

# O enfoque da integração estratégica de Cremadez e Grateau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos\*

FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. A rede de parcerias e seus impactos positivos; 3. As formas de cooperação ou de aliança estratégica possíveis; 4. A organização em rede interna; 5. Características da estrutura em rede; 6. Alguns critérios de definição de eixos transversais; 7. Organização da diversidade ao redor do conceito de modo de atendimento; 8. A gestão de recursos tecnológicos; 9. A gestão de recursos humanos; 10. Conclusão.

**PALAVRAS-CHAVE:** análise estratégica; estrutura organizacional; integração de serviços; gestão tecnológica e de recursos humanos.

Este artigo desenvolve o conceito de integração estratégica à luz da proposta de gestão hospitalar de M. Cremadez e F. Grateau (França) e apresenta ferramentas de análise que ajudam a operacionalizar esse conceito no campo da gestão da abertura tecnológica e de recursos humanos.

## **The Cremadez and Grateau strategic integration approach and the management of technological and human resources**

This paper discusses the concept of strategic integration in light of M. Cremadez and F. Grateau's proposal of hospital management, and presents analytic tools that help to apply this concept to technological and human resource management.

---

\* Artigo recebido em nov. 1997 e aceito em jun. 1998.

\*\* Pesquisador titular e doutor em saúde pública (Daps-Ensp-Fiocruz).

## 1. Introdução

Este artigo dá continuidade ao trabalho desenvolvido em um artigo de nossa autoria (Rivera, 1997), no qual resumimos os pressupostos e o esquema geral da *demarche* estratégica francesa, método de planejamento estratégico da missão e da política de desenvolvimento das organizações hospitalares, elaborado pelo especialista em estratégia e política Michel Cremadez (Grupo HEC: Hautes Études Commerciaux, de Jouy-en-Rosas), em colaboração com François Gateau, ex-diretor do Centro Regional Hospitalar Universitário (CRHU) de Lille, França.

Aqui nos propomos a desenvolver conteúdos referentes ao conceito de integração estratégica, que corresponde à idéia de estruturas em rede articuladas tanto na ambiência externa quanto na interna de um hospital. No centro da discussão está a necessidade da construção de relações horizontais e de formas de integração comunicativa e operacional entre unidades e serviços, que permitam um uso mais racional e solidário dos recursos de uma área ou de uma organização. A questão da democratização das estruturas tecnológicas também faz parte desta pauta. Um subobjetivo explícito é o de apresentar algumas ferramentas de análise estratégica que auxiliem na implementação deste processo de integração.

Ao reforçarmos a necessidade de estruturas em rede e de formas de interação, estamos salientando um aspecto essencial à filosofia da *demarche* não muito evidenciado no artigo aludido: a busca da complementaridade entre serviços e recursos, a exigência de um determinado tipo de articulação que reduza a diversidade e compense a tendência a uma extrema diferenciação dos serviços e dos recursos, fruto da especialização, que é uma marca registrada das organizações profissionais de saúde.

Faremos aqui uma síntese comentada e uma reorganização das principais idéias dos autores de *Le management stratégique hospitalier* (1997), tendo como eixo o conceito já perfilado de integração estratégica. Inicialmente, será feita a caracterização da proposta de estruturas em rede (incluindo parcerias externas e formas de funcionamento organizacional em rede interna). Em seguida, serão apresentadas idéias e ferramentas referentes à operacionalização do conceito de integração no campo da gestão de recursos tecnológicos e humanos.

O ponto de partida da discussão dos autores é uma caracterização genérica do contexto hospitalar francês, que compreende algumas características basilares: aceleração das inovações tecnológicas, concorrência (ou falta de uma boa coordenação) e restrições ao crescimento vertiginoso da despesa sanitária.

Haveria duas vias para enfrentar este quadro:

- ▼ a tradicional (restrição da oferta aos níveis de maior complexidade tecnológica, padronização e limitação da heterogeneidade, concentrando os pequenos estabelecimentos e reduzindo globalmente o número de leitos) — esta via traria como conseqüências a geração de respostas inadaptadas à diversidade da demanda, resistências do meio profissional (o qual privilegia a independência e uma lógica não-autoritária), problemas de desemprego, pouca eficiência etc.;
- ▼ a de responsabilização dos atores — esta via implica facilitar aproximações parciais e favorecer a negociação de estratégias comuns. Hoje em dia, já se processa na França a utilização em comum de equipamentos pesados e de meios logísticos, através dos sindicatos interestabelecimentos. Do que se trata, porém, é de formular uma política de longo prazo, consistente, uma verdadeira cooperação intra e inter-hospitalar, uma estratégia comum, o que remete à negociação da missão.

A segunda alternativa, assumida pelos autores de referência, comporta a obrigatoriedade de uma análise da ambiência externa hospitalar. Em poucas palavras, trata-se de reforçar as preocupações de saúde pública e as estratégias de parcerias e de rede intra e interestabelecimentos.

## 2. A rede de parcerias e seus impactos positivos

Os maiores problemas de uma política de descoordenação e de atomização dos estabelecimentos são a desmotivação dos recursos humanos e os custos adicionais da não-integração.

O recurso humano padece, neste contexto, do problema básico da pouca mobilidade. O único horizonte possível para um profissional é ser chefe do seu setor, de sua disciplina especializada (configurando uma prática sedentária).

A desatomização dos estabelecimentos, mediante o desenvolvimento de colaborações, é vista como um elemento importante para a renovação das práticas profissionais e para a obtenção de uma série de ganhos em termos de eficácia organizacional:

- ▼ no plano motivacional, a colaboração atua evitando o isolamento do profissional médico dentro de uma estrutura altamente complexa (superando o exílio forçado), ao lhe permitir um contato com o exterior; ao favorecer a multipertença ou o acesso múltiplo, a rede favorece a transferência de tecnologia, da qual se beneficiam essencialmente os médicos;

- ▼ no plano organizacional, o fato de pertencer a uma rede permite ao profissional manter sua especialidade sem perder de vista a visão de conjunto necessária à mensuração dos efeitos de sua intervenção e ajuda a garantir a continuidade do processo de cuidados aos pacientes, permitindo-lhes o acesso fácil ao conjunto de práticas complementares que lhes são necessárias;
- ▼ no plano das práticas profissionais, a rede impulsiona a emergência de consensos, o alargamento das perspectivas de ação terapêutica e a concertação necessária à implementação de ações coletivas.

Os custos adicionais provêm da falta de hierarquização e integração dos serviços (no sentido da indefinição de fluxos de referência e contra-referência) e de uma visão monolítica da excelência (tentar cobrir todas as áreas de atividade preexistentes, como se todas pudessem ser realizadas da melhor maneira possível em termos comparativos). As conseqüências são a duplicação de exames, a degradação do estado dos pacientes, custos de transferência abusivos etc.

A alternativa nuclear que a “*demarche* estratégica” apresenta a esta visão monolítica da excelência é a de trabalhar a vocação de cada estabelecimento dentro da perspectiva da complementaridade. A melhor estratégia para que um estabelecimento possa obter vantagens comparativas é a diferenciação, que corresponde à definição e ao aprofundamento prioritário de suas áreas de excelência e à negociação com a rede sistêmica do atendimento das clientela não contempladas por essas áreas. A idéia de procurar transformar a concorrência frontal em colaboração, através da busca das competências distintas de cada hospital e da negociação das missões entre estabelecimentos, é uma alternativa inteligente e produtiva. Mas a *demarche* não limita as formas de integração à estratégia de complementaridade, derivada do conceito de diferenciação de M. Porter (1986), como veremos a seguir, nem se restringe, no tema da integração, ao universo hospitalar.

