

**IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO
DE GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA
ATRAVÉS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins
João Batista Silva
Marcos Lima Medeiros
Humberto Vitorino Dantas

IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA ATRAVÉS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins
João Batista Silva
Marcos Lima Medeiros
Humberto Vitorino Dantas

RESUMO

Para oferecer aos usuários do SUS serviços de saúde com agilidade e qualidade, o Governo do Estado do Ceará qualificou uma Organização Social, o Instituto de Saúde e Gestão Hospital (ISGH), para coordenar a gestão do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. O novo modelo gerencial, com caracterização jurídica que regulamenta a criação da Organização Social de Saúde (OSS), referenciado pela Reforma do Estado, buscou atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria da Saúde e ao Governo Estadual, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação. Em curto tempo, a OSS colocou o HGWA em funcionamento, com a finalidade de prestar serviços secundários a usuários do SUS referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará, com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil. O HGWA apresentou-se, então, com proposta de ofertar estes serviços e, para alcançar este propósito, contrapôs-se ao modelo de gestão hospitalar enfatizador do cumprimento de normas, tarefas e funções, com a concepção de coordenação e controle centralizados, vertical, voltados mais para as atividades do que para os resultados. Analisando a implantação da gestão do HGWA, como OSS, constata-se a importância dos seguintes instrumentos: clareza da missão institucional; alocação adequada de recursos, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas e indicadores de desempenho, liderança dos dirigentes, estimulando novos comportamentos e atitudes; recursos humanos motivados pelo engajamento no trabalho e visão de futuro; clareza organizacional, que enfatizava a importância dos papéis na organização, com vistas a agregar valor ao serviço prestado; sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo definição de ações e conversão de rumos. O uso destes instrumentos tem foco no paciente, simultaneamente assegurando racionalização dos processos de trabalho. Assim, os objetivos da criação da OSS foram alcançados, mediante os resultados: primeiro hospital público do Norte/Nordeste a ser acreditado pela ONA/nível II; capacidade na agilização para criar mais 12 leitos de UTI, quando da “crise de leitos de UTI no Ceará”; um dos 45 finalistas, em 2004, do prêmio David Capistrano; e hospital noticiado no Jornal Nacional/TV GLOBO como instituição transparente na utilização dos recursos públicos, devido ao Demonstrativo de Despesas recebido pelo usuário quando da alta, somado com alto nível de satisfação dos usuários.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
O CASO: HOSPITAL GERAL DR.WALDEMAR ALCÂNTARA.....	5
RESULTADOS ALCANÇADOS NA GESTÃO.....	20
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25

INTRODUÇÃO

Esta apresentação tem como intuito registrar a implantação da primeira Organização Social de Saúde (OSS) no Ceará, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), qualificado para operacionalizar a gestão do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA).

Descrever esta implantação, focado no modelo de gestão pública não-estatal de assistência à saúde hospitalar é uma forma de fomentar reflexões sobre o desafio da gestão hospitalar no País. No decorrer do ano de 2000, o Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), inclui no seu PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO (PDI) implantação de uma nova unidade hospitalar, para servir de apoio aos hospitais terciários, fato que nesta ocasião identificava superlotação dos serviços de assistência hospitalar ocasionada pela demanda espontânea e desorganizada da rede, tendo como uma das causas a baixa resolutividade da atenção primária, visto que o município de Fortaleza apresentava uma cobertura inferior a 20% do Programa Saúde da Família (PSF). Surgiu assim, o Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara (HGWA), em dezembro de 2002, com a finalidade de prestar serviços de saúde de qualidade em nível secundário aos usuários do SUS, referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará, com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se, referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.

O HGWA apresentava-se nesse sentido com a proposta original de ofertar serviços de saúde com qualidade, à partir de uma inovação na gestão pública, ou seja, para alcançar este propósito teve-se contrapor ao modelo de gestão hospitalar que enfatiza o cumprimento das normas, tarefas e funções, tendo como suporte a divisão do trabalho, com uma concepção de coordenação e controle centralizado, vertical e voltado mais para as atividades do que para os resultados dos serviços. O enfoque na modernização e inovação da gestão hospitalar, aqui relatado como uma experiência pioneira, pressupõe os seguintes instrumentos:

- 1) Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;
- 2) Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta, de modo que a gestão se concentre no essencial;

- 3) Liderança dos seus dirigentes, estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
- 4) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.
- 5) Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;
- 6) Estrutura Organizacional, que enfatiza a importância dos papéis de cada um dentro da organização com vista a agregar valor ao serviço prestado;
- 7) Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo a definição de ações e a conversão de rumos.

Partindo destes instrumentos, formulou-se uma série de questões consecutivas com a finalidade de criar uma necessidade de compreensão para o modelo proposto, sendo relevante destacar alguns questionamentos:

- 1) O HGWA organiza-se por processo e não por tarefas?
- 2) Enfoca hábitos e atitudes gerenciais modernos?
- 3) Implanta uma estrutura organizacional reticular e não vertical?
- 4) Inova no Sistema de Informação hospitalar?
- 5) Gerencia-se por equipe?
- 6) Mede seu desempenho pela satisfação do usuário?

Em síntese, responder estas questões ao longo desta apresentação demonstra-se que a modalidade de gestão pública não-estatal de assistência à saúde, sob a forma de Organização Social, financiada mediante contrato de Gestão que discrimina objetivos e metas a serem alcançadas na produção de serviços, é uma gestão inovadora.

O CASO: HOSPITAL GERAL DR.WALDEMAR ALCÂNTARA

O Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara:

Apresentar a implantação do HGWA tem como objetivo mapear a experiência da primeira unidade hospitalar no Ceará, sob a gestão de Organização Social, como forma de contribuir para o debate em torno de como melhorar gestão pública, tornando-a mais ágil e moderna, para satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos.

Marco histórico

Em 1998, a Secretaria da Saúde do Estado Ceará, analisando a problemática da atenção hospitalar no âmbito do SUS, propõe ampliação do setor, como possibilidade de construir uma unidade hospitalar no município de Fortaleza. Em 2000, o Governo do Estado desapropria a Casa de Saúde e Maternidade Jesus Sacramentado, localizada em Messejana, em Fortaleza, unidade que há mais de dez anos tinha sua construção iniciada, porém não concluída.

Foi necessário, entretanto, reformular o projeto arquitetônico, para adequar-se às normas vigentes. Então, em 2001, inicia-se a construção da unidade com base em um novo projeto. A Secretaria da Saúde do Estado contrata uma consultoria para definir o programa da nova unidade hospitalar. Este trabalho aponta, à luz de experiências nacionais e internacionais, uma nova modalidade de gestão, para esta unidade hospitalar.

Optando-se por um modelo de gestão por OSS buscava-se então alcançar os seguintes objetivos: Dotar o agente executor de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da unidade; Melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos; Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos e priorizar a avaliação por resultados.

Porém esta decisão foi marcada por fortes discussões de oposição política de diversas formas, refira-se à prerrogativa de privatização do setor saúde e de contratação de pessoal sem concurso público. Este fato ainda se caracterizou por debates envolvendo partidos políticos, entidades representativas das categorias profissionais e o Conselho Estadual de Saúde. O Ministério Público entrou com ação civil pública contra o projeto, sob o fundamento de sua incompatibilidade com a

ordem legal e de violação do SUS, alegando que o bem público passaria a ser gerido por uma pessoa jurídica de direito privado. Para dar continuidade ao projeto o Governo do Estado, através da Procuradoria Geral do Estado, foi necessário que se cassasse esta ação.

