

El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp)

The Paideia support method at the hospital setting: the
experience of Hospital de Clínicas of Universidade
Estadual de Campinas (HC-Unicamp)

Adriano Massuda¹, Gastão Wagner de Sousa Campos²

¹Médico Sanitarista, Hospital de Clínicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Profesor Auxiliar, Universidade Federal do Paraná. Doctorando en Salud Colectiva, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Brasil. a.massuda@gmail.com

²Doctor en Salud Colectiva, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Profesor titular, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

RESUMEN Esta investigación analiza los cambios que se produjeron en un hospital universitario, en el que se utilizó como referencial el método de soporte *Paideia*. La experiencia se realizó en el marco de un curso de especialización en gestión hospitalaria ofrecido por el Departamento de Medicina Preventiva y Social y por la dirección del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp) a personal de las áreas de docencia, asistencia y administración, y a coordinadores de servicios del hospital. Los resultados fueron analizados por triangulación de técnicas. Se observaron cambios en las prácticas de gestión, de atención y en la relación con el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente en el primer aspecto. Se infiere que los cambios fueron influenciados tanto por el proyecto de la dirección del hospital, como por las actividades del curso. Se concluye que el método potenció y amplió el espectro de cambios en el hospital, en función de la perspectiva política y pedagógica de crear redes dialógicas en colectivos organizados, haciendo uso de un abordaje metodológico dialéctico problematizador de la praxis, con ofertas teórico-conceptuales aportadas por el soporte externo. Sin embargo, fue posible identificar límites en la aplicación del método en el hospital, originados, principalmente, en aspectos políticos, ideológicos, culturales y organizacionales.

PALABRAS CLAVE Atención Hospitalaria; Salud Pública; Gestión.

ABSTRACT *This research analyses changes produced in a university hospital using the Paideia support method. This experience happened during a hospital management fellowship course offered to professors, managers, and professionals who work at administration and health care by the Preventive and Social Medicine Department and the Hospital de Clínicas of Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). The results were analyzed using triangulation methods. Changes in management, health care practices and hospital relationship with the care network were observed. We infer that the changes were influenced by both the project and the activities of the course. We conclude that this method empowered and widened the changes observed due to the political and pedagogical approach based on the creation of dialogical networks in groups, using a dialectic method on the praxis, with a theoretical-conceptual support introduced by the external tutors. However, it was possible to identify limits to the method application in hospital mainly due to political, ideological, cultural and organizational aspects.*

KEY WORDS Hospital Care; Public Health; Management.

INTRODUCCIÓN

La relación entre sistemas de salud y hospitales ha sido un tema cada vez más presente en la agenda de las reformas del Sector Salud en Brasil y en el mundo, en función de los cambios económicos, políticos, culturales y sociales que caracterizan la vida en el inicio del nuevo milenio (1-3). Con el surgimiento de nuevos problemas de salud, frente a las transformaciones en el perfil poblacional, epidemiológico y sanitario, como también en función del entendimiento de la salud como derecho social, del desarrollo de nuevas tecnologías y del crecimiento progresivo de los costos en este sector, es esencial construir nuevos modos de producción de las prácticas y de la organización de servicios y sistemas de salud. En este contexto, la atención hospitalaria se destaca por el costo que representa para los sistemas de salud y la importancia en la prestación de asistencia a la salud (4-6).

La perspectiva de cambios en el modo de producción de las prácticas de salud también está presente en la agenda de los hospitales universitarios (HU) brasileños, como estrategia para el enfrentamiento de la crónica crisis vivida por esas organizaciones (7-9). Pero si transformar a los hospitales, en general, ya es un desafío, dada su naturaleza hipercompleja (10), mayor aun es la dificultad de promover modificaciones en los hospitales universitarios, que además de relacionarse con el Sistema de Salud, se relacionan también con la lógica política y organizativa de las universidades (11).

En ese aspecto, el análisis histórico de la constitución de los hospitales universitarios revela la influencia de proyectos en disputa en diferentes momentos históricos, en torno de reformas estructurales del papel del Estado, de la universidad y de la organización sanitaria en la sociedad (12). Y las perspectivas de cambios en los hospitales reflejan una diversidad de caminos que definen diferentes roles, modos de gestión y de producción de prácticas de atención, marcando distintas concepciones políticas, ideológicas y teórico-metodológicas. Reconocer esos proyectos, sus intencionalidades, como su relación con el contexto de la Reforma Sanitaria Brasileña, es indispensable para identificar qué está en juego

en torno a la atención hospitalaria en el Sistema Único de Salud (SUS) en la actualidad.

Por otro lado, la construcción de nuevos modos de producción de las prácticas de salud y de organización de los servicios y sistemas de salud se combina con la necesidad de elaboración de métodos científicos, capaces de dar soporte al desarrollo del conocimiento sobre la implementación de acuerdos organizacionales que favorezcan la incorporación de los principios ético-políticos que orientan la organización del SUS: universalidad, integralidad y participación social.