Assim, Cremadez e Grateau consideram que seria possível multiplicar os cuidados de proximidade (diríamos de família) realizados por profissionais motivados e qualificados, sempre e quando se oferecesse a esses profissionais maior mobilidade e melhor gestão de carreira e se levasse em conta a evolução de suas aspirações de carreira, sua personalidade e experiência. Para os autores, os cuidados de proximidade, a *expertise* e os cuidados sofisticados são complementares. Esta posição é muito importante se considerarmos que na França há sérios problemas de integração vertical (entre a medicina de família ou ambulatorial e os hospitais).

A questão central, para os autores, é criar um jogo de soma positiva. As perdas de autonomia decorrentes da política de parcerias e de redes seriam amplamente compensadas pelo alargamento do potencial de recursos.

### 3. As formas de cooperação ou de aliança estratégica possíveis

Cremadez e Grateau, na obra citada, reconhecem a possibilidade de quatro tipos de cooperação eventual. Neste sentido recriam, para o contexto sanitário, as formas de aliança estratégica definidas no texto sobre política geral de empresa *Stratégie, structure, décision, identité*, do grupo Strategor (1997). Estes tipos são:

- ▼ parceria vertical — corresponde a coordenar os papéis dos estabelecimentos no seio de um mesmo processo de prestação de cuidados; por exemplo, integrar os níveis primário, secundário e terciário de um domínio de atividade (implantação de um sistema de referência/contra-referência materno-infantil);
- ▼ integração conjunta — equivale ao uso compartilhado de uma tecnologia, especialmente de recursos raros (diagnóstico e terapia); aqui, sem se acabar completamente com a concorrência virtualmente existente, congela-se um de seus elementos;
- ▼ aditividade — neste caso, não há mais concorrência, articulam-se estabelecimentos ou unidades em torno de serviços completos; há a constituição de um potencial comum (por exemplo, a organização de pesquisa multicêntrica); a concorrência virtual cede o lugar à competição interna;
- ▼ complementaridade — consiste na valorização das contribuições complementares, na geração de uma prática diferenciada, útil para todos os cooperantes; por exemplo, a cooperação entre linhas (fileiras) de cuidados entre a medicina e a geriatria (substituição da concorrência entre elas).

Aqui o importante é resgatar a idéia de que o processo de integração estratégica não deveria corresponder a uma visão monolítica da saúde pública, representada pela proposta de um único modelo de integração incutido pela regulação central, considerado um modelo de otimização. A rede deve ser vista como o resultado da imbricação das oportunidades de cooperação de diferentes naturezas que se oferecem aos atores que compõem um sistema. É um conceito que repousa na capacidade de negociação e contratualização dos atores. O papel da regulação é o de incitar, ativar e coordenar este processo de aproximação e de relacionamento, respeitando a diversidade. Neste particular, a via da responsabilização dos atores nada tem a ver com um tipo pesado de planificação tecnocrática.

#### 4. A organização em rede interna

Hoje o paradigma predominante é o da flexibilidade e adaptabilidade organizacional. Postulam-se estruturas planas, com um número mínimo de níveis hierárquicos, e unidades de pequeno tamanho e grande campo de ação.

Este ideal organizacional já é uma realidade no ambiente hospitalar. O grande problema hospitalar é, porém, o da integração, que deve ser compensado.

A estrutura em rede interna, vista como alternativa à diferenciação desmedida, é definida como a organização das relações entre indivíduos multipertinentes, que assumem papéis flexíveis no seio de processos de integração, suscetíveis de valorizar o potencial de riqueza e de inovação ligado a uma diferenciação incitada ou estimulada.

A estrutura pertinente possibilita aumentar a iniciativa e a inovação, cria a possibilidade de novos serviços que podem significar uma vantagem competitiva, e permite a reunião de dimensões estratégicas interdependentes e de importância equivalente (sem hierarquia).

#### 5. Características da estrutura em rede

A estrutura em rede pode ser assim caracterizada:

- ▼ a dinâmica organizacional supera as formas estruturais;
- ▼ um profissional pode ser responsável por uma dimensão da organização e subordinado ao responsável de uma outra dimensão; esta estrutura estimula a capacidade de liderança da organização;
- ▼ a liderança formal tem como missão pôr a serviço de uma perspectiva estratégica um potencial de iniciativa;
- ▼ o dirigente deve se preocupar com a adesão dos atores aos eixos de colaboração; é imperativo que a participação nas instâncias de integração não tenha hierarquias;
- ▼ em uma estrutura em rede a estratégia e as opções em geral são elaboradas conjuntamente, em uma perspectiva global;
- ▼ o poder se fundamenta na capacidade de fazer a informação chegar aos indivíduos que estão mais bem localizados para utilizá-la, sem retê-la;
- ▼ a solidariedade predomina, a *performance* é coletiva;
- ▼ os processos são de auto-organização;
- ▼ não se deve descurar da ambiência externa, que é o perigo implícito na excessiva preocupação com as relações internas.

Uma rede é composta por pólos (nós da rede) que combinam as unidades de base em função de conexões que visam a obter a integração desejada. Estas conexões podem corresponder estruturalmente a comitês permanentes ou temporários ou a departamentos e podem se dar em vários planos: conexões econômicas, burocráticas, operacionais, culturais etc. (várias dimensões podem estar presentes simultaneamente).

Em relação ao poder de ativação, de criação de novos intercâmbios, de novas conexões, Cremadez e Grateau defendem um modo de ativação controlada: grande efervescência na base, limitada por processos de seleção de iniciativas na cúpula.

O conjunto do dispositivo está baseado no princípio da auto-organização das relações entre as unidades, que se elabora nos pólos de integração, e da auto-organização das unidades de base (correspondendo a uma descentralização mais ampla quando as unidades são de pequeno tamanho e quando a organização é plana, achatada).

A representação nas estruturas de integração estaria baseada na competência relacionada à problemática tratada, e não na linha hierárquica (na chefia tradicional).

## **6. Alguns critérios de definição de eixos transversais**

Podem ser considerados critérios de definição de eixos transversais:

- ▼ população (idosos, mãe-filho etc.);
- ▼ conjunto de patologias (cancerologia, endocrinologia etc.);
- ▼ campo anatômico (visceral, neurológico etc.);
- ▼ implementação de tecnologias mais ou menos sofisticadas (cirurgia, transplantes etc.).

Em relação a este último aspecto, algumas técnicas permitem uma plataforma de tratamento multidisciplinar (Le Ludec & Massiot, 1995a):

- ▼ reagrupamento de gastroenterologistas, dermatologistas, ginecologistas e cirurgiões em torno das técnicas laser;
- ▼ reagrupamento de fisiologistas, radiologistas e neurologistas em torno da ecografia vascular;
- ▼ reunião de cardiologistas, cirurgiões cardiovasculares e engenheiros biomédicos em torno da cirurgia antiarrítmica.

Trata-se de mobilizar as sinergias ao redor de aproximações multidisciplinares da problemática das emergências, dos idosos etc. Isto é, de superar a rígida atomização das unidades de base correspondentes às tradicionais especialidades médicas, procurando articulá-las a partir dos critérios anteriores, considerados em um sentido abrangente.

O objetivo central da estrutura em rede é desenvolver redes de reflexão estratégica. As conexões variam. Algumas são importantes estrategicamente, mas não geram ligações operacionais pesadas e contínuas, enquanto outras geram-nas.

Quando o campo transversal das relações aumenta (muitas unidades de base contempladas), a densidade das relações operacionais diminui, o que enseja uma centralização vertical na dimensão estratégica e uma descentralização horizontal importante. Isto corresponde a um contexto organizacional em que várias unidades seguem diretrizes estratégicas comuns com grande autonomia operacional.

O dirigente, neste contexto, deve animar pólos de reflexão estratégica transversais em todos os lugares.

## **7. Organização da diversidade ao redor do conceito de modo de atendimento**

Preocupados com a necessidade de racionalizar o trabalho nos hospitais, Cremadez e Grateau sugerem tentar reduzir a diversidade de processos de produção de cuidados, identificando um número limitado de processos operacionais típicos.