Em 30.10.2002, o governo qualifica o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) como a quinta OSS do Ceará, mediante Nº 26.311. O ISGH foi registrado com a finalidade de promover e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde; responsabilizar-se pela gestão e operação de Hospitais integrantes do Sistema Estadual de Saúde, conforme o estabelecido em contratos de gestão; criar oportunidades de intercâmbio de conhecimentos e experiências, em nível local, nacional e internacional na área de saúde e prestar consultoria e assessoramento técnico e especializado na área de saúde e de gestão hospitalar.

Em 02.11.2002, assina-se o contrato de gestão entre o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar e a Secretaria da Saúde do Estado, sob a interveniência da Secretaria de Administração.

Surge, assim, a primeira OSS no Ceará, com objetivo de realizar a gestão do HGWA. Inicia-se a seleção do quadro funcional para o HGWA. Os funcionários foram selecionados em processo desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará e pelo Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (IDT).

Na segunda quinzena de dezembro de 2002, foi dado início à ambientação de pessoal. Realizam-se palestras para grandes grupos de funcionários, visitas e encontros com grupos menores para conhecimento das instalações e das funções próprias de cada grupo.

O HGWA foi inaugurado em 26 de dezembro de 2002 e, quatro dias após, suas atividades assistenciais são iniciadas com a oferta de 66 leitos para internação em clínica médica. Com a missão de prestar serviços de saúde com qualidade, em nível secundário, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), referenciados por hospitais públicos terciários do Estado do Ceará.

No primeiro semestre de 2003, são criados os serviços de Neonatologia com 24 leitos (UTI e Médio Risco); Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para adultos com 9 leitos; Unidade de Cuidados Intermediários, com 12 leitos; Pediatria, com 33 leitos e de Cirurgia, com 27 leitos.

O HGWA destacou-se neste período, pela agilidade em implantar mais 12 leitos de UTI (Adulto) no momento em que foi iniciada a “crise de leitos de UTI no Ceará”.

Nos meses iniciais, os esforços foram concentrados na implantação dos serviços e rotinas, tendo como premissa básica cumprir o papel na rede assistencial de referência. Já em 2004, notabilizou-se a consolidação dos fluxos operacionais, a implantação dos procedimentos operacionais padronizados (POPs), os protocolos clínicos, sistemas de custos, a formação de comissões especiais e a gestão colegiada. Em 2005, foi o primeiro hospital público da região Norte e Nordeste a ser acreditado pela ONA.

Características gerais

O HGWA caracteriza-se como um hospital secundário, nas clínicas básicas, com 233 leitos em funcionamento, porém com capacidade para 310 leitos. Definido como Hospital de “porta fechada”, já é utilizado como centro de aprendizado pelos alunos do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, conforme Relatório Anual (2004).

Participou com seu projeto “Experiência de Qualidade e Humanização Hospitalar”, da seleção para o prêmio David Capistrano (Maio/2004) criado com o intuito de mapear experiências que dignifiquem a saúde pública e dar visibilidade ao processo de humanização do sistema de saúde, ficando entre os 45 finalistas.

Em outubro de 2004, o HGWA foi noticiado no Jornal Nacional/TV Globo, como uma unidade hospitalar que exercia a transparência na utilização dos recursos públicos, devido ao Demonstrativo de Despesas recebido pelo usuário no momento de sua alta.

Localização

Situado em Messejana, zona sul do município de Fortaleza, na Rua Pergentino Maia, próximo à Avenida Washington Soares, na abrangência da 6ª Secretaria Executiva Regional (SER VI).

Estrutura física

O HGWA é constituído, em sua área física, de um prédio de 3 (três) andares, distribuídos em um terreno de 19.241,1m², com um total de área edificada de 6.760,0m².

Distribuição dos diversos serviços

No 1º piso, encontra-se a Administração, Ambulatório, Serviço de Imagem e Endoscopia, Núcleo de Atendimento ao Cliente, o Serviço de Pediatria (66 leitos), Ouvidoria e Serviço Social. No 2º piso, está UTI Adulto (21 leitos), Serviço de Neonatologia com 8 leitos de UTI e 16 leitos de Médio Risco, além de Unidade de Cuidados Especiais (29 leitos). Então ainda: Serviço de Cirurgia (27 leitos), Centro Cirúrgico (3 salas e 7 leitos de pós-anestesia), Central de Esterilização, Laboratório, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Rouparia, Serviço de Engenharia Clínica, CCIH, Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), Agência Transfusional. O 3º piso, abriga a Clínica Médica (66 leitos), e uma área não concluída, para abrigar mais 66 leitos e um Centro de Estudos (Auditório, 3 salas de apoio).

Produção de Serviços

O HGWA realiza diversas atividades de assistência à saúde. A tabela 1 descreve a distribuição dos procedimentos que foram realizados durante os anos de 2003 e 2004, que consta como metas dos contratos de gestão, respectivamente do ano 2003 e 2004.

Tabela 1 – Produção de Serviços no HGWA durante os anos de 2003 e 2004

PROCEDIMENTOS	2003	2004	TOTAIS
Consultas Ambulatoriais	5.998	17.952	23.950
Nº de Saídas	6.011	8.917	14.928
SADT	1 08.065	139.830	247.895
Nº de Cirurgias	2.227	3.768	5.995

Fonte: SAME – HGWA

Indicadores

Os indicadores gerais de desempenho utilizados no HGWA, que constam também como metas a serem alcançadas, no contrato de gestão, e o seu comportamento durante os anos de 2003 e 2004, constante na Tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores médios de desempenho HGWA – 2003 e 2004

INDICADORES	2003	2004
Taxa de Ocupação	69,56%	84,84%
Média de Permanência	10,38	9,52
Taxa de Mortalidade Geral	6,46%	6,51%
Taxa de Mortalidade Institucional	4,87%	5,62%
Índice de Satisfação do Usuário	91,11%	96,90%
Taxa de Infecção Hospitalar	9,86%	7,66%