El presente trabajo se inserta dentro de esta perspectiva. Se trata de un estudio desarrollado en el marco de la Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Ciências Médicas de la Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp), que tuvo por objetivo describir y analizar los cambios ocurridos en los servicios del Hospital de Clínicas de esa universidad (HC-Unicamp), durante un curso de especialización en gestión hospitalaria fundamentado en el método de soporte Paideia (13). Además, se buscó sistematizar una propuesta metodológica de investigación-intervención modificada por la aplicación del método de soporte Paideia, a la que se denominó investigación-intervención "tipo soporte".

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El HC-Unicamp fue fundado en 1985. Es una institución pública estadual universitaria, en la que se desarrollan gran parte de los programas de asistencia, enseñanza e investigación de la FCM-Unicamp. Además, se vincula al SUS, como referencia en la atención ambulatoria y hospitalaria especializada para una población de alrededor de seis millones de habitantes de los municipios de la región de Campinas del interior del estado de San Pablo. Su dirección está constituida por docentes de la FCM, que ejecutan las directrices acordadas en el Consejo de Administración del hospital, compuesto por jefes de los departamentos de la FCM (14).

Se caracteriza por ser un hospital general, con gran diversidad de intervenciones

asistenciales realizadas en servicios especializados, organizados a partir de 44 especialidades médicas. Existen 565 tipos de ambulatorios médicos especializados y 119 no médicos, en los que se realizan cerca de 30.000 consultas ambulatorias y de emergencia mensualmente. Además, dispone de 375 camas activas, de las cuales 30 son de UTI, y cuenta con 15 salas de cirugía general y 8 salas de cirugía ambulatoria (15).

En el hospital trabajan aproximadamente 3.000 profesionales, además de los docentes vinculados a la FCM. El modo de inserción de los profesionales médicos en esos servicios se produce, como en la mayoría de los hospitales, a partir de especialidades y demás categorías profesionales a partir de sus respectivas corporaciones profesionales, lo que produce una gran fragmentación en la organización de la atención de la salud (11). Además, por tratarse de un hospital universitario, la organización asistencial se relaciona con la lógica de la organización académica, y muchas veces es determinada por esta (16).

Y del mismo modo que los demás HU, el HC-Unicamp vive en una crisis crónica que presenta aspectos económicos, políticos y organizacionales relativos al modo de gestión, de producción de las prácticas de salud y de relación con el Sistema de Salud. Ante ese cuadro, se observaron intentos de cambios en los procesos de trabajo asistencial y administrativo, influenciados por el referencial de la "calidad total", que tenían la pretensión de imprimir mayor racionalidad organizacional volcada a la reducción de costos (17).

Por su parte, la revisión del modelo de atención del hospital fue discutida por primera vez en el marco de la planificación estratégica realizada en 2003, y reforzada por la adhesión del HC-Unicamp a la política de reestructuración de los hospitales universitarios del año 2004. Se pactaron metas relacionadas a la gestión, a la atención y a la relación con el SUS, mediante el aporte de nuevos recursos financieros. Sin embargo, los proyectos de cambio destacados en aquella época no llegaron a ser puestos en práctica. Uno de los principales motivos fue la crisis política entre la dirección del HC-Unicamp y el rectorado de la Universidad.

En 2006, al asumir la nueva dirección, se retoma el propósito de cambios en el modelo organizacional del HC-Unicamp. Entre los pro-

yectos de esta gestión estaba la intención de resolver la crisis económico-financiera que aún afectaba al hospital, por medio de estrategias volcadas a reformar el modelo de gestión y calificar la relación con el Sistema de Salud (18). Hubo acciones como la constitución de unidades productivas y colegiados gestores; el nombramiento de docentes designados por los departamentos de la FCM como jefes de clínica para conformar el cuerpo gerencial del hospital; y la contratación de médicos sanitarios con el objetivo de trabajar la relación del hospital con la red de servicios del SUS.

Y como estrategia para dar mayor sustento teórico y práctico a ese movimiento de cambios, la Superintendencia decidió ofrecer un curso de gestión hospitalaria. Se optó por la organización de un curso en cogestión entre el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la FCM-Unicamp y la Superintendencia del HC-Unicamp, que buscó contemplar tanto los intereses de la dirección del hospital, como las referencias teórico-conceptuales del método Paideia aplicados a la reforma de la atención hospitalaria (4).

El curso de gestión fue organizado con un eje teórico que abordó temas relativos al modelo de gestión, al modelo de atención y a las redes de atención, y otro eje práctico, cuyos objetivos fueron trabajar la construcción de diagnósticos compartidos de situación en los servicios y construir proyectos de intervención a partir de las necesidades relevadas.

