serviço ambulatorial para uma ala mais ampla é imprescindível uma vez que o prédio atualmente utilizado não comportaria um aumento de demanda de pacientes e os tipos de procedimentos a serem nele realizados.

Com relação às cirurgias de médio porte, sugere-se que as mesmas sejam condensadas para um único dia do mês e que haja possibilidade dos médicos que as realizam em conjunto reunirem-se. Além disso, deve ser estabelecida e seguida uma rotina de acompanhamento médico pós-cirúrgico dos pacientes. É possível acordar que naquela semana não sejam agendadas consultas e nem procedimentos de pequeno porte para estes médicos. É necessário ressaltar novamente que, é primordial que esta sugestão passe por avaliação da equipe de enfermagem da unidade cirúrgica, bem como dos serviços de apoio a fim de avaliar

se as necessidades físicas, materiais e humanas seriam suficientes ao se agendar todas as cirurgias e um mesmo dia.

A equipe gestora do HRLSS deverá, por sua vez, acompanhar os índices de produtividade e indicadores de qualidade e satisfação dos trabalhadores e pacientes, a fim de avaliar a efetividade e impactos destas novas ações, retornando aos trabalhadores do setor os resultados, valorizando os pontos positivos e corrigindo os pontos negativos.

5.2 Plano de Implantação

Etapa	Responsabilidade
Apresentação do projeto à Direção do hospital	Administradora do HRLSS
Deliberação sobre as propostas apresentadas	Diretores do HRLSS
Discussão e definição das metas de produtividade	Diretores e Equipe Médica do Ambulatório do HRLSS
Discussão e definição de protocolos de atendimento, de referência e de contra-referência	Diretores e Equipe Médica do Ambulatório do HRLSS
Divulgação das ações de otimização e reformulação física às Chefiarias do HRLSS	Diretores do HRLSS
Transferência de mobiliário do Ambulatório, TBMR e serviços administrativos para as novas alas, adequações estruturais e revisão das rotinas	Chefiarias e trabalhadores dos setores
Contratualizações/pactuações com municípios	Diretores do HRLSS da SESA e gestores municipais
Acompanhamento do cumprimento das metas de produtividade e das condições da nova estrutura	Diretores e Chefiarias do HRLSS

Quadro 6: Etapas de implantação do projeto
Fonte: Elaborado pela autora, 2013

5.3 – Recursos

Este projeto pretende promover a otimização da oferta sem necessariamente incorporar mais recursos e custos à estrutura.

Os recursos para as pequenas adequações físicas necessárias também já estão disponíveis no hospital como: materiais para reformas e recursos humanos para executá-las.

No entanto, caso haja o aumento da oferta assistencial, deve-se promover um estudo técnico a fim de planejar e disponibilizar materiais médico hospitalares na quantidade e qualidade ideais na realização de procedimentos de pequeno porte.

5.4 - Resultados Esperados

Almeja-se com as aplicações das propostas deste projeto:

- ✓ Um aumento significativo da oferta de consultas e pequenos procedimentos cirúrgicos.
- ✓ A disponibilização da estrutura física ideal para a execução das atividades ambulatoriais e com maior conforto aos pacientes e trabalhadores.
- ✓ A maior integração da equipe ambulatorial aos serviços do hospital.
- ✓ A maior satisfação dos trabalhadores na execução de suas tarefas.
- ✓ A maior satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde na resolução de suas demandas.

5.5 - Riscos ou Problemas Esperados e Medidas Preventivo-Corretivas

Riscos ou Problemas Esperados	Medidas Preventivo-Corretivas
A SESA definir que o HRLSS não terá perfil de hospital geral com as clínicas médica, pediátrica e cirúrgica mas apenas de hospital especializado e referência em fisiologia.	Incentivar uma negociação, envolvendo representações locais e regionais, no sentido de possibilitar a continuidade da assistência hospitalar geral em conjunto com a especializada.
Falta de comprometimento da equipe gestora na promoção de ações que promovam a eficiência do serviço.	Orientações formalizadas em meio escrito e reuniões, apontando aspectos negativos e sugestões de melhorias.
Recusa dos trabalhadores em cooperar na elaboração de uma proposta de otimização do serviço.	Promover a conscientização dos trabalhadores na busca da otimização para a própria manutenção do serviço no hospital.
Exonerações e transferências a pedido dos trabalhadores que não concordarem com a proposta.	Adequação da oferta de atendimentos de acordo com a nova disponibilidade de recursos.
Falta de colaboração dos trabalhadores e pacientes pela não continuidade dos favorecimentos pessoais.	Orientações formais aos trabalhadores utilizando-se dos protocolos elaborados para normatizar o serviço, esclarecendo acerca dos deveres legais dos servidores públicos e usando de medidas legais pelo descumprimento.

Quadro 7: Riscos, problemas esperados e medidas
Fonte: Elaborado pela Autora, 2013

6 CONCLUSÃO

Mais do que apontar metas de produtividade e patamares quantitativos que poderiam ser alcançados pelo serviço ambulatorial do HRLSS, este projeto visou através da abordagem ergológica incitar à reflexão tanto dos gestores quanto dos trabalhadores do hospital em relação aos impactos de suas ações à população e a partir daí, iniciar uma auto-análise e um processo de negociação visando promover a maior otimização dos recursos humanos.

Sabe-se que a história das profissões de saúde é marcada pela busca de melhoria constante das condições de trabalho inclusive com redução de jornadas. Não há dúvidas que a qualidade da assistência à saúde depende da forma que os recursos humanos são tratados. Implementar ações de valorização são imprescindíveis desde que não firam normas legais e morais. Há que se incentivar o dispositivo da co-gestão dos serviços de saúde como uma forma de humanizar a assistência mas tal medida somente será efetiva se os próprios trabalhadores, de forma amadurecida, promoverem uma auto-análise de suas atitudes e também as orientarem no sentido da eficiência percebendo a importância de seu papel social, especialmente na saúde pública.