Fonte: SAME-HGWA

Perfil

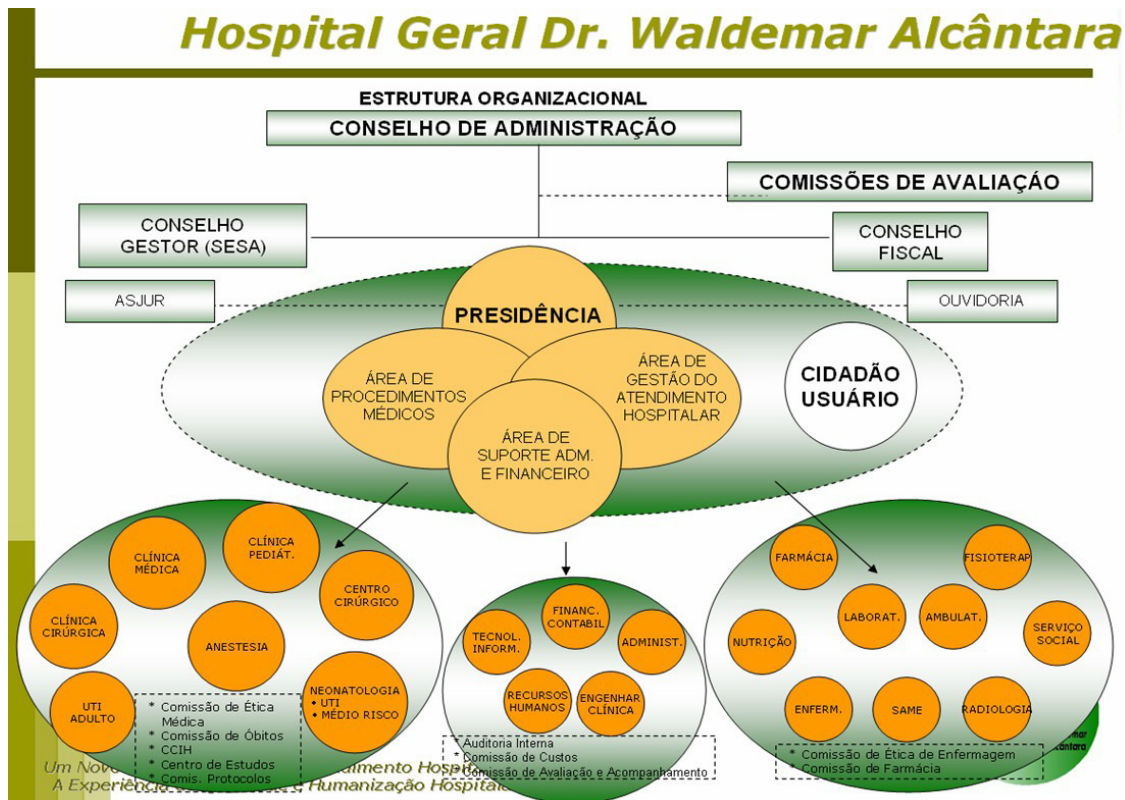
O HGWA, já no início de seu funcionamento, apresenta uma mudança do perfil de sua clientela, pois o propósito era de uma unidade assistencial de nível secundário. O Hospital cumpre as diretrizes da Central de Regulação do Estado (CRESUS) e da Central de Regulação do Município (CRIFOR), vindo suprir as necessidades mais urgentes da rede assistencial de referência terciária, quando 55% dos pacientes de clínica médica foram provenientes da Emergência do Hospital Geral de Fortaleza e 79% dos pacientes pediátricos da Emergência do Hospital Infantil Albert Sabin. O Hospital não possui setor de emergência, o processo de internação ocorre pelas centrais de regulação. Na especialidade de cirurgia, a entrada do paciente se dá também pelo atendimento ambulatorial. O HGWA, na rede SUS do Estado do Ceará, vem consolidando e ampliando sua importância quando foram ampliados os leitos de UTI de adultos de 9 para 21 leitos. Também foi criada uma Unidade de Cuidados Especiais para atender os pacientes de maior gravidade ou maior complexidade, e ainda abertos 16 leitos para o Sistema, afim de atender pacientes portadores de AVC e Pé diabético.

Clientela

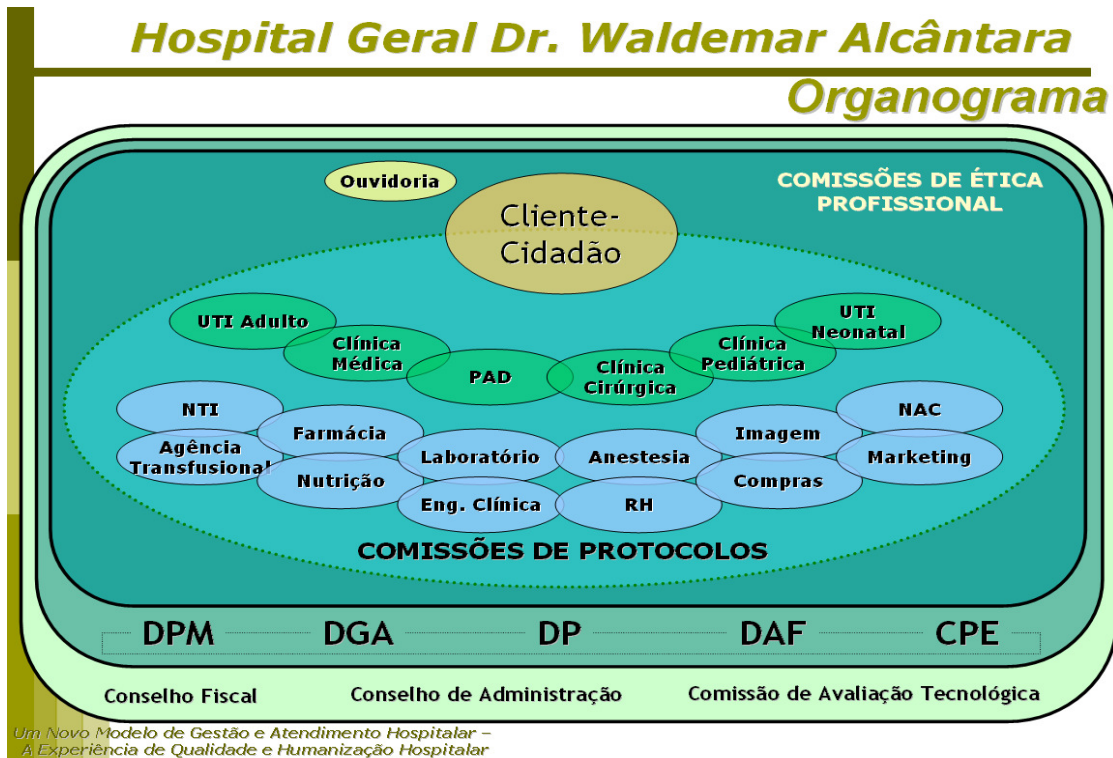
A clientela do Hospital origina-se dos diferentes municípios, 67,0% têm como local de domicílio o município de Fortaleza. O Hospital atende somente usuário do SUS, conforme Cláusula nº 04 do Contrato de Gestão.

Estrutura organizacional

A estrutura organizacional (Quadro 1) foi aprovada em 2002 pelo Conselho de Administração. Atualmente, a estrutura passa por um processo de mudanças com a reestruturação de seus segmentos gerenciais. O organograma em pouco tempo, sofre algumas alterações para esquematizar a gestão colegiada e o conjunto de habilidades existentes na organização (Quadro 2). A estrutura vigente da Diretoria do ISGH/HGWA compõe-se de quatro profissionais de nível superior, o Diretor Presidente, na qualidade de dirigente máximo, um Diretor de Protocolos Médicos, um Diretor de Gestão e Atendimento Hospitalar e um Diretor de Suporte Administrativo-Financeiro.



Quadro 1 – Organograma atual do ISGH/HGWA



Quadro 2 – Organograma Proposto do ISG

Recursos humanos

O Estatuto do ISGH, elaborado em conformidade com as exigências da legislação vigente, contém as normas do seu regulamento, dispendo os procedimentos da política de Recursos Humanos quanto:

- à seleção para admissão de pessoal;
- aos direitos e deveres dos empregados;
- ao regime disciplinar, às normas de apuração de responsabilidade e às penalidades;
- à formação e ao treinamento de pessoal;
- aos salários, benefícios e vantagens;
- ao plano de carreira, cargos e funções gratificadas;

Foi definido também o regime para os empregados do ISGH: através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Em novembro/ 2002, foi dado início à seleção de pessoal, com a definição dos perfis profissionais e ocupacionais, baseada no plano da unidade, na visão institucional e na missão, bem como nos produtos que se pretendiam alcançar.