Para la realización de las actividades prácticas se organizaron grupos de trabajo de entre 15 a 20 profesionales, según la proximidad entre los servicios, buscando favorecer la interlocución entre los mismos en la construcción de los proyectos de intervención. Esos grupos contaron con el apoyo de profesores soporte vinculados a la coordinación del curso para la realización de las actividades prácticas. Los grupos se conformaron de la siguiente forma:

- *Grupo 01:* Neurología, Salud Mental, Odontología, Clínica Médica, Cardiología y División de Ambulatorios Médicos y Procedimientos Especializados (DAMPE) y Servicio Social.
- *Grupo 02:* Superintendencia, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Oncología, Pediatría, Nutrición y Hemoterapia.

- *Grupo 03:* Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía Torácica, Centro Quirúrgico, UTI, Nefrología, Fisioterapia y Administración.
- *Grupo 04:* Ortopedia, Recursos Humanos, Unidad de Emergencia, Imagen y Enfermedades Infecciosas, Farmacia y Coordinación de Enfermería.

En el curso se inscribieron 60 profesionales, de los cuales cerca de un tercio eran docentes. Los demás eran coordinadores de servicios y profesionales del área asistencial y administrativa del hospital. Del total de profesionales inscriptos, 55 concluyeron el curso. Las actividades se iniciaron en abril de 2008 y finalizaron en junio de 2009, con encuentros presenciales todos los lunes de 15 a 19 horas y actividades a distancia, con un total de 428 horas. En el primer semestre las dos primeras horas de los encuentros presenciales se destinaban a la exposición teórica y las dos siguientes a los trabajos en grupos. En el segundo semestre, luego de las aulas teóricas, en general, se realizaron actividades de discusión temática, presentación de los diagnósticos compartidos y de los proyectos de intervención en conjunto con todo el colectivo involucrado en el curso.

EL SOPORTE PAIDEIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

La concepción teórica y metodológica del soporte Paideia fue desarrollada por Campos para pensar el cambio en la gestión y el modo de producción de las prácticas de salud, a partir de la crítica a la racionalidad gerencial hegemónica y al modo de producción de las prácticas de salud basado en el paradigma biomédico. Propone favorecer la democratización en las organizaciones, a partir de la formación de colectivos organizados volcados a la producción de bienes o servicios y de la participación de los sujetos en la gestión de los procesos de trabajo, buscando ampliar la capacidad de los mismos de analizar e intervenir sobre la praxis (13). Además, propone la reformulación ampliada y compartida del trabajo en salud, clínico y de salud colectiva, a partir de la comprensión de la coproducción dialéctica del proceso salud y enfermedad (4).

La aplicación del soporte Paideia a la atención hospitalaria, a su vez, parte del supuesto de que la institución de nuevos patrones de gestión del trabajo clínico es tan importante y estratégica como la reorganización estructural del hospital. Campos y Amaral presentan directrices para la reforma de la atención hospitalaria, fundamentadas en las nociones de clínica ampliada y compartida, de democratización de la gestión y la integración del hospital como uno de los puntos de conexión de un sistema público de salud (19).

A partir de esa referencia, se sugieren los siguientes acuerdos y dispositivos para promover un cambio en la atención y en la gestión hospitalaria:

- *Profesional y equipo de referencia:* la organización de profesionales y equipos de referencia conformados por diferentes categorías profesionales y especialidades tiene por objetivo favorecer el trabajo interdisciplinario, personalizar la relación entre profesionales y usuarios y coordinar la intervención de otros profesionales o servicios de soporte especializado cuando sea necesario. La dimensión del equipo estará determinada tanto por el campo y núcleo de competencias de los profesionales (20), como por las necesidades y atribuciones del servicio, que variarán de acuerdo con la realidad de cada contexto. Un requisito importante para que ese acuerdo sea implementado es la utilización de mecanismos de inscripción de beneficiarios y registros personalizados de los usuarios que estén bajo la responsabilidad de los equipos.
- *Unidad de producción:* la estructuración de unidades de producción es una derivación de la organización de las unidades asistenciales a partir de equipos de referencia. El sentido de esta propuesta es cambiar la lógica de departamentalización del hospital basada en la orientación de las especialidades médicas y de las categorías profesionales hacia una organización que privilegie la racionalidad centrada en la integración del proceso de trabajo asistencial. Se propone que las unidades de producción se conformen a partir de la unión del conjunto de equipos de referencia que actúan en

un mismo servicio. Esas unidades pueden ser responsables directas de la asistencia o del soporte a las unidades asistenciales.