Eles partem das seguintes premissas:

- ▼ a evolução tecnológica engendra uma diversificação enorme dos modos de atendimento;
- ▼ as infra-estruturas são implementadas em comum por vários praticantes;
- ▼ as plataformas técnicas oferecem diretamente prestações específicas;
- ▼ há uma interdependência crescente entre unidades clínicas e logísticas.

Em geral, a atividade clínica se dissocia de maneira crescente das infra-estruturas nas quais ela ocorre (ela não é exercida em um único lugar). Isto multiplica e torna complexos os processos, as combinações de processos e os lugares e condições de exercício profissional.

De territórios quase privados, as unidades de cuidados se transformam em ferramentas compartilhadas, em tipos de plataformas técnicas cada vez mais diferenciadas que oferecem aos profissionais e aos pacientes recursos adaptados a uma concepção mais variada e aberta das práticas de cuidados.



Diante desse panorama, surge a necessidade da modelização, da normalização de um número limitado de processos implementados em tantas estruturas diferentes quanto maior for o tamanho do estabelecimento. A utilização comum dos meios no seio de federações ou de pólos é um imperativo capaz de superar a “balconização” das estruturas hospitalares (beneficiando, por exemplo, estabelecimentos de menor tamanho, que não dispõem de todas as especialidades).

O modo de atendimento é definido como a normalização do processo (o conjunto do percurso) que um paciente precisa seguir a fim de satisfazer a necessidade para a qual ele recorre à instituição. Um modo de atendimento caracteriza a organização do trabalho no seio da estrutura que se dedica à sua implementação e o tipo de relações que ela mantém com as unidades prestadoras de serviço que concorrem para este atendimento. Um modo de atendimento é de alguma maneira um processo depurado das particularidades ligadas a um domínio de cuidados preciso. Neste sentido, pode-se falar em normalização.

Os principais modos de atendimento identificados são, entre outros, a hospitalização convencional, a hospitalização domiciliar, a consulta, a emergência e a hospitalização programada de duração determinada (reunião de várias especialidades em um mesmo estabelecimento que trata de eventos nosológicos programáveis).

O principal objetivo desta modelização é ajudar a gestão operacional, na medida em que permite padronizar processos produtivos e adequar os recursos (especialmente os humanos) aos mesmos. Os autores têm feito um esforço no sentido de identificar variáveis que correspondem às características de cada modo de atenção e aos fatores determinantes da *performance*, como vemos nos quadros 1 e 2.

Estas variáveis permitem diagramar os vários modos de atendimento e compará-los. Apresentamos na página 11 dois diagramas correspondentes à emergência e à hospitalização de duração determinada, considerando os dois tipos de variáveis apontadas.

A análise comparativa dos dois modos revela que, do ponto de vista dos fatores determinantes da satisfação, a HPDL é muito mais exigente, considerando-se as possibilidades de obtenção de vantagens comparativas. Para que este modo seja bem-sucedido, deve responder de maneira satisfatória ao nível de exigência requerido. Questões como a observância dos prazos, o controle do desempenho administrativo e uma maior padronização de procedimentos são fatores claramente distintivos.

Os dois modos respondem a necessidades diferentes. Isto significa que cada vez que se atenda na emergência a um paciente que se beneficiaria mais de uma HPDL, haverá uma satisfação menor e se aceitarão disfunções que colocarão a instituição em uma posição vulnerável em comparação a um concorrente capaz de oferecer um atendimento adaptado.

Quadro 1

**Variáveis relativas aos modos de atendimento**

Características dos processos implementados	Comentários
<b>Parâmetros de concepção</b> ▼ Controle do tempo ▼ Flexibilidade ▼ Polivalência	▼ Qual o grau de consideração desta dimensão? ▼ Há necessidade de se adaptar? ▼ Qual o grau de heterogeneidade das atividades?
<b>Nível de complexidade</b> ▼ Sofisticação técnica ▼ Multiplicidade de intervenientes ▼ Variantes	▼ Grau de sofisticação dos atos praticados? ▼ Os intervenientes são mais ou menos numerosos? ▼ Qual o grau de arborescência do processo?
<b>Modo de regulação-chave</b> ▼ Formalização/padronizaçã ▼ Ajustamento mútuo entre atores ▼ Programação	▼ Os procedimentos são codificados? ▼ As relações entre atores são densas? ▼ É necessário o planejamento?
<b>Capacidade de adaptação</b> ▼ Descontinuidade ▼ Imprevisto ▼ Incerteza	▼ A variabilidade dos fluxos é fundamental? ▼ O imprevisto é inerente ao modo x? ▼ O atendimento é adaptável no processo?
<b>Atitude-chave</b> ▼ Proatividade ▼ Reatividade ▼ Seletividade	▼ É necessário antecipar? ▼ É necessário reagir rapidamente? ▼ É necessário saber escolher (fazer a triagem)?

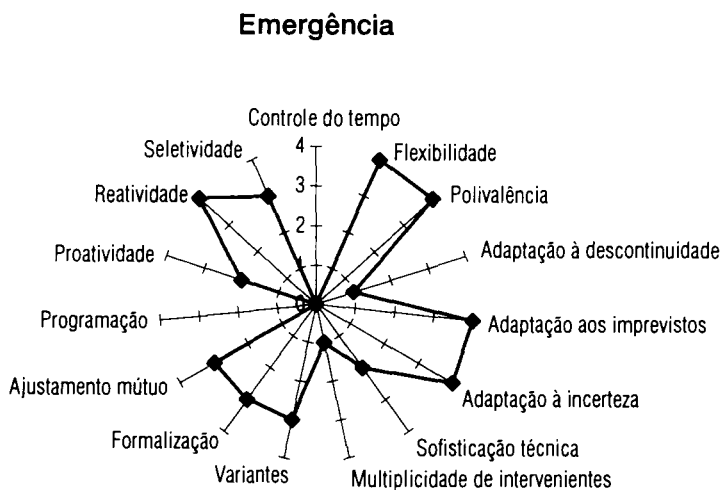
Quadro 2

**Variáveis relativas à performance**

Fatores determinantes da performance	Comentários
<b>Relação com o tempo</b> ▼ Observância dos prazos ▼ Espera ▼ Duração	Em que medida a satisfação do paciente depende da observância de cada um dos critérios que qualificam a relação com o tempo característica do modo estudado?
<b>Regulação das interfaces</b> ▼ Antes ▼ Interno ▼ Depois	Em que medida a qualidade das prestações é função do controle do que ocorre antes, durante e depois da hospitalização?
<b>Controle das prestações</b> ▼ Médicas ▼ Logísticas ▼ Administrativas	Em que medida a qualidade das prestações desses tipos influi sobre a satisfação do paciente
<b>Integração</b> ▼ No seio da equipe de base ▼ Com atores complementares ▼ Com outras unidades	Em que medida a qualidade da colaboração nos três níveis de organização do hospital influi sobre a qualidade da prestação e sobre a satisfação do cliente?
<b>Formalização</b> ▼ Modo de seleção ▼ Protocolos clínicos ▼ Processos de atendimento	Em que medida a qualidade da prestação é determinada por uma descrição precisa do campo de ação coberto pelo modo de atendimento (quem, por que, como)?