A seleção foi realizada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e pelo Instituto de Desenvolvimento do Trabalho (IDT), respeitando os princípios constitucionais de igualdade, mérito e capacidade. Desde o início, a organização colocou para o quadro de funcionários as necessidades prioritárias, tais como:

- Prestar serviços de qualidade e orientados ao usuário;
- Converter os coordenadores em líderes facilitadores;
- Dispor de estrutura horizontal e ágil;
- Alcançar um equilíbrio entre as perspectivas gerencial e clínica;
- Incorporar critérios de custos, eficiência, eficácia nos serviços ofertados.

Foi criada a Comissão de Avaliação de Condutas e Desempenho, sob a coordenação da Diretoria de Gestão e Atendimento Hospitalar, buscando avaliar o funcionário quanto a seus valores e capacidade de trabalho, adaptando-o às exigências da demanda por um clima organizacional favorável. Cria-se um cenário de relevância para a implantação de um projeto que apontaria para uma nova proposta de remuneração, onde o funcionário perceberia um pagamento fixo e outra fração variável relacionada ao seu desempenho.

Modelo de gestão

O funcionamento do HGWA trouxe diversas inovações para o setor saúde do Estado do Ceará no que se refere a atividade de gestão hospitalar. Optava-se por um modelo organizacional que refletisse e concretizasse mudanças em termos de melhorias gerenciais, modernização da gestão, implementação de programas de qualidade, como também incorporação de novas tecnologias.

O ISGH, por intermédio do HGWA, propõe como visão de futuro: “Consolidar, no Ceará, um modelo de gestão inovador e pioneiro, tornando-se um referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil”, apresentando-se com os seguintes focos institucionais:

- Utilizar sistemas e processos de trabalho, orientados para a permanente otimização dos recursos disponíveis;
- Manter um elevado padrão de qualidade dos serviços, adequando-se sempre às necessidades dos cidadãos-usuários;
- Facilitar o acesso do cidadão-usuário aos serviços de saúde ofertados, integrando-se de forma harmoniosa, à rede pública de saúde.

Para cumprimento do modelo proposto, escolhe-se uma gestão colegiada em todos os seus níveis com os seguintes mecanismos:

Macrogestão

Conselho de Administração

Estabelecendo função deliberativa e fiscalizadora superior, em nível estratégico de coordenação, controle e avaliação globais e também de fixação das diretrizes fundamentais para o funcionamento da unidade;

- Reuniões mensais;
- Formado por 10 membros, tendo como presidente o Secretário Estadual da Saúde.

Conselho Fiscal

- Estabelecendo função fiscalizadora e supervisora dos recursos financeiros;
- Reuniões mensais;
- Formado por 07 membros, coordenado por um técnico da Secretaria de Administração do Estado.

Conselho Gestor da Secretaria da Saúde do Estado

- Estabelecendo diretrizes para o funcionamento da unidade.

Central de Regulação Estadual (CRESUS)

- Regulando a marcação de consultas e internações dos serviços de clínica médica, pediatria e cirurgia.

Central de Regulação do Município de Fortaleza

- Regulando a marcação de internações das unidades de terapia intensiva (adulto e neonatal).

Comissões de Avaliação

- Procedendo ao acompanhamento e a avaliação das metas e do desempenho científico e tecnológico da unidade.
- Realiza 02 avaliações anuais.

Contrato de Gestão

- Regulamenta o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no HGWA, celebrado entre a SESA e o ISGH, com a interveniência da SEAD.

- O contrato de gestão é instrumento jurídico que contempla dois aspectos: as formas de financiamento dos serviços produzidos e os indicadores de avaliação.
- Estabeleceu-se que 90% do orçamento global anual seriam desembolsados em 12 parcelas iguais e os 10% restantes – denominados valor variável – seriam ressarcidos, de acordo com a avaliação de desempenho dos indicadores determinados pela Secretaria da Saúde do Estado.

Plano Diretor

- Estabelecendo direcionalidade (missão, princípios, perfil assistencial), responsabilidade (objetivos estratégicos, metas e carteira de serviços por exercício) e governabilidade (mecanismos de macro, meso e microgestão, quadro de pessoal, estrutura física e funcionamento) institucionais do HGWA.

Mesogestão

Conselho Gestor

- Estabelecendo a descentralização da gestão, acompanhamento dos indicadores, de resultados e dos projetos.
- Composto pela Diretora-Presidente, Diretor de Gestão e Atendimento, Diretor de Processos Médicos e Diretor Administrativo-Financeiro;
- Reuniões semanais.

Conselho Diretor

- Estabelecendo tarefas e cobrança de responsabilidade.
- Composto pelo Conselho Gestor e os Gerentes de Recursos Humanos, Financeiro e de Enfermagem.

Conselho de Gestão Clínica

- Estabelecendo conhecimento e responsabilidade sobre os processos de trabalho; procedendo a integração das dimensões ou perspectivas médico-assistenciais e administrativo•financeiras; contribuindo para efetivar um sistema de padronização dos problemas de saúde dos pacientes, associando-se os recursos que devem ser usados nesta atenção.
- Coordenado pela Diretoria de Processos Médicos;
- Reunião semanal.

Microgestão

Colegiado de Gestão (por serviços)

- Incipiente na operacionalização apresenta dificuldades para a constituição de efetivos colegiados nos diversos serviços.
- Coordenado por 02 gestores.

Comissões

- Protocolos Clínicos; Farmácia e Terapêutica; Óbito; Controle de Infecção Hospitalar; Avaliação de conduta e desempenho; Prontuário; Custo Hospitalar; Informática; Pé Diabético; AVC Clínico; Ética Profissional (Médica e Enfermagem); CIPA.
- A Comissão de Farmácia e Terapêutica reúne-se mensalmente ou mais amiúde, quando necessário, para, a partir das padronizações de medicamentos, propor reformas nos protocolos, visando ao uso racional de medicamentos e a uma melhor relação custo-benefício, alterando a posologia, modo de preparar ou distribuir ou substituindo formulações. As mudanças e seus respectivos impactos são analisados, servindo de referência para a elaboração de novos protocolos e para o processo de compra e controle de estoque. No quadro 3, apresenta-se um resultado de redução de custos, à partir da padronização definida pela comissão, optando-se pelos medicamentos genéricos.

Tabela 4 – Processos de aquisição de medicamentos
Redução de Custo na aquisição de Medicamentos Genéricos (R\$ 374.085,90)

MEDICAMENTOS	MED. REF. (Jan-2004 a Jun-2004)	MED. GEN. (Jan-2004 a Jun-2004)	DIF. R\$
Ampicilina+Sulbac	R\$ 14.410,80	R\$ 9.147,60	R\$ 5.263,20
Ciprofloxacino 200mg	R\$ 233.387,40	R\$ 42.198,00	R\$ 191.189,40
Levofloxacino 500mg	R\$ 73.426,45	R\$ 24.660,99	R\$ 48.765,46
Vancomicina 500g	R\$ 45.333,00	R\$ 35.362,50	R\$ 9.970,50
Piperaciclina+Tazb 4,5g	R\$ 116.419,87	R\$ 70.511,87	R\$ 45.908,00
Fluconazol 200mg	R\$ 8.242,52	R\$ 1.179,00	R\$ 7.063,52
Cefuroxima 750mg	R\$ 137.056,31	R\$ 71.130,49	R\$ 65.925,82
Ref. x Gen.	R\$ 628.276,35	R\$ 254.190,45	R\$ 374.085,90

A Comissão de Óbito mantém consolidado, mensalmente, a mortalidade global e por unidade, observando o perfil dos pacientes (sexo, idade, patologia e estudo comparativo da ocorrência por turno e por dia, global e por unidade).