- *Colegiados de gestión*: la organización de las unidades productivas se produce a partir de aglutinar distintas categorías profesionales bajo el comando y la coordinación de un gestor único. Sin embargo, para favorecer la gestión democrática de esas unidades, se sugiere agregar la conformación de colegiados de gestión. Estos colegiados, a su vez, deben estar formados por profesionales de los equipos de referencia, con la presencia de por lo menos un profesional de cada equipo y de cada categoría profesional.
 - *Contratos de gestión*: los contratos de gestión son instrumentos para definir las responsabilidades de la unidad, los objetivos institucionales, la composición del equipo y los recursos necesarios, los planes operativos y los procesos de trabajo, además de los resultados esperados e indicadores a ser evaluados. Los contratos también deben expresar cuáles son las demandas de otros servicios hacia la unidad, y las respectivas ofertas para otras unidades. Se sugiere que, luego de su implementación, los contratos sean revisados periódicamente para evaluar el cumplimiento de las metas acordadas.
 - *Soporte matricial*: el propósito del soporte matricial es asegurar una retaguardia especializada para los equipos de referencia de las diferentes unidades productivas. Además, puede ser un modo de operacionalizar la relación entre las unidades productivas de un mismo hospital o de los servicios de otros niveles de atención del Sistema de Salud. Se trata de un acuerdo complementario a los mecanismos de referencia y contrarreferencia, protocolos y centros de regulación que busca superar la forma tradicional, impersonal y con baja responsabilización por la continuidad del cuidado, característica, en general, de las interconsultas. Tiene como propósito instituir la relación de corresponsabilización de la atención a la salud a través de la personalización de la relación entre el equipo
- y el especialista, combinando aspectos técnico-pedagógicos del soporte para la calificación de los equipos de referencia con funciones de soporte asistencial.
- *Proyecto Terapéutico Singular (PTS)*: la construcción del PTS busca combinar la discusión y la organización de la atención clínica desde una perspectiva interdisciplinaria, en equipos multiprofesionales; singularizar las intervenciones según las características de cada caso; involucrar al usuario en la toma de decisiones y estimular el autocuidado. Tiene como objetivo iniciar la discusión prospectiva de los casos, que, según Nunes Oliveira, permite a los profesionales de salud ejercer una doble función: gestor y operador de la clínica (21). Como dispositivos para la construcción del PTS en hospitales, se sugiere la rutina de visitas interdisciplinarias a pacientes internados, reuniones de equipo, discusión de casos con profesionales de otras especialidades y de otros servicios de la red a través del soporte matricial, entre otras posibilidades.
 - *Directrices clínicas, protocolos y líneas de cuidado compartidas*: la construcción de protocolos, directrices clínicas y líneas de cuidado es fundamental para definir el conjunto de acciones a ser realizadas en determinada unidad de producción, organizar el trabajo de los profesionales que conforman los equipos de referencia y mediar la relación con otras unidades de producción u otros servicios, apuntando a la construcción de redes de atención. La elaboración de esos instrumentos debe tener en cuenta los saberes especializados y las evidencias de eficacia, eficiencia y efectividad, y considerar el contexto de actuación de los equipos de referencia que actúan en el área. Para ello, se sugiere partir de las evidencias científicas acumuladas y estimular el debate entre los equipos de referencia de las unidades productivas con relación a la aplicabilidad de las conductas según la realidad de sus respectivos servicios.

ABORDAJE METODOLÓGICO

La presente investigación tuvo como objetivo describir y analizar las intervenciones volcadas a producir cambios en las prácticas de gestión y de atención en el HC-Unicamp, realizadas durante un curso de especialización en gestión hospitalaria fundamentado en el método del soporte Paideia, buscando correlacionar ese proceso con el contexto histórico vivido por el hospital.

Para ello, se analizaron los diagnósticos de situación y los proyectos de intervención desarrollados por los profesionales especializados que actúan en los siguientes servicios que recibieron soporte por parte del investigador durante el mencionado curso de gestión: Neurología, Salud Mental, Odontología, Clínica Médica, Cardiología y División de Ambulatorios Médicos y Procedimientos Especializados.

Se optó por trabajar con el abordaje metodológico de la investigación-intervención (22,23). Sin embargo, se consideró que la utilización del método del soporte Paideia en la intervención modifica este tipo de investigación. Por tal razón, se caracterizó a la presente investigación como "investigación intervención *tipo-soporte*" definida como: una investigación práctica, tipo investigación-intervención, que tiene como objetivo la producción de conocimientos científicos mediante el proceso de intervención junto a colectivos organizados, volcados a la producción de bienes o servicios, en la que se utiliza el método del soporte institucional o método Paideia.

Se utilizaron datos primarios, referentes al registro de las actividades realizadas por el grupo de trabajo que recibió soporte por parte del investigador durante el curso de gestión hospitalaria (diario de campo, diagnóstico compartido y proyectos de intervención) y datos secundarios relevados a través de revisión bibliográfica y análisis documental sobre el HC-Unicamp. Para la revisión bibliográfica, se consultó la literatura nacional e internacional sobre temas relativos a política, planificación y gestión en salud en el área hospitalaria. Para la investigación documental se analizaron documentos referentes a contratos del HC-Unicamp, planificación estratégica, planes de metas,

resoluciones, informes de gestión, como también indicadores presentes en los anuarios estadísticos de la Unicamp.