Figura 1

## Comparação das características de dois modos de atendimento



### Hospitalização programada de duração limitada

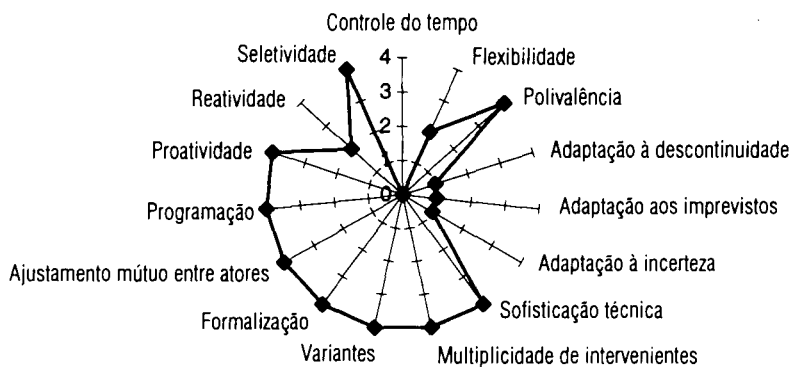
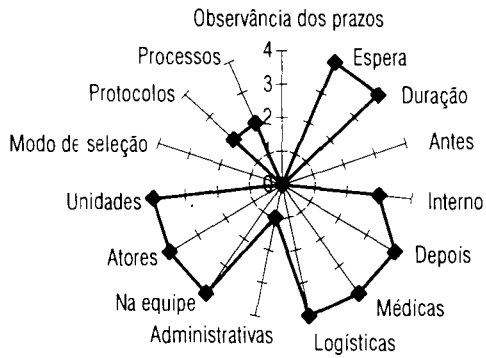
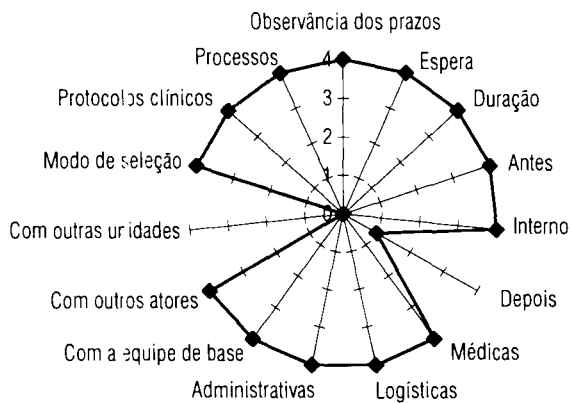


Figura 2  
 Comparação dos fatores determinantes da *performance*

**Emergência**



**Hospitalização programada de duração limitada**



Uma modelização deste tipo permitiria:

- ▼ encaminhar os pacientes aos modos de atendimento suscetíveis de aumentar sua satisfação;
- ▼ limitar as disfunções ligadas à inadaptação dos processos e das estruturas à diversificação das necessidades;
- ▼ permitir, como se verá, oferecer novas fontes de satisfação aos recursos humanos.

No entanto, a idéia central desta aproximação é dar origem a um diálogo entre profissionais de diferentes especialidades em torno de critérios gerenciais, definidos pelos modelos de atendimento apontados. Neste processo de comunicação, primeiro de grupos pequenos, depois de grupos maiores, criar-se-ia uma linguagem comum, gerar-se-ia uma formulação básica de gestão operacional, capaz de aglutinar, de integrar.

Toda a prática da *demarche* estratégica objetiva fundamentalmente a busca da integração como alternativa à diferenciação das organizações profissionais, resgatando o traço cultural da autonomia, o que equivale a apostar em processos de gestão ascendentes. Mesmo referindo-se à segmentação estratégica (definição dos produtos das especialidades hospitalares em termos de agrupamentos homogêneos de atividades), esta preocupação está presente: a busca da transversalidade problemática, das sinergias operacionais e culturais.

Na prática, o resgate do componente gerencial tipo ou modo de atendimento como fenômeno aglutinador introduz uma nova forma de transversalidade, que se soma aos critérios população, tecnologia, conjunto patológico etc. (da segmentação estratégica), e que permitiria adensar o campo das possibilidades de estruturas em rede interna.

Como afirmam Cremadez e Grateau (1997:395): *Depuis quelques années, la diversité s'impose progressivement à l'hôpital, sans qu'il soit préparé à l'assumer, ce qui provoque un certain nombre des convulsions dont nous sommes témoins actuellement. Pour y faire face, il lui faut adapter sa culture e ses modes d'action et être capable de plus de formalization pour faciliter la communication qui devient une variable déterminante de l'efficacité en permettant à l'efficience des différents professionnels de mieux se conjuguer. Mais il lui faut aussi apprendre à standardiser ses pratiques sans les uniformizer et sans perdre la flexibilité e l'adaptabilité que lui confère sa caractéristique de structure organique.*

## 8. A gestão de recursos tecnológicos

Aqui o que interessa é o processo de análise estratégica da abertura tecnológica, necessidade implícita na proposta de construção de parcerias externas e de estruturas em rede. As questões que orientam a construção metodológica a ser apresentada em seguida são: que tipos de tecnologia transferir ou democratizar; qual é o interesse dos atores envolvidos na socialização de uma tecnologia; que agrupamentos tecnológicos podem ser criados de modo a facilitar a análise estratégica de uma diversidade enorme de tecnologias.

É importante assinalar que esta parte do desenvolvimento metodológico deve ser creditada a Le Ludec (Le Ludec & Massiot, 1995b), ex-coordenador da Unidade de Análise Estratégica (UAS) do CHRU de Lille e um dos implementadores da *demarche* na França.

Algumas definições prévias se impõem antes de entrar na apresentação do objeto central deste item, qual seja, um conjunto de técnicas de análise estratégica que permita dar respostas, nem que sejam parciais, às questões colocadas acima.

Por plataforma tecnológica (*plateau technique*), entende-se um conjunto de dispositivos ou instrumentos cuja atividade é o atendimento médico e técnico específico destinado a se integrar no atendimento global ao paciente. Uma dada plataforma inclui:

- ▼ atividades técnicas diagnósticas (radiologia, laboratórios etc.);
- ▼ atividades terapêuticas repetitivas (radioterapia, hemodiálise etc.);
- ▼ atividades terapêuticas limitadas (reanimação, cirurgia etc.).

Le Ludec e Massiot trabalham com a seguinte taxonomia geral de distribuição das tecnologias:

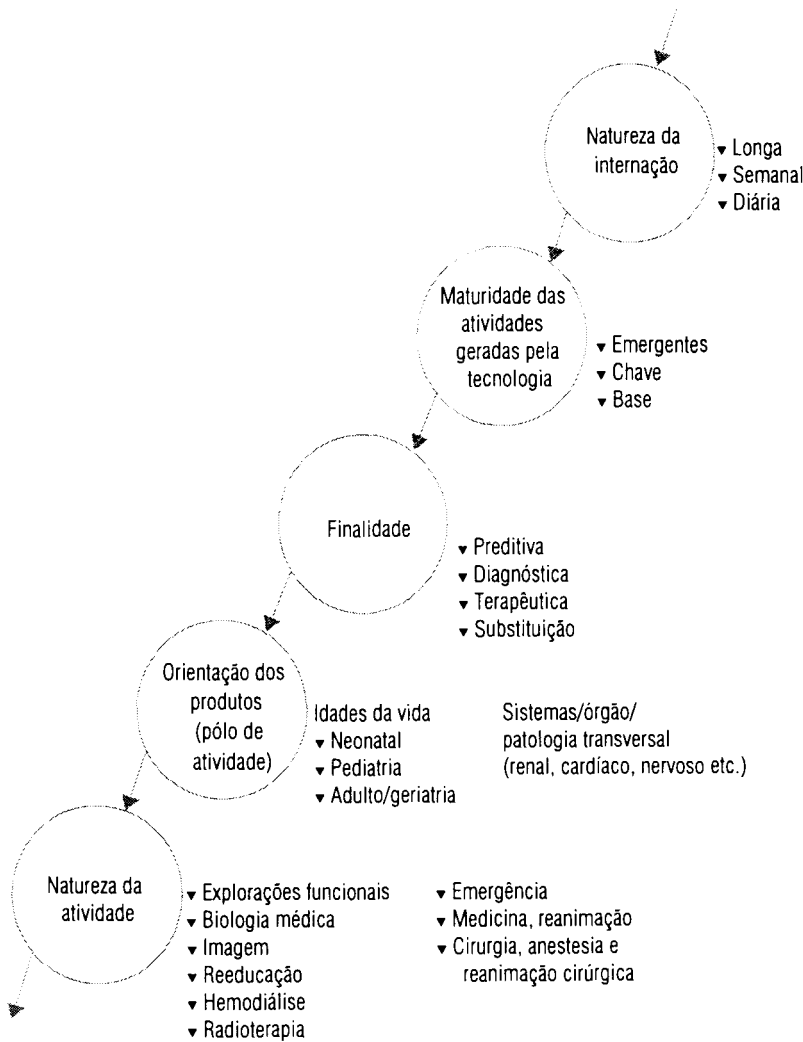
- ▼ tecnologias de base — o impacto concorrencial destas tecnologias não é mais decisivo na atualidade, pois elas estão amplamente difundidas e os concorrentes as controlam de maneira equitativa; estas tecnologias correspondem à função secundária de um centro hospitalar complexo, de referência regional (como é o caso do CHRU), e a uma função típica dos serviços locais (dos hospitais de setor);
- ▼ tecnologias-chave — são tecnologias de impacto concorrencial mais forte, cujo controle corresponde a uma das competências distintivas indispensáveis para ter êxito numa atividade; correspondem às atividades de atendimento características de um hospital de referência regional (à função principal de um estabelecimento deste tipo);
- ▼ tecnologias emergentes — são tecnologias ainda em desenvolvimento; estão em suas primeiras aplicações e apenas intervêm de maneira marginal na implementação de uma atividade; parecem representar um potencial de inovação importante e são suscetíveis de se transformarem em tecnologias-chave; são tecnologias típicas de uma atividade de pesquisa universitária.