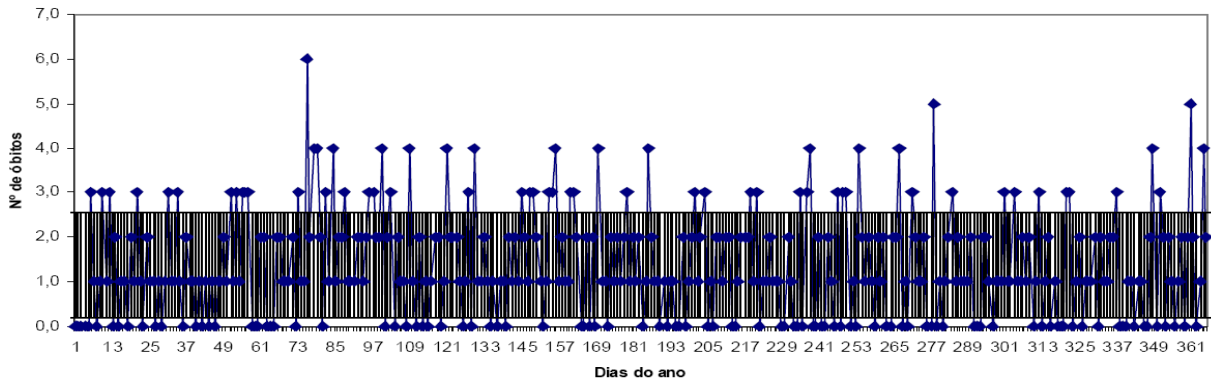
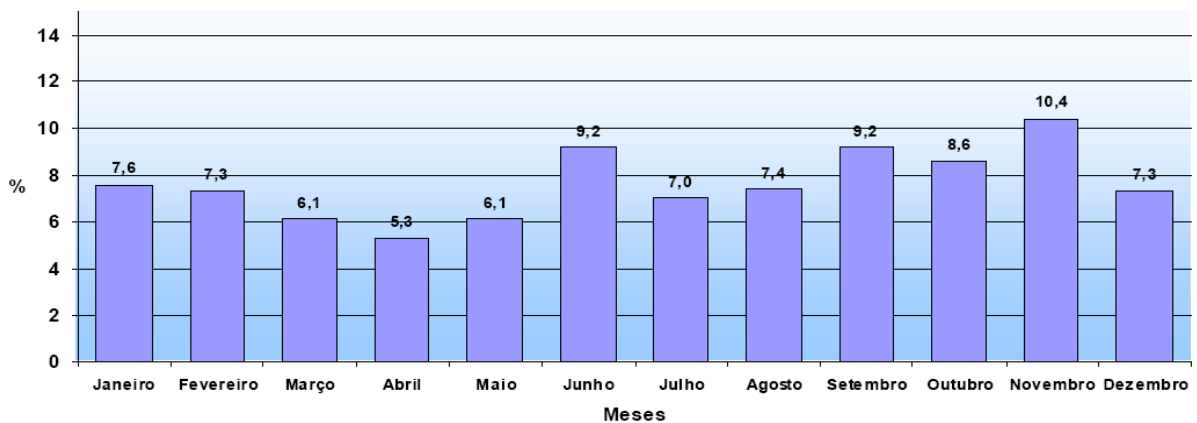


Gráfico I – Acompanhamento diário de óbitos

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desenvolve de forma sistemática o rastreamento de infecções em todas as unidades, notifica os casos, consolida os dados em indicadores, promove campanhas de prevenção e desenvolve ações de combate e controle de surtos e epidemias. Além dessas ações, atua junto a Comissão de Farmácia e Terapêutica gerenciando o programa de uso racional de antimicrobianos. O Gráfico II apresenta a taxa mensal de infecção hospitalar no ano de 2004.



Fonte: CCIH/ HGWA - 2004

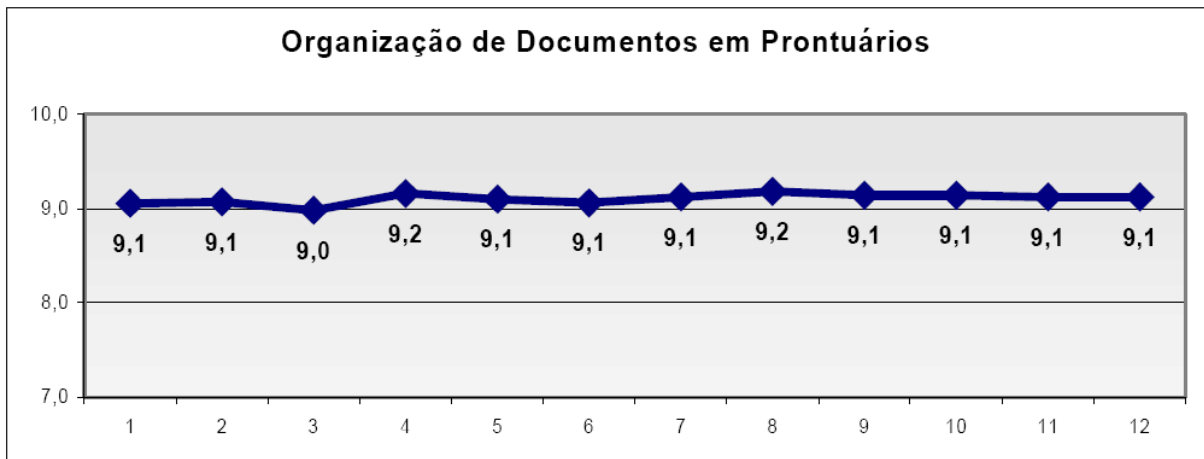
Gráfico II – Taxa mensal de infecção hospitalar – 2004

A Comissão de Avaliação de Condutas e Desempenho atua juntamente com o serviço de RH na gestão de pessoas, resolvendo conflitos, analisando denúncias, avaliando o desempenho de profissionais e de suas equipes, e quando necessário, aplicando as sanções cabíveis através de inquéritos e processos administrativos.

Tabela 5 – Processos de pessoal analisados – 2004

Penalidades	2003		2004	
	Cargos	Processos	Cargos	Processos
Demissão	Aux. de Enfermagem (1) Assistente Social (1) Aux. de Enfermagem (1) Médico (1) Aux. de Escritório (1)	5	Aux. Enfermagem (16) Aux. Laboratório (1) SG laboratório (1) Enfermeiro (3) Aux. Escritório (1) Técnico radiologia (1) Médico (1) Motorista de ambulância (3)	27
Suspensão	Enfermeiro (2) Aux. de Enfermagem (1)	3	Enfermeiro (2) Aux. Laboratóro (1) Aux. Farmácia (1)	14
Advertência	Motorista Amb. (2) Aux. de Enfermagem (3)	5	Motorista ambulância (2) Aux. Enfermagem (17) Enfermeiro (2) Aux. Laboratório (3) Aux. Manutenção (1) Assist. Social (1) Médico (2) Aux. Farmácia (1)	29
Admoestação	Aux. de Enfermagem (1)	1	Farmacêutica bioq. (1) Aux. Laboratório (2) Copeira (2) Aux. de Escritório (1) Aux. de Serviços Gerais (1) Enfermeiro (4) Medico(1) Motorista ambulância (2) Aux. Enfermagem (18) Aux. Manutenção (2) Recepcionista (3) Técnico radiologia (1) Farmacêutico (3)	41
Total	em 2003	14	em 2004	111

A Comissão de Prontuários tem por finalidade e objetivo maior, garantir a qualidade dos registros da assistência através da revisão dos prontuários em relação à presença integral dos documentos, clareza das informações e a organização. Após a análise, os prontuários deficientes são informados para os profissionais responsáveis pelo atendimento para fins de correção e atenção as normas estabelecidas.