Verifica-se que este trabalho também se torna pertinente aos demais serviços públicos de saúde tanto do governo do Paraná quanto municipais pois, considerando que não há uma norma geral que defina e regule a questão da produtividade em saúde no âmbito federal e estadual, ao menos orienta que, considerando a abordagem ergológica, existe uma maneira de se construir uma política de gestão de recursos levando tanto o gestor a cumprir seu papel de administrador dos recursos quanto dos trabalhadores de produzirem e cumprirem suas atribuições de forma coerente. Assim, espera-se que este trabalho incite os gestores deste e dos demais hospitais públicos a utilizarem-se dele para iniciar um processo de mudança cultural com foco na eficiência.

Percebeu-se que, por um lado, o gestor público é cobrado legalmente e pela sociedade em responsabilizar-se pela otimização dos recursos com foco na eficiên-

cia dos serviços mas entra em confronto com os trabalhadores que esperam que seus interesses profissionais e pessoais sejam respeitados. Manter um equilíbrio entre estes dois anseios é um desafio enorme para o gestor que precisa conhecer as normas legais, recomendações e parâmetros para conduzir um processo negociado justo tanto sob a ótica dos trabalhadores mas também satisfatório aos cidadãos para os quais administra o serviço e presta contas. Na área da saúde apoiar-se em indicadores e experiências de outros serviços afins para justificar suas ações e também em outros instrumentos como os sistemas de regulação de leitos e vagas, também podem auxiliar o gestor a promover maior transparência e impessoalidade na gestão dos recursos.

Não há dúvidas, de que o aprofundamento deste assunto e a apresentação de propostas viáveis à equipe diretiva da instituição exigirá incondicionalmente comprometimento na aplicação das medidas corretivas e o seu permanente acompanhamento acerca dos impactos e eficácia das ações através de um comparativo dos índices levantados neste trabalho e aqueles futuramente alcançados.

Para a autora deste trabalho, o interesse em aprofundar o debate em torno deste tema, além de cumprir uma exigência curricular para obtenção do título de Especialista em Gestão Pública, também encontra uma motivação pessoal pois, enquanto Administradora Hospitalar profissional, estatutária do Governo do Paraná e considerando os deveres profissionais deste cargo torna-se primordial o aprimoramento dos conhecimentos acerca das melhores práticas e técnicas na gestão pública e o cumprimento de seu papel enquanto servidora pública. Os autores referenciados durante todo o curso e também neste trabalho sem dúvida levaram à ampliação dos conhecimentos e técnicas administrativas o que comprova mais uma vez, que a capacitação permanente dos servidores públicos, leva às melhores e mais profissionais práticas de gestão dos recursos disponíveis e pode, sem dúvida, influenciar na ampliação da oferta de serviços públicos e com a qualidade almejada pelos cidadãos.

7. REFERÊNCIAS

ARROYO, C.S., **Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: O Tempo de Atendimento da Consulta Médica**. 129 p. Tese, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 2007.

BERGUE, S. T., **Cultura e mudança organizacional**, Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2010.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18/12/2013.

BRASIL, **Decreto-Lei nº 2848/1940**. Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 18/12/2013.

BRASIL, **Emenda Constitucional nº 19 /1998**, Dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 18/12/2013.

BRASIL, **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, **PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Edição 2004-2005, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, **Portaria n.º 1101/GM** que estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, Ministério da Saúde, 2002

COELHO,R.C., **O público e o privado na gestão pública**, 2. ed. reimp, Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Parecer Consulta nº 30/1990**. Processo Consulta nº 3.236/89. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1990/30_1990.htm. Acesso em: 18/12/2013

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer Consulta nº 001/2010**. Processo Consulta CFM nº. 7581/09 Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2010/1_2010.htm. Acesso em: 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA, **Processo Consulta nº 36/2010**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPB/pareceres/2010/36_2010.htm. Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, **Parecer nº 1999/2008 CRM-PR**. Processo Consulta nº 120/2008. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMPR/pareceres/2008/1999_2008.htm. Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, **Parecer nº 2216/2010 CRM-PR**, Processo Consulta nº 092/2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2010/2216_2010.htm Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, **Parecer nº 2225/2010 CRM-PR**, Processo Consulta nº 110/2010. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2010/2225_2010.htm. Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNANBUCO, **Resolução nº 01/2005** Disponível em: http://www.cremepe.org.br/leitorResolucoes.php?cd_resolucao=51. Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE SUL, **Resolução nº 007/2011**, Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmrs/resolucoes/2011/7_2011.htm Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO, **Resolução nº 17/1987**, Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmrj/resolucoes/1987/17_1987.htm Acesso em 18/12/2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, **Parecer nº 24.358/97**, Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=3561&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=24358&situacao=&data=00-00-1997> Acesso em 19/12/2013.

DONABEDIAN, A., **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine , Northfield, 1990.

MALMEGRIN, M.L., **Gestão Operacional**, 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.

MINTZBERG H. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

SCHERER, M. D. A. *et al*, **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde**. Revista em Saúde Pública. 2009.

SCHWARTZ, Y., **Travail et ergologie**. In:(Org.). *Reconnaissances du Travail: pour une approche ergologique*. PUF, Paris, 1997.

_____ **Trabalho e uso de si**. Pro-Posições. Vol 1. Nº 5. (32). 2000.

ZANELLA, L. C. H., **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. 2. ed. reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.