As características próprias de uma tecnologia são menos importantes para sua classificação em uma ou outra das categorias do que o papel que ela desempenha no jogo concorrencial no seio de uma atividade dada.

Segundo o *métier*, uma mesma tecnologia pode ter uma natureza diversa (pode ser base, chave ou emergente). Isto coloca problemas técnicos para sua classificação, resolvíveis como se verá adiante.

A *filière* de Beretta é o primeiro instrumento que apresentamos aqui e corresponde a uma definição dos critérios possíveis de classificação das tecnologias (figura 3).

Figura 3  
**Filière de Beretta**



É a partir desta “fileira” de critérios que a UAS do CHRU-Lille propõe a matriz de oportunidades da abertura tecnológica. Esta matriz integra apenas dois critérios-chave da *filière* de Beretta: a maturidade das atividades desenvolvidas (categoria de tecnologia segundo o jogo concorrencial) e a natureza da internação. Os autores em questão consideram que para a segmentação estratégica os critérios maturidade das atividades geradas e orientação dos produtos (sistemas, órgãos, patologias associadas) se revestem da maior importância. Entretanto, para a análise estratégica da abertura de uma plataforma tecnológica os critérios maturidade e natureza da internação seriam suficientes e podem constituir os pontos de entrada prioritários.

O que se propõe é localizar as tecnologias na matriz de oportunidades, de maneira a identificar o nível de oportunidade da abertura tecnológica (e o tipo de cooperação ou não que poderia ser estabelecido em relação a cada uma delas). Trata-se de definir a que categoria tecnológica da taxonomia básica (emergente, chave, base) pertence prioritariamente uma tecnologia e a natureza da internação que lhe é mais pertinente.

Como uma mesma tecnologia pode gerar atividades de maturidade diferente (pesquisa, atividade de referência regional e/ou atividade setorial ou de base), cada tecnologia é submetida a um sistema de cotação (o critério colocado na frente é o preponderante). Assim, uma tecnologia predominantemente utilizada em atividades emergentes terá uma cotação maior, muito embora também seja utilizada em atividades de base e de referência regional (atividades-chave). O quadro 3 é um exemplo do quadro utilizado especificamente para classificar uma tecnologia em uma faixa tecnológica específica.

Quadro 3

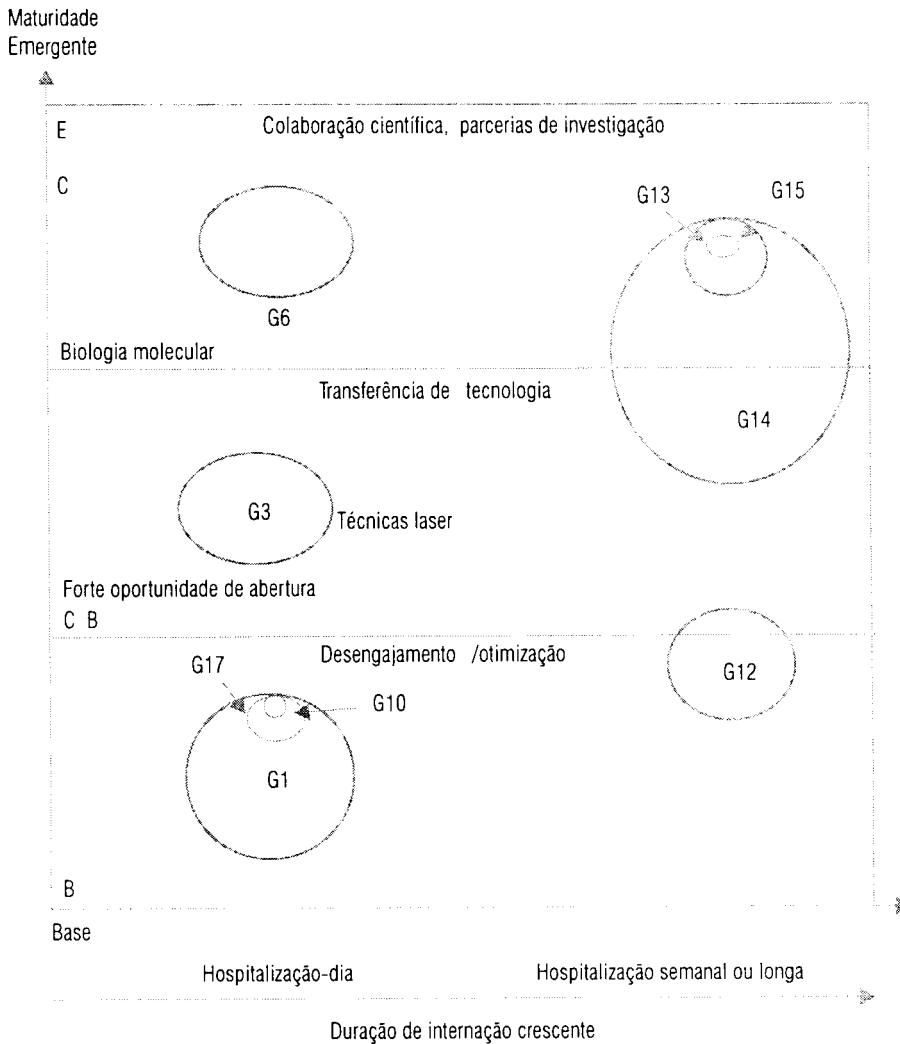
**Exemplo de classificação de uma tecnologia em uma faixa específica**

Maturidade das atividades geradas	Escore	Comentários
Base	1	Bioquímica de rotina
Base, chave	2	Litotripsia extracorporal
Base, chave, emergente	3	Cintilografia
Chave, base	4	Microscopia eletrônica
Chave, base, emergente	5	Explorações funcionais neurológicas
Chave, emergente	6	Imagem por ressonância magnética
Emergente, chave	7	Biologia molecular



Uma vez feita a classificação tecnológica, as tecnologias são localizadas na matriz de oportunidades, considerando-se também a natureza da internação. A figura 4 é um exemplo de matriz de oportunidades.

Figura 4  
**Plataformas técnicas do CHRU-Lille**  
 Matriz de oportunidades



E = emergente (pesquisa)    C = chave ou atividade de referência    B = base ou setor

Obs.: O tamanho dos grupos corresponde ao nível de investimento.