Fonte: SAME – HGWA - 2004

Gráfico III – Avaliação de Prontuários – Jan/ Dez 2004

Com estes mecanismos formais, a direção compartilha o poder, permitindo o enfrentamento das estruturas corporativistas verticalizadas, imprimindo, assim, uma cultura de entendimento e de responsabilização, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e centrado no paciente.

Modelo Assistencial

O HGWA vem buscando em seu modelo assistencial a integralidade da atenção, a partir de pontos complementares:

- Cliente em foco: atendimento integral humanizado e de qualidade.
- Profissional em foco: pensando em quem faz.
- Modelo de Gestão: responsabilidade e otimização dos recursos.

Sistema de Saúde em foco: regulação e efetiva inserção no sistema, na busca da equidade.

A necessidade do destaque para estes pontos como linhas do cuidado, reconhece-se que não é possível pensar na qualidade do atendimento sem pensar nas condições de trabalho como também nos mecanismos de gestão, acompanhado ainda pela inserção da unidade em um sistema que possua regulação. Neste sentido, a integralidade reflete um conjunto integrado de cuidados, envolvendo uma quantidade de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes realizados por diferentes profissionais. Nesta óptica, a partir do funcionamento da unidade, se define que cada paciente terá uma equipe multiprofissional, oferecendo um acompanhamento integral e de qualidade.

Nas unidades abertas (Clínica Médica e Clínica Pediátrica), os profissionais médicos são contratados para desempenhar rotinas de enfermarias, plantões, atendimento ambulatorial e sessão clínica, permitindo que todo paciente tenha seu médico responsável. O quadro de enfermagem (Enfermeiros e Auxiliares) tem comparecimento diário na unidade de segunda-feira a sexta-feira, como também os Fisioterapeutas. Desta forma, procura-se colocar em prática arranjos institucionais, modos de atuação no cotidiano que vem buscando uma atuação mais solidária e articulada, com maior número de profissionais envolvidos no cuidado, assumidos em forma de equipe. Nas unidades fechadas (UTI'(s) Adulto e Neonatal e Unidade de Médio Risco) definem-se escalas de plantão de 12 horas para profissionais médicos (vertical), acompanhados por médicos diaristas (horizontal). A enfermagem e fisioterapia organizam-se da mesma forma das unidades abertas.

Na clínica cirúrgica, o cuidado cirúrgico é iniciado no ambulatório, quando se coloca em funcionamento o 1º ambulatório de anestesiologia da rede pública estadual.

Assim, a equipe assistencial (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem) é responsável pela elaboração do plano terapêutico por paciente, nos diversos serviços, tendo como retaguarda outros profissionais (Assistentes Sociais, Nutricionistas, Farmacêuticos, Fisioterapeutas e outros).

Esta forma de trabalho, que busca a responsabilidade e criação de vínculo entre os profissionais da assistência e os pacientes, com certeza, poderemos mostrar, futuramente, resultados da melhoria da qualidade da assistência.

Soma-se a gestão, através do colegiado por serviços que busca a lógica das unidades de produção, procurando interligar as questões da assistência e gerenciamento sob o prisma dos resultados, conforme o contrato de gestão. Logo, cada unidade de produção, apresenta-se com uma coordenação, com um ou mais gerentes.

Outro ângulo da integralidade, como ponto complementar do modelo assistencial, é a inserção do Hospital no Sistema Único de Saúde, tal condição tem reservado ao Hospital o papel de uma Instituição onde se operam os cuidados de pacientes postergados pelo sistema, tais como: portadores de AVC clínico, de pé diabético, pacientes com co-morbidade, contribuindo-se para que a unidade venha modificando o perfil proposto originalmente através de seu contrato de gestão.

RESULTADOS ALCANÇADOS NA GESTÃO

Nível de Satisfação

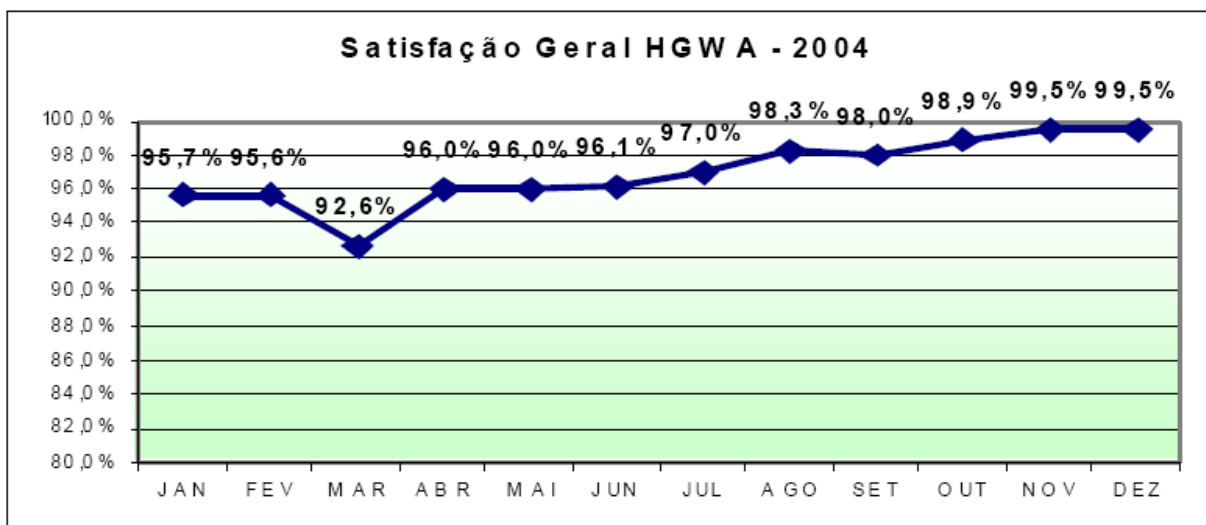
A satisfação do usuário é o resultado de antecipar e separar suas necessidades e expectativas e deve ser a razão de toda organização. O grau de insatisfação dos cidadãos-usuários não se explica apenas por um problema de disponibilidade de serviços médicos. A população de hoje, como resultado do próprio processo democrático do país, vem valorizando a saúde como um bem essencial, contribuindo para que a atenção à saúde seja entendida como direito humano básico e universal, assim, cada vez mais, as pessoas estão procurando um atendimento não só acessível, mas também pronto, pertinente e de qualidade, tanto técnico quanto humano e, conseqüentemente, com os critérios de justiça e equidade com que conformam seus direitos e expectativas de saúde.

Neste contexto é que o HGWA vem aferindo o nível de satisfação ativa e responsável das pessoas.

A análise do nível de satisfação do HGWA é realizada através de entrevistas por profissionais capacitados, diariamente, com os pacientes que se encontram de alta ou seus responsáveis.

Na abordagem, de forma prospectiva, são avaliados dez itens acerca do atendimento dos profissionais, estrutura e suporte dos serviços de apoio.

O gráfico seguinte mostra o nível de satisfação geral no HGWA no ano de 2004:



Fonte: SAME-HGWA - 2004

Gráfico IV – Taxa Mensal de Satisfação Geral dos usuários do HGWA – 2004

Sistema de Informações

A idéia central para desenvolver o Sistema de Informação do HGWA era adquirir ferramentas de desenvolvimento disponíveis no mercado, porém, se fez a opção de desenvolver os sistemas básicos com equipe do hospital, por entender íntima relação entre informação e a gestão.