Para la colecta de los datos primarios se utilizaron anotaciones del diario de campo y el material producido por los profesionales especializándose en diferentes momentos del curso, entre los cuales se destacan: diagnóstico individual producido por cada uno de los participantes, siguiendo una guía; diagnóstico compartido producido por los equipos de los servicios en base a los resultados del cuestionario de respuesta compartida de Gama-Pinto (24); y por último la guía para la construcción de proyectos de intervención. Este material fue sistematizado por el investigador y devuelto a los respectivos autores para su validación.

Para analizar el material, se buscó responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la relación entre las intervenciones producidas a través del curso de especialización en gestión hospitalaria fundamentado en el método Paideia y el proyecto de la dirección del hospital?
- ¿Se amplió la capacidad de análisis e intervención de los sujetos involucrados a partir de la investigación acerca de la realidad de sus servicios?
- ¿Se produjeron cambios en la organización de los servicios que favorezcan la ampliación de la clínica, la gestión participativa y la relación con redes de atención?
- ¿Cuáles son los límites y las potencias del método de soporte para producir cambios en el hospital?

Para responder a estas preguntas, se utilizó el recurso de la triangulación de técnicas (25), buscando articular el análisis político de las circunstancias que fundamentan los procesos de cambio en estudio, con el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos e informaciones colectados durante la investigación.

El proyecto de investigación (Nº 0429.0.146.000-08) fue aprobado por el Comité de Ética de la FCM. Todos los participantes del grupo investigado firmaron los términos del Consentimiento Libre e Informado autorizando a utilizar el material producido en la investigación,

bajo el resguardo de confidencialidad. Cabe señalar la implicación del investigador con la investigación por el hecho de ser médico sanitarista y de haber sido contratado por la dirección del HC-Unicamp con la función de apoyar la relación del hospital con el SUS. Se señala además la sobreimplicación del orientador dado que el método utilizado en la investigación es de su autoría. Durante todas las etapas del proyecto, tuvimos todos estos elementos en cuenta, tratando de desarrollar mecanismos objetivos que atenuaran los factores subjetivos y existenciales descriptos.

RESULTADOS

CARDIOLOGÍA

El servicio de Cardiología fue descrito como una unidad compleja en función de las interrelaciones que establece con las demás unidades asistenciales del hospital. Se identificaron varios tipos de problemas: dificultad de comunicación entre los equipos; falta de estandarización de las conductas; falta de claridad en la definición de funciones y responsabilidades entre los equipos; conflictos entre los profesionales; y falta de evaluación de la calidad del servicio prestado. Entre esos problemas se priorizó el análisis y la comprensión del modo de gestión del trabajo de los equipos, destacando aspectos como jerarquía, liderazgo y poder.

Para la construcción del diagnóstico compartido se trabajó con el cuestionario de internación. El proceso de respuesta al cuestionario fue participativo, involucrando a varios profesionales del servicio. Hubo cierta dificultad en contar con la presencia de médicos docentes. Se identificaron problemas organizacionales relativos al proceso de trabajo en equipo, entre los cuales se destacaron dificultades de comunicación entre los equipos que prestan cuidado a los pacientes y orientan a los familiares.

Las intervenciones realizadas tuvieron como objetivo mejorar la comunicación entre los equipos y los sectores de internación. Se realizaron las siguientes acciones: implementación de visitas multiprofesionales a las salas de internación; construcción de un proyecto de atención integrada al paciente; elaboración de un manual

con las rutinas de internación; desarrollo de indicadores de calidad del servicio; e inicio de trabajos volcados a la implementación de la unidad productiva del corazón apuntando a integrar las disciplinas de Cardiología y Cirugía Cardíaca.

CLÍNICA MÉDICA

El servicio de Clínica Médica fue descrito como un área que progresivamente se fue fragmentando en diversas subespecialidades, acompañando las áreas de interés del departamento de la FCM. Con relación a la gestión del servicio, se reconoció una fractura entre la gestión de la atención –ejercida por los jefes de cada servicio–, con relación a la gestión administrativa, realizada por la dirección general del hospital. Se destacó que el modo de organización asistencial de los servicios estuvo históricamente centralizado en la categoría médica, con una gran fragmentación del proceso de trabajo y bajo grado de interacción multiprofesional y que la clínica producida estaba centrada en la enfermedad y en la realización de procedimientos.