No exemplo em questão, observam-se alguns agrupamentos:

- ▼ G1, G10, G17, G12 — grupo em posição dominante “otimização-desengajamento” (obstetrícia, cirurgia ortopédica e traumatologia, imagem-padrão, biologia *standard*, diálise etc.);
- ▼ G14, G15, G13 — grupo em posição dominante “parcerias em pesquisa e transferência de tecnologia” (cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia torácica, tratamento invasivo de arritmias etc.).

A classificação global compreende um total de 15 agrupamentos.

Considera-se que quanto mais curta é a internação, maior é o número de médicos da rede potencialmente interessados na utilização de uma tecnologia baseada em uma plataforma técnica compartilhada. Neste caso — de um ato que não precisa de internação terapêutica — o paciente permanece sob o controle e a responsabilidade do médico respectivo. É por este motivo que as tecnologias situadas no quadrante maturidade C, E/internação-dia representam grandes oportunidades de abertura. É o caso das tecnologias laser.

A matriz de oportunidades, que pode ser adaptada de várias maneiras segundo os contextos de complexidade específicos, permitiria, assim, definir que áreas podem ser fonte de colaboração em pesquisa, que áreas podem ser objeto prioritário de abertura e que áreas deveriam ser abandonadas (por não corresponderem a uma função principal) ou otimizadas (pela impossibilidade de longas internações em outros lugares).

A matriz da figura 4 permite apenas a detecção de oportunidades. Uma análise aprofundada das motivações e dos interesses dos parceiros eventuais deve ser realizada para orientar a decisão de cooperar ou não. A análise estratégica dos interesses efetivos dos atores envolvidos em uma eventual parceria supõe, em primeiro lugar, a utilização das grades de ponderação de interesses. A proposta é construir uma grade para o CHRU, outra para os parceiros públicos e outra para os privados, pois as motivações que podem levar a uma parceria podem variar segundo a natureza administrativa e econômica. A análise dos interesses utiliza critérios múltiplos, com uma relação diferenciada de acordo com cada ator. A cada critério é atribuído um peso ( $P$ ) e uma nota de 0 a 20( $N$ ). O resultado geral é uma nota correspondente ao interesse geral de cada ator. Finalmente, os valores específicos dos atores são correlacionados ou cruzados na matriz dos interesses, como se verá adiante. Os quadros 4 e 5 apresentam as grades de ponderação dos interesses do CHRU e dos parceiros públicos:

Quadro 4

**Grade de ponderação dos interesses do CHRU**

<b>Crítérios de interesse pela abertura</b>	<b>Modalidade de notação</b>
Massa crítica	Recursos tecnológicos não-otimizados — nota forte
Potencial de parcerias	Potencial forte — nota forte
Contribuição em recursos adicionais	Aporte forte — nota forte
Otimização de fatores de produção	Otimização importante — nota forte
Reforço das competências internas	Reforço importante previsível — nota forte
Concorrência com o setor privado	Concorrência — nota fraca
Dependência em relação aos parceiros	Dependência forte — nota forte
Perda de um fator-chave de sucesso ou de uma vantagem concorrencial	Perda provável — nota fraca
Perenidade da colaboração	Perenidade prevista fraca — nota fraca
Reforço de uma rede e melhor compreensão da ambiência	Reforço importante previsível — nota forte
Etc.	

Quadro 5

**Grade de interesse pela abertura de parceiros públicos**

<b>Acesso a uma atividade que não pode ser desenvolvida por conta própria</b>	<b>Peso</b>	<b>Nota</b>	<b>Escore</b>
Oferta local			
Perspectiva de desenvolvimento			
Possibilidade de beneficiar-se de uma formação especializada			
Valorização de competências médicas			
Acesso a competências específicas			
Diminuição de custos			
Etc.			
Total			



A importância dessas ferramentas de análise estratégica consistiria em ajudar a precisar a viabilidade efetiva de uma política de cooperação envolvendo vários parceiros eventuais. As tecnologias de maior oportunidade político-econômica de abertura poderiam ser detectadas com maior clareza, em função da complexidade e da missão de cada estabelecimento. Este tipo de instrumental ajudaria, ainda, a pensar estratégias relativas à implementação ou não de parcerias centradas na abertura tecnológica (estas possibilidades surgem da leitura criativa de uma matriz de interesses).

As grandes orientações estratégicas que se depreendem da análise dos interesses seriam:

- ▼ reestudar o desenvolvimento de um projeto (de incorporação tecnológica) por conta própria em função de sua importância estratégica ou estender o domínio da parceria — interesse forte para o CHRU e fraco para os parceiros potenciais;
- ▼ suscitar o interesse dos parceiros na medida em que o projeto se reveste de uma importância estratégica — interesse forte para o CHRU, médio para os parceiros;
- ▼ estudar as tendências evolutivas (o projeto pode ser colocado em um compasso de espera em função das evoluções previsíveis do ambiente) — interesse médio para o CHRU, médio para os parceiros;
- ▼ a estudar pelo ângulo contribuição de recursos adicionais (o projeto pode ser posto em prática se seu impacto financeiro for positivo para o CHRU) — interesse médio para o CHRU, forte para os parceiros;
- ▼ implementar a colaboração (o projeto é equilibrado e representa um interesse forte para todos);
- ▼ as zonas rasuradas correspondem àquelas onde não é desejável prosseguir o projeto.

Uma ilustração didática da utilização global destas técnicas foi preparada pela UAS do CHRU de Lille para o caso das angiodisplasias e se encontra disponível. Este caso é sintetizado também em Cremadez e Grateau (1997).

## 9. A gestão de recursos humanos

Aqui questionamos a rigidez organizacional que se expressa, do ponto de vista dos recursos humanos, na falta de mobilidade profissional e na inexistência de uma política de gestão operacional e previsionar desses recursos, apoiada na busca de uma adaptação entre as exigências de qualidade (de perfil) e as fontes de satisfação implícitas nos processos de trabalho, de um lado, e a alocação de recursos profissionais, de outro.

A alocação de recursos humanos segue uma via hierárquica, caracterizada pela predominância do critério tecnocrático da especialidade e da disciplina médicas, não considerando o critério gerencial da diversidade de formas de prática que uma mesma especialidade pode assumir. Para além da consideração exclusiva das competências técnicas individuais, os autores analisados propõem a necessidade de uma nova concepção de carreiras, horizontal, fundamentada na diversidade de condições de exercício das (mesmas) competências profissionais no hospital.

Neste sentido, eles se apóiam no conceito já analisado de modo de atendimento. Cada um dos modos ou tipos de atendimento identificados corresponde a uma “situação profissional” e representa uma faceta do *métier* do médico. Cada um deles requer qualidades humanas e profissionais singulares, determina condições de trabalho e oferece fontes de satisfação específicas que concedem a um determinado *métier* uma riqueza singular.

Trabalhar no centro cirúrgico, em reanimação, em um serviço de geriatria, em uma unidade ambulatorial de um hospital, na hospitalização domiciliar e no consultório são situações profissionais que requerem aptidões, *savoir-faire*, competências, características psicológicas diferentes. Por outro lado, estas situações comportam fontes de satisfação e de motivação específicas. Caracterizá-las e utilizar sua riqueza e diversidade para conceber formas de encaminhamento das carreiras e uma gestão de pessoal moderna parece ser primordial.

Organizar a mobilidade sobre a base do conceito de modo ou tipo de atendimento pode oferecer múltiplas formas de satisfação, novas motivações e novas perspectivas de evolução para os indivíduos.

Para explicitar isso, pode-se praticar um exercício análogo ao que foi feito em relação à diferenciação dos modos de atendimento. Basicamente, dois quadros de variáveis podem ser construídos: um correspondente às qualidades requeridas (em termos de perfil profissional) para cada forma, e outro representado pelas fontes de satisfação (quadros 6 e 7).

Estes quadros de variáveis nos permitem estabelecer vários diagramas referentes aos diversos tipos de atendimento, onde procuramos identificar o nível de exigência de cada variável e o grau de envolvimento dos fatores de motivação assinalados em cada modo específico. Para simplificar, e considerando que este artigo é apenas uma introdução ao tema, apresentamos nas figuras 6 e 7 os casos da hospitalização convencional e da hospitalização domiciliar.