Com uma perspectiva segura de evoluir para um Prontuário Eletrônico é que o Núcleo de Tecnologia da Informação desenvolve, em tempo recorde, o Sistema Paciente, que mantém o cadastro e o fluxo de todos os pacientes do HGWA, totalmente desenvolvido com tecnologia voltada para internet, obedecendo rigorosos padrões de segurança e confiabilidade. Em 2004, foram informatizados o Núcleo de Farmácia e o Almoxarifado, obedecendo o mesmo conceito.

Concomitantemente, outros serviços foram sendo informatizados através de sistemas terceirizados ou desenvolvidos no HGWA, obedecendo as peculiaridades de cada serviço como a Área Financeira, Recursos Humanos, Rouparia e SAME.

Sistema de Custos

No intuito de dar continuidade à implantação do projeto, na ótica de um modelo organizacional que refletisse uma nova forma de gestão pública no Ceará, implantou-se o Sistema de Custos.

O processo de apuração de custos inicia-se com a delimitação dos centros de custos, distribuídos de forma a otimizar a alocação dos custos por processo ao objeto de custo em apreço, qual seja, o valor paciente/dia, conforme tabela a seguir:

Tabela 6 – Valores médios das diárias do HGWA por unidade – 2004

Unidade de Internação	Valor da diária
CLINICA CIRÚRGICA	R\$ 186,39
CLÍNICA MÉDICA FEMININA	R\$ 176,96
CLÍNICA MÉDICA MASCULINA	R\$ 188,55
CLÍNICA MÉDICA MISTA	R\$ 256,99
CLÍNICA PEDIÁTRICA	R\$ 236,31
UTI ADULTO	R\$ 901,76
UTI NEONATAL	R\$ 684,32
UNIDADE MÉDIO RISCO	R\$ 434,88

Fonte: Centro de Custos – HGWA

A partir deste sistema foi possível criar o Demonstrativo de Despesas Hospitalares (DDH), que é entregue a cada usuário na ocasião da alta.

Assistência por protocolos

O contexto das políticas de contenção de custos e de avaliação da assistência conduziu para definir enfoques disciplinares relacionados entre si: Sistema de Custos, Padronização Diagnóstica e Terapêutica (protocolos) e Avaliação Tecnológica.

O contexto das políticas de contenção de custos e de avaliação da assistência conduziu para definir enfoques disciplinares relacionados entre si: Sistema de Custos, Padronização Diagnóstica e Terapêutica (protocolos) e Avaliação Tecnológica.

Reconhecendo a importância da padronização diagnóstica e terapêutica, através dos protocolos, definiu-se uma comissão de protocolos formada pelos gestores de protocolos de cada unidade de produção, sob a coordenação da Diretoria de Processos Médicos. Os gestores de protocolos das unidades são investidos no papel de consultores técnicos, que têm um papel fundamental, não só na construção dos protocolos, nos seus conteúdos, como também nos elementos envolvidos. A importância dos protocolos é que as partes envolvidas sintam-se, efetivamente, comprometidas com os acordos alcançados. Assim, elaborado o protocolo, se faz um acordo entre as partes (corpo clínico, assistência farmacêutica, SADT, Laboratório, Nutrição) que assumem como instrumento de relação.

Desde o funcionamento, o HGWA já colocou em prática 28 protocolos nos diversos serviços.

No quadro abaixo, os resultados alcançados quanto à redução de custo na implantação do protocolo de utilização de heparina de baixo peso molecular:

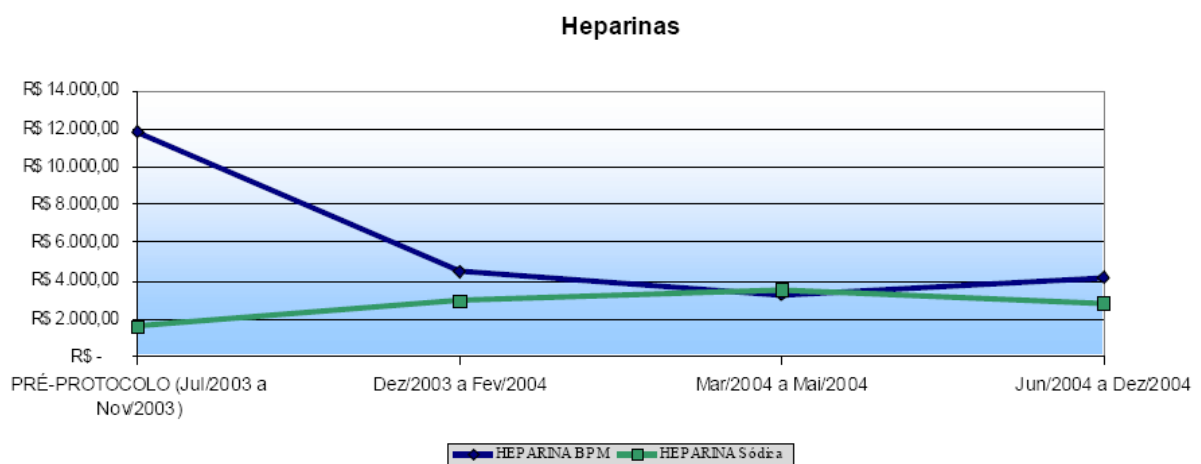


Gráfico V – Aquisição de medicamentos tendo como base o protocolo clínico

Assistência farmacêutica

O Núcleo de Farmácia funciona 24 horas, atendendo os pacientes através de um sistema de distribuição de medicamentos individualizado (quantitativo para 10 horas) para as clínicas abertas; já na UTI Adulto e Centro Cirúrgico funcionam Farmácias satélites. Na UTI, a distribuição de medicamentos se dá de duas em duas horas, incluindo o material médico-hospitalar que se encontra organizado por kits.

Aplica-se, na atenção farmacêutica, a metodologia Dáder, como estratégia importante para o uso racional de medicamentos e a retomada do papel social do farmacêutico. (Pablo, 2005)

CONCLUSÃO

O Hospital em estudo reuniu dados importantes relacionados as mudanças na estrutura organizacional do setor hospitalar induzidas pelas orientações imprimidas na Reforma do Estado.

Sobre estes dados, destacam-se:

- A intervenção do Estado de caráter predominantemente regulador e financiador;
- Flexibilização administrativa, com autonomia para elaboração de normas próprias para contratação e seleção de pessoal;
- Liberdade de execução financeira dentro do Contrato de Gestão;
- Aquisição de produtos de forma racional, visando a otimização de custos.

No contexto das políticas públicas de saúde, a gestão da Organização Social imprime equidade e acesso através das Centrais de Regulação e transferência dos recursos públicos com o Demonstrativo de Despesas Hospitalares (DDH) que é dado a cada usuário no momento da alta hospitalar.

No que diz respeito às ferramentas de gestão, verificou-se no estudo os seguintes aspectos:

- Missão, visão de futuro e focos estratégicos bem definidos;
- Estrutura organizacional compatível com os processos de trabalho;
- Recursos humanos sintonizados com os princípios da qualidade;
- Indicadores de avaliação de desempenho e de qualidade na prestação dos serviços registrados sistematicamente.
- Gestão clínica implantada e elaborando protocolos clínicos.