Por otro lado, se identificaron movimientos de cambios en curso en las salas de internación, como: introducción de visitas multiprofesionales; recepción a los nuevos médicos residentes en equipos multidisciplinarios; la presencia de un enfermero soporte como referencia en la unidad de internación; reuniones mensuales en equipos multidisciplinarios en las que se discuten los objetivos y metas para el trabajo de la unidad; reuniones mensuales con el equipo de enfermería para rever rutinas, repasar informes y trabajar conflictos del equipo. También se destacó como positiva la presencia continua del docente de la FCM en el hospital.

Para el diagnóstico compartido se trabajó con el cuestionario para internación. Se describió el proceso de respuesta como bastante participativo, dado que involucró a gran parte de los profesionales que actúan en el servicio. Dentro de los problemas identificados se señaló la no adaptación de la internación general de adultos con relación a las transformaciones provocadas por el cambio en el perfil de los pacientes. Se relató que la concepción original de estas salas era la enseñanza de semiología para los alumnos

de grado de medicina. Sin embargo, frente al reducido número de camas del hospital y la gran demanda que existe en la unidad de Emergencias referenciada, el servicio se transformó en una válvula de escape de la unidad de Emergencias. Ese cambio en la gravedad de los casos, no fue acompañado por un aumento en el número y en el perfil de los profesionales que actúan allí.

Entre las expectativas relevadas con el proceso de cambios en el hospital, se destacó la necesidad de fortalecer la relación con el SUS, a través de iniciativas como la contrarreferencia para las unidades básicas de salud y el Servicio de Atención a la Internación Domiciliaria; la necesidad de constituir la unidad productiva y el colegiado gestor; como también la necesidad de definir el perfil de los pacientes a ser atendidos.

Con relación a los proyectos de intervención realizados, se destacan: la organización de la unidad productiva de Clínica Médica y la conformación del colegiado gestor; el fortalecimiento de las visitas multiprofesionales y la construcción de proyectos terapéuticos para casos complejos; la contrarreferencia de pacientes hacia la red; el establecimiento de equipos de referencia para los pacientes y de contratos de gestión con las unidades productivas de Emergencias y de UTI.

CONSULTORIOS EXTERNOS

La División de Ambulatorios Médicos y Procedimientos Especializados (DAMPE) fue descrita como un servicio con las siguientes funciones: atención al paciente ambulatorio; registro, asignación de turnos, internación electiva y procedimientos ambulatorios.

Entre las dificultades identificadas para el trabajo del área se destacan: la existencia de un gran número de consultorios externos, cada uno con su jefatura y peculiaridades; el aumento progresivo del número de pacientes provenientes de emergencias, de internación, y de pacientes no derivados por el servicio de regulación de la Dirección Regional de Salud VII de la Secretaría Estadual de Salud de San Pablo (SES/SP-DRS VII); la rutina de atención en los consultorios externos que obliga a la formación de filas; la gran rotación de alumnos y residentes; la burocracia para

la elaboración de un gran volumen de laudos para el Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) y el llenado de formularios y recetas de medicamentos de alto costo; la no utilización racional de los espacios y horarios de atención por algunas especialidades; criterios establecidos para interconsultas que no son utilizados uniformemente.

Además, se señalaron problemas como la baja resolutivez de los consultorios externos, que depende de factores como exámenes, agenda quirúrgica, entre otros, para dar cuenta de la atención; el pequeño número de altas ambulatorias para su seguimiento en la red por el desconocimiento por parte de los médicos de la capacidad instalada en ella y la dificultad para obtener estadísticas de la atención.

Se describieron líneas de trabajo como: la realización de reuniones periódicas con la central de turnos de la DRS VII, para la reevaluación de la utilización de los turnos de primera vez y revisión de protocolos de referencia; implementación del proyecto de alta ambulatoria con contrarreferencia en los consultorios externos; discusión junto al Servicio de Informática del HC para la construcción de indicadores; inicio de un estudio para mejorar la utilización de los espacios físicos en los consultorios externos.

La respuesta al cuestionario compartido fue descrita como bastante participativa. Se realizaron tres reuniones para responder el cuestionario y dos para el relevamiento y discusión de los problemas encontrados e intervenciones propuestas. Entre los puntos fuertes identificados se destacó la presencia de un equipo capacitado, motivado y experimentado; experiencias exitosas en algunos consultorios externos que podrían ser replicadas; la existencia de jefaturas de atención clínica interesadas y actuantes; la propuesta de estructuración de la atención secundaria en el Estado; una relación entre la red y el grupo gestor de los consultorios externos ya establecida y con buenas perspectivas de mejoras; y por último, la posibilidad de trabajar junto a otras unidades productivas del HC. Los problemas, a su vez, se dividieron en: organización del propio servicio, procesos de trabajo, relación con la red y problemas estructurales.

Entre los proyectos de intervención realizados por la DAMPE se destacan: la reestructuración organizacional basada en el nuevo modelo

de gestión de unidad productiva; la construcción de indicadores de atención ambulatoria para ser utilizados en la gestión del área y evaluación de la asistencia prestada y la implementación de acciones en la atención ambulatoria que puedan llevar al servicio a alcanzar las marcas del Programa Nacional de Humanización y ampliación del proyecto "Alta referenciada".