Assim, trabalhar em uma hospitalização a domicílio pode fazer da capacidade de auto-organização um elemento-chave, enquanto este não apresentará senão um interesse mínimo em um contexto sedentário e estruturado como a hospitalização convencional, que requererá capacidades de trabalho em equipe, mas menos desenvolvidas que em uma unidade de tratamento de emergência.

**Quadro 6**  
**Exemplos de qualidades requeridas**

Qualidades requeridas	Comentários
<b>Competências profissionais</b> ▼ Técnica ▼ Pedagógica ▼ De atualização	▼ Nível de tecnicidade requerido ▼ Exigências de educação dos pacientes ▼ Necessidade de renovação de conhecimentos e práticas
<b>Aptidões pessoais</b> ▼ Para concepções ▼ Para tomada de decisões ▼ Para relacionamentos	▼ Conceber e organizar o atendimento ▼ Decidir frente a situações imprevistas ▼ Abrir-se ao próximo e comunicar-se
<b>Capacidade de ação coletiva</b> ▼ Auto-organização ▼ Trabalho em equipe ▼ Gestão de parcerias	▼ Organização pessoal, método e rigor ▼ Inserção grupal, aporte ao trabalho coletivo ▼ Autoridade e senso da negociação

**Quadro 7**  
**Exemplos de fontes de satisfação**

Fontes de satisfação	Comentários
Inserção profissional	Reconhecimento no seio de um grupo, sentimento de pertença
Responsabilidade	Engajamento e capacidade de tomar iniciativa
Valorização técnica	Sofisticação das práticas profissionais
Carga afetiva	Implicação e sentimento de utilidade
Controle da relação com o outro	Facilidade no relacionamento interpessoal
Autonomia	Liberdade de ação

Figura 6

### Diagrama para hospitalização convencional

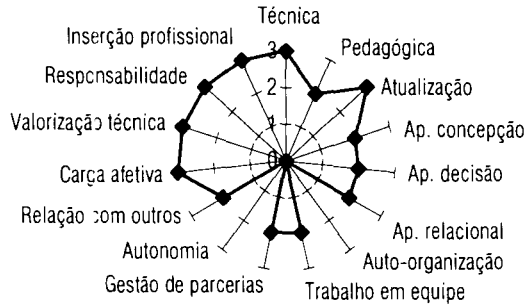
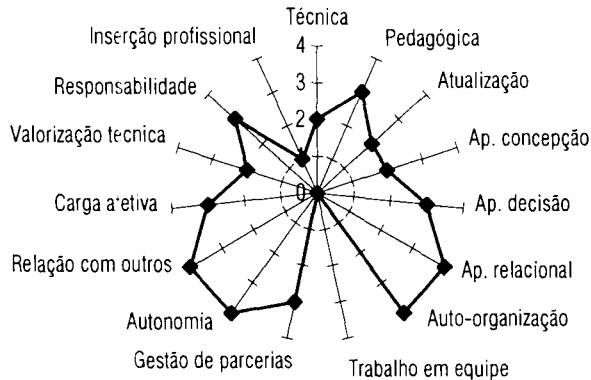


Figura 7

### Diagrama para hospitalização domiciliar



Trabalhar em consultório demandaria menos no plano das competências técnicas que trabalhar na perspectiva da hospitalização programada de duração determinada. Porém, a exigência de atualização técnica não é fundamentalmente diferente. A aptidão para concepção seria, no caso da consulta, menos solicitada que a aptidão para tomada de decisão.

A análise das qualidades requeridas, combinada com a análise das características e dos fatores de *performance* de um tipo de atendimento, permite compreender melhor o clima organizacional, a pressão exercida sobre os indivíduos e a natureza da atração que este tipo de atendimento pode repre-



sentar (ou não) para os profissionais segundo sua idade, motivação e antecedentes, assim como seu contexto social. Assim claramente explicitados, os modos ou tipos de atendimento podem permitir a um agente se projetar em um percurso profissional, e à instituição negociá-lo em função de seu perfil e de sua evolução e dos meios que ela pode mobilizar para favorecer este ou aquele sentido profissional.

A partir de uma análise multicritérios, obtêm-se representações dos diferentes tipos de atendimento. O resultado deste exercício praticado por um grupo profissional homogêneo nos mostra que, para seus membros, a satisfação fornecida pela HPDL está mais ligada à técnica e ao trabalho em equipe, enquanto para a hospitalização domiciliar são os aspectos relacionais e a autonomia que importam. E a emergência comporta uma carga afetiva bem superior à consulta ou à HPDL.

O que acabamos de expor pode parecer caricatural, mas é ilustrativo. Trata-se de explorar as possibilidades de uma tal aproximação, para a qual é necessário dispor de um número maior de critérios cuja definição precisa constituirá um glossário, e selecionar e definir os critérios com as pessoas envolvidas, estabelecendo com elas as representações dos vários tipos de atendimento. Dois tipos de representação devem ser estabelecidos e confrontados: a representação que cada grupo profissional tem das características e da atratividade de cada tipo de atendimento, de um lado, e a representação que deles podem ter as equipes de base que os implementam, de outro.

Esta aproximação não deve ser encarada mecanicamente. É necessário gerar um diálogo e providenciar ferramentas que sejam úteis aos profissionais para melhor compreender e adaptar-se ao seu universo profissional, inovando-o e fazendo-o evoluir. O que se busca é obter uma melhor adequação entre indivíduos e organização em uma perspectiva dinâmica, permitindo-lhes libertar-se justamente das representações caricaturais e ajudando-os a operar as evoluções desejáveis para eles e para a organização onde trabalham.

A aproximação anterior pode ter várias aplicações:

- ▼ conceber modalidade de avaliação da carga de trabalho e de determinação do efetivo mais pertinente — assim, a avaliação poderá ser realizada de maneira diferente no caso de uma hospitalização convencional, onde a clientela é mais heterogênea, o serviço é menos codificado e menos formalizado e o tempo menos restritivo, e no de uma HPCC, que fornece serviços de uma variedade limitada e conhecida a uma clientela selecionada, em um quadro temporal mais restritivo em termos de prazos e de cronologia;
- ▼ adaptar os horários e o tempo de trabalho — os ritmos de trabalho e os horários poderão ser diferenciados segundo a necessidade de continuidade de no atendimento ou, ao contrário, a ausência de continuidade, mas também segundo a distribuição dos fluxos de pacientes, a importância dos fatores aleatórios ou o controle quantitativo da atividade;

- ▼ adaptar os indicadores da *performance* e a parte atribuída à *performance* individual em relação à *performance* coletiva — em certos casos, a observância dos prazos predominará sobre a duração, o peso dos pacientes sobre o número etc.;
- ▼ organizar a mobilidade e a polivalência no hospital e conceber os planos de formação, conciliando as necessidades institucionais, as necessidades profissionais e as expectativas individuais.

A identificação dos tipos de atendimento permite clarificar as diferentes possibilidades de exercício profissional que a instituição oferece e explicitar suas características, desafios, exigências e vantagens. Uma primeira diferenciação de perfis profissionais é dada pelo conceito de modo ou tipo de atendimento normalizado. Uma segunda diferenciação deverá ser feita no sentido da definição das especificidades existentes em cada tipo de atendimento, ligadas às exigências particulares das populações e das disciplinas (especialidades médicas). Esta segunda diferenciação revelará toda a variedade do exercício de cada profissão representada no hospital. A diferenciação de perfis, feita nas duas bases, permitiria oferecer um quadro geral que ajude a detectar as possibilidades de mudança para os próprios interessados e a organização. Esta identificação pressupõe o confronto entre as possibilidades de perfil profissional implícitas nos processos de trabalho e as características específicas dos recursos humanos, aferidas através de processos de avaliação desses recursos em que se procura levantar em que medida determinadas exigências de perfil profissional são por eles preenchidas. A questão está em saber em que medida determinadas exigências representam pontos fortes ou fracos para um determinado recurso humano, como se vê no exemplo do quadro 8.