Por tais razões, os objetivos iniciais deste estudo foram alcançados, uma vez que foram identificados tantos aspectos relativos à implantação do Hospital, como o primeiro equipamento de saúde no Estado, sob a gestão de Organização Social de Saúde, quanto às ferramentas inovadoras que têm permitido desenvolver práticas e instrumentos de gestão nas diversas áreas, com resultados comprovados.

Como observação final, cabe ressaltar ainda que o estudo não propõe conclusões definitivas a respeito da gestão, aponta linhas de reflexão a partir das questões abordadas na tentativa de registrar aspectos relevantes a serem estudados em trabalhos posteriores.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Florianópolis, 2001. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. PPGE/UFSC.
- ALMEIDA, J. J. de. **Sistemas de custos em organizações hospitalares**: estudo de casos. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. ISEC/FGV.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações sociais**. Brasília, MARE, 1997.
- _____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A reforma do Estado no Brasil**. Brasília, MARE, 1998.
- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1988.
- CARNEIRO, J. N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. São Paulo. 2002. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, USP.
- CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança na saúde. **Saúde em Debate**. Série Didática. Campinas, 1994.
- _____. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? **Rev. Adm. Pública**., n. 2; p. 23-37, 1999, v. 33.
- _____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: A gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 2, p. 315-329, 1999b, V-4.
- CELESTINO, P. Nó de normas. **Notícias hospitalares**: gestão de saúde em debate. Out/Nov, 2002, n. 39, Ano IV. Disponível em: <<http://www.noticiashospitalares.com.br/out2002/pgs/capa.htm>>. Acesso em: 1º mai. 2005.

CHERUBIN, A.; SANTOS, M. A. dos. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde), 1997.

CHIAVENATTO, I. **Teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHAUI, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Ed. Moderna, 1982.

DAVENPORT, T.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DELEUZE, G. Três problemas de grupo. In: ESCOBAR, C. H. (Org.). **Psicanálise e ciência da história**. Rio de Janeiro: Eldorado, 1974.

DELEUZE, G.; FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In: **Capitalismo e esquizofrenia**. Dossiê Anti-Édipo. Lisboa: Assírio e Alvim, 1976.

DOMINGUES, C. V. **O controle externo e os novos modelos de gestão de serviços públicos**. As Organizações Sociais. Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 2000.

DRUCKER, P. F. **Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas**. 4. ed. Trad. Nivaldo Montegelli Jr. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1997.

_____. **As novas realidades: no governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão de mundo**. São Paulo: Pioneira, 1989.

_____. **Inovação e espírito empreendedor (Entrepreneurship): Prática e princípios**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

DRUCKER, P. F.; HAMEL, G. **Diálogo entre Peter Drucker e Gary Hamel**. Copyright Amana Key.

ETZIONI, A. **Organizações complexas: um estudo das organizações em face dos problemas sociais**. São Paulo: Atlas, 1971.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

KITCHENHAM, N. **Revista Qualidade em Saúde**. Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde, Portugal, n. 5, 2001.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. São Paulo: Atlas, 1992.

LUDKE, M. **Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo. Ed. Pedagógica e Universitária, 1986.

MACHADO, C. V. **Contexto, atores, instituição: Um Estudo Exploratório Acerca das Novas Modalidades de Gerência nos Hospitais do Município do Rio de Janeiro nos Anos 90**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

MACHLINE, C. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983a.

_____. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983b.

MALIK, A. M. **Formulação de políticos públicos: um estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo**. (Tese Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

MELO, M. A. B. C. As reformas constitucionais e a previdência social 1993 – 1996. In: DINIZ, E; AIEVEDO, S. E. **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília. Editora Universidade de Brasília, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Huatec – ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília. **Cadernos de Atenção Especializada**, n. 3, 2004.

OLIVEIRA, C. de. O hospital do futuro no Brasil. Disponível em: <<http://www.ciahospitalar.com.br>>. Acesso em: 29 nov. 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Improving performance**, 2004. Disponível em: <www.who.int/em>. Acesso em: jan. 2005.

PARSONS, T. **Structure and process in modern societies**. Glencoe, iii. The Free Press, inc. 1960.

PATTIO, M. L. P. **O impacto do sistema ABC no controle organizacional da Casa de Saúde Santa Maria**. Dissertação de Mestrado Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

PENTEADO, E. V. B. **Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador**. Dissertação de Mestrado Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

PONTALTI, G. **A sistematização da gestão baseada em atividades (ABM) Activity-Based Management: para aplicação na área hospitalar. Caso Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Público**. Dissertação de Mestrado profissionalizante em Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2002.

RAMOS, R. **A integração sanitária: doutrina e prática**. São Paulo, 1972. Tese para Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública/USP.

REIS, H. P. L. C. **Adequação da metodologia Dáder em pacientes hospitalizados**. Uma abordagem em Atenção Farmacêutica. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Ceará. Ceará, 2005.

RESTREPO, M.; JAIME, R. Â. **Intervenir em la organizacion**. Santafé de Bogotá: Significantes de Papel Ediciones. 1992.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: História e Crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROCCHI, C. A. de. Apuração de Custos em Estabelecimentos Hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, nº 41, p. 19-27, 1982.

ROSEN, G. **A history of public health**. New York: M. D. Publications, 1958.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Gr. Holman Ltda, 1971.

SCARPI, M. J. **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Editora Futura, 2004.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Editora Best Seller, 2000.

SILVA, A. B. **Tendências do trabalho**. O administrador e as organizações no terceiro milênio. Santa Catarina, n. 301, Set. 1999.

SIMÕES, R. P. **Relações públicas**: Função Pública: SUMMUS, 1995.

STONNER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. São Paulo, Prentice Hall do Brasil, 1995.

TENÓRIO, F. **Gestão da organização**: Principais Funções Gerenciais. Rio de Janeiro: FGV, 1997. Pág. 30.

WEBBER, M. **Saber e teoria das ciências sociais**. Lisboa. Ed. Presença, 1977.

XAVIER, A. C. R. **Um novo paradigma de gestão ou mais um programa de qualidade?** A Experiência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. (HCPA). Brasília, IPEA. Junho/1997.

AUTORIA

Maria do Perpétuo Socorro Parente Martins – médica, especialista em gestão hospitalar pela UECE, especialista em planejamento de sistema de saúde pela FIOCRUZ, diretora presidente do Hospital Geral Waldemar Alcântara (2002 a 2207) e atual diretora geral do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Filiação institucional: Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – SESA-CE.

Endereço eletrônico: socorromartins@hm.ce.gov.br

João Batista Silva – médico, mestre em medicina pela USP, atual diretor presidente do Hospital Geral Waldemar Alcântara, professor assistente da Universidade de Brasília e da UFC. Filiação institucional: Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Filiação institucional: Hospital Regional da Unimed.

Endereço eletrônico: joaob@isgh.org.br

Marcos Lima Medeiros – médico, diretor clínico do Hospital Geral Waldemar Alcântara (2002 a 2006), atual diretor técnico do Hospital Regional da Unimed Fortaleza-CE. Filiação institucional: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – SESA-CE.

Endereço eletrônico: marcos.lima@unimedfortaleza.com.br

Humberto Vitorino Dantas – administrador, pós-graduação em gestão de organizações hospitalares e sistemas de saúde pela Fundação Getúlio Vargas, diretor administrativo financeiro SESA-CE (1988 a 1991, 1995 a 1999), diretor administrativo financeiro do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (02/99 a 03/2003), diretor administrativo financeiro do Hospital Dr. César Cals de Oliveira (03/2003 a 12/2007) e atual assessor da direção geral do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Endereço eletrônico: humberto@hm.ce.gov.br