NEUROLOGÍA

La unidad de Neurología fue descrita como un servicio profundamente enlazado a la enseñanza médica, altamente especializado, interrelacionado e interdependiente de una gran red interna y externa al hospital. Se destacó también la presencia de un cuerpo de profesionales calificado; el hecho de ser un servicio formador de nuevos profesionales, a través de la graduación, la residencia y la especialización; y la capacidad de conseguir fomento para la investigación. Como puntos negativos del servicio se identificaron restricciones presupuestarias y la rigidez de las reglas y normas del sistema universitario; la imagen negativa de la neurología en función de las enfermedades neurológicas; la reducción del número de docentes; el pequeño espacio físico y la inexistencia de un lugar adecuado para el trabajo multidisciplinario.

A su vez, la atención ambulatoria del área fue descrita con un perfil de pacientes crónicos, un modelo tradicional de gestión, un gran número de consultorios externos, con acceso desorganizado y de los cuales pocos trabajan con protocolos. Como potencialidad se identificó: el inicio de una relación con la red municipal de salud para pactar responsabilidades y flujos de derivaciones entre servicios; la perspectiva de reestructuración del área física; el establecimiento de mecanismos de integración con otros consultorios externos como el de ortopedia; la perspectiva de implementación de posconsulta y de consulta con enfermería; como también la construcción de indicadores para la evaluación del servicio.

Para responder a los cuestionarios colectivos se realizaron reuniones en las que participaron la mayoría de los profesionales que actúan en el servicio, divididos en dos grupos: uno para los consultorios externos y otro para las

salas de internación. Se destacaron como puntos fuertes: ser un servicio especializado con una misión bien definida; la formación calificada de profesionales y la producción científica diferenciada; el número de profesionales con diferentes formaciones que actúan en el servicio. Además se destacó el compromiso del equipo con la constitución de la red social de apoyo a los pacientes y familiares. Como problema se destacó la existencia de dificultades organizacionales y de gestión, como también la interconexión del servicio con otras especialidades.

El proyecto de intervención determinó la construcción de la unidad productiva y del colegiado gestor para neurología. En las salas de internación se relató la instauración de visitas multiprofesionales, conferencias con familiares, actividades con acompañantes y visitantes y la construcción de los proyectos "Cuidando del cuidador" y "Alta referenciada". Se relataron, además, intervenciones en la internación de neurología, construidas en colaboración con las áreas de imagen y laboratorio del hospital, apuntando a dar mayor racionalidad a la utilización de exámenes de apoyo diagnóstico. Por último, se describieron mejoras en la línea del cuidado para evitar úlceras de decúbito en pacientes con limitación de movilidad.

Con relación al proyecto de intervención realizado en los consultorios externos, se describió: el registro de los profesionales que desarrollan actividades de asistencia, enseñanza e investigación; la organización de los códigos de consultorios externos, reduciendo el número de servicios de neurología de 58 a 32; la redistribución del espacio físico y la implementación de los proyectos "Alta ambulatoria referenciada" y de "Seguimiento compartido con la red"; la capacitación del equipo de enfermería para mejorar el acogimiento del paciente y reformas de la estructura de los consultorios externos.

ODONTOLOGÍA

El servicio de Odontología del HC-Unicamp fue descrito a partir de la historia de su creación hasta su inserción como servicio hospitalario. Se describieron los servicios ofrecidos y las actividades realizadas de educación en salud

para la comunidad. Se destacó, además, que el servicio de Odontología también realiza actividades de enseñanza e investigación.

Dado que no había un cuestionario específico para el servicio de Odontología, el equipo respondió el cuestionario destinado a los servicios ambulatorios. Este equipo se tornó el grupo-piloto del futuro Consejo Gestor en la unidad productiva de Odontología. Entre los problemas relevados se destacaron el no reconocimiento de los demás servicios del hospital de los trabajos realizados por el servicio de Odontología hospitalaria y el pequeño espacio asignado al servicio de Odontología en el hospital, que se expresa en la ausencia de camas específicas para Odontología y en el horario restringido dentro del Centro Quirúrgico. Se destacó también como problema la derivación equivocada de pacientes de la red.

Entre las intervenciones realizadas, se destacó la constitución de un colegiado gestor, la vinculación de los pacientes a los profesionales de referencia, el establecimiento de vínculos con otros servicios del hospital a través del soporte matricial, la identificación de indicadores para la evaluación del servicio, la realización de campañas de divulgación del papel de la odontología en el hospital y el establecimiento de contratos de gestión con la Superintendencia.

SALUD MENTAL

Los consultorios externos de Psiquiatría fueron descriptos como una unidad que cuenta con coordinadores de servicios especializados y un equipo de referencia responsable de la asistencia a los usuarios. Se mencionó que no existen protocolos de atención, sino fichas de evaluación con una parte común y partes específicas para cada ambulatorio, e incluye otra parte destinada a la evolución del paciente. La parte común permite tener el registro de la población atendida y la evolución permite evaluar posibles derivaciones a la red.

Entre las potencialidades identificadas se destacó que fue la primera especialidad que dividió el tiempo de ambulatorio en tres períodos para optimizar la ocupación de las salas y que el servicio es un Centro de Referencia del

Ministerio de Salud para el tratamiento y capacitación en tabaquismo para profesionales de la Red Pública; recibe alumnos de cuarto año de Medicina y de Enfermería, además de residentes de Psiquiatría, Medicina Familiar y de Neurología, y realiza diversas investigaciones.

Como puntos positivos identificados se destacó que se trabaja con un equipo multidisciplinario y cada paciente tiene su profesional de referencia dentro de cada ambulatorio específico. Además, el acceso a los consultorios externos está organizado por un equipo combinado de docentes y residentes que evalúan al paciente en la unidad de Emergencias y en internación, adecuando su inserción a un ambulatorio específico o derivándolo a la red. Por último, se destacó que en algunos consultorios externos, un auxiliar de enfermería realiza un trabajo de Sala de Espera, en el que los usuarios que aguardan la consulta realizan artesanías, pinturas y otras actividades lúdicas de acuerdo con sus características.

Con relación a los puntos que necesitan ser mejorados se identificó la necesidad de que estén mejor delimitados los criterios de entrada y de alta en cada ambulatorio especializado; optimizar el intercambio con la red pública; organizar protocolos para orientar a los servicios y auxiliar a los nuevos integrantes en situaciones de emergencia y de contrarreferencia a la red. Se destacó la necesidad de mejorar la preconsulta y posconsulta en enfermería que actualmente no se realiza en todos los consultorios externos, como también acciones de educación continua para perfeccionamiento y motivación de los profesionales de enfermería. Por último, se destacó la necesidad de evaluación continua del servicio, a través de la apertura de un espacio para la opinión de los usuarios sobre el servicio y de trabajo con indicadores de producción y calidad con metas definidas.

Se realizaron reuniones que involucraron a los segmentos del área de Psiquiatría, consultorios externos, internación y emergencias. El proceso fue evaluado como bastante participativo. Entre los aspectos relevados, se destacó la necesidad de cambios en los procesos de trabajo que apunten a aumentar la integración entre los consultorios externos, internación y emergencias a través de diversas iniciativas como: la presencia de un equipo único de docentes para el pase de sala en emergencias y en internación;

la dinamización de los equipos de trabajo de internación y consultorios externos, con una propuesta de rotación entre esas áreas; y planes terapéuticos integrados que involucren a los equipos de emergencias, internación y consultorios externos.

Aun con relación a los cambios en los procesos de trabajo, se destacó la necesidad de organizar protocolos de evaluación de situaciones de riesgo como suicidio, fuga, agresividad y recaída, y la revisión de las actividades realizadas buscando evitar la concentración en un solo período del día. También se destacó la necesidad de preparar al equipo de internación para el cambio de perfil de los pacientes internados, que presentan muchas comorbilidades clínicas que exigen evaluación constante.

Sobre las salas de internación se describió la existencia de un equipo de trabajo multiprofesional, que se reúne periódicamente para discutir el diagnóstico y la terapéutica de los casos internados, la realización de interconsultas médicas y de enfermería a los otros servicios del hospital, la recepción de residentes de enfermería, psicología y terapia ocupacional y la realización de trabajos con familiares de pacientes internados. Se destacó, sin embargo, la necesidad de una mayor discusión de las conductas de cada profesional en las reuniones, apuntando a fortalecer la construcción de planes terapéuticos integrados al paciente.

La actividad de emergencias psiquiátricas fue descrita como un referente regional para el SUS. Dispone de dos camas de observación de hasta 72 horas en la internación psiquiátrica. Se realizan pases de guardias diarios con presencia de docentes, médicos asistentes, médicos residentes, internos de guardia y del asistente social. Entre los problemas mencionados se destacó la dificultad de comunicación entre emergencias e internación, la ausencia de protocolos para situaciones de riesgo y la falta de un Plan Terapéutico integrado para pacientes internados. Se destacó además la falta de preparación del equipo de trabajo de internación ante el cambio de perfil de los actuales pacientes, que presentan comorbilidades clínicas asociadas al cuadro psiquiátrico.

Se elaboraron proyectos de intervención para las tres áreas: consultorios externos, salas de internación y emergencias. En los con-

sultorios se realizaron proyectos para ampliar el referenciamiento de pacientes hacia la red y para recibir pacientes usuarios de