Quadro 8		
<b>Exemplo de avaliação de perfis de recursos humanos</b>		
Competências profissionais	Pontos fortes	Pontos fracos
Técnica		
1		
2		
3 ...		
Pedagógica		
...		
Atualização		
...		

Elementos de um balanço de competências (1, 2, 3 etc.). Corresponderiam a critérios específicos de cada competência que permitiriam melhor qualificá-la.

O objetivo de gerar a mobilidade é dar aos profissionais a possibilidade de renovar sua motivação. Do ponto de vista da instituição, objetiva-se permitir uma alocação de recursos humanos mais flexível, que responda às necessidades de curto e longo prazos, e mais adaptável, no sentido de uma gestão previsional de RH que leve em conta a evolução da tecnologia e das necessidades. Neste último caso, o componente prospectivo é essencial e pode manifestar-se, por exemplo, através da necessidade de um reequilíbrio entre formas de atendimento (redução relativa da hospitalização tradicional em benefício da HPDL) ou através da emergência de novas formas de atendimento (como no campo da psiquiatria, quando se opta por formas de atendimento externo).

A busca de mais flexibilidade e adaptabilidade supõe um movimento inverso àquele que caracteriza o exercício realizado no sentido de captar a diferenciação que define toda a riqueza do exercício profissional em um hospital. Trata-se de recompor a diversidade buscando não mais os fatores de diferenciação mas os fatores de integração, as proximidades de quaisquer tipos. Os modos ou tipos de atendimento são evidentemente o primeiro nível desta recomposição. Mas pode-se ir além e buscar as similitudes entre modos de atendimento. Os grupos polivalentes assim constituídos permitirão ampliar as possibilidades de gestão qualitativa e quantitativa.

Um grupo polivalente será constituído seja por uma reaproximação de tipos de atendimento que valorize características comuns a cada um dos modos reagrupados, seja por um reagrupamento de perfis diferenciados cuja proximidade terá sido julgada sob um critério diferente (população, patologia, tecnologia). A proximidade deverá ser suficiente para que seja possível aos profissionais assim reunidos a substituição de uns pelos outros (mediante um curto prazo de adaptação derivado de uma formação).

Tal forma de gestão das competências dos RH baseada no critério gerencial tipo de atenção, para além do critério técnico da especialidade médica, tem o grande mérito de ser uma forma de gestão que não busca a adequação entre o indivíduo e um posto de trabalho ou que não opera sobre a base da descrição de tarefas a realizar. Ela busca analisar a adequação dos indivíduos a contextos de ação amplos, definidos pelos ângulos organizacional (as relações entre os diferentes atores), pessoal (as qualidades e motivações individuais) e estratégico (a qualidade do serviço a fornecer). Desta maneira, busca-se um aumento global da competência institucional, para além das competências individuais e técnicas. Dada a natureza participativa desta gestão, o que se valoriza são essencialmente as capacidades de auto-organização das unidades e lugares de trabalho.

Uma proposta deste tipo supõe uma nova forma de encarar a formação, que deveria estar subordinada aos objetivos institucionais e privilegiar uma concepção mais ampla da eficácia, que implicasse a possibilidade de que os vários atores venham a perceber as interações que condicionam a *performance* global da organização. A questão que se coloca como desafio é integrar as competências pessoais e profissionais em um quadro coletivo de funcionamento.

Uma proposta nova de formação deveria integrar três dimensões:

- ▼ a dimensão das competências necessárias a cada um dos grupos profissionais que compõem o hospital, centradas no conjunto disciplinas, especialidades e grupos de tecnologias/patologias;
- ▼ a dimensão das interações entre profissionais que caracterizam o modo de funcionamento operacional das unidades de base e os processos implementados;
- ▼ a dimensão das relações entre grupos profissionais que condiciona o funcionamento global da organização através do jogo das relações hierárquicas, e das relações logística-tecnoestrutura-centro operacional.

A cada um destes campos corresponde um tratamento apropriado da formação que permita realizar o indispensável duplo movimento de diferenciação e de integração. A diferenciação é obtida pela prática de ações que permitam dotar cada grupo profissional das competências específicas necessárias à boa realização de seu papel, enquanto a integração é atingida pela implementação de ações que permitam aos diferentes profissionais, convocados a colaborar, um melhor controle das condições de sua colaboração. Cada um destes campos é caracterizado por um grau de mixagem profissional e de conteúdos de formação específicos: predominantemente técnica para o primeiro, predominantemente relacional para o segundo, predominantemente gerencial para o terceiro. O interesse por este tipo de proposta de formação depende de sua associação a uma renovação da concepção de carreiras de pessoal e à valorização da ferramenta de formação profissional continuada.

## 10. Conclusão

A apresentação das idéias e ferramentas de análise estratégica contidas neste artigo nos permitem estabelecer algumas conclusões:

- ▼ a integração de serviços obedece a uma pluralidade de formas e pressupõe um processo de negociação ativa de interesses entre atores responsáveis, descartando-se, assim, uma lógica normativa de integração segundo um modelo único e racional (no sentido da imposição de uma forma de regulação central, de base tecnocrática);

- ▼ a extrema diferenciação dos serviços, conspirando contra a possibilidade de um projeto solidário, coloca a necessidade de formas de integração transversal, que superem o modelo da especialidade; estas formas de integração comportam vários critérios de aproximação (tecnologia, conjunto de patologias, população), incluindo o critério gerencial tipo ou modo de atendimento, que deve ser fortalecido;
- ▼ a normalização dos processos de prestação de cuidados sob a forma de modos de atendimento tem uma dimensão racionalizadora que se coloca a serviço da comunicação e da participação, sendo que esta última dimensão deve ser considerada prioritária;
- ▼ a análise dos processos eventuais de constituição de redes a partir da proposta de compartilhamento da plataforma tecnológica suscita a exigência de um instrumental metodológico de análise estratégica que considere os interesses dos atores concretos envolvidos;
- ▼ uma boa gestão de recursos humanos deve considerar as exigências colocadas pelos processos de trabalho inerentes às formas de atendimento identificáveis e as fontes de satisfação dos profissionais; e deve transitar no sentido da mobilidade e da busca de um mínimo de polivalência possível, de modo a superar o cárcere existencial da especialidade e do cargo únicos; formas de intercomunicação e de relacionamento transversal entre especialistas devem ser tentadas mediante o uso de critérios gerenciais que venham a compensar a rigidez hierárquica da especialidade e que permitam uma dinâmica de projetos dinamizadores (no sentido de redes de reflexão estratégica capazes de aproximar-se de uma visão de conjunto da organização);
- ▼ a análise estratégica deve ser aprimorada em seu instrumental, de modo a ajudar significativamente na formulação de macroprocessos institucionais ligados ao funcionamento do sistema de saúde, para escapar do voluntarismo, da espontaneidade e da mera abstração ideológica.

## Referências bibliográficas

- Cremadez, M. & Grateau, F. *Le management stratégique hospitalier*. 2 ed. Paris, InterEditions, Masson, 1997.
- Le Ludec, T. & Massiot, J. L. *Management des ressources biomédicales*. Lille, UAS-CHRU-Lille, 1995a. mimeog.
- . *Partenariat et ouverture des plateaux techniques des établissements de santé*. Lille, CHRU-Lille, 1995b. mimeog.

- Porter, M. *L'avantage concurrentiel: comment devancer ses concurrents et maintenir son avance*. Paris, InterEditions, 1986.
- Rivera, F. J. U. A "demarche" estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(1):73-80, jan./mar. 1997.
- Strategor. *Stratégie, structure, décision, identité: politique générale d'entreprise*. Paris, Dunod, InterEditions, 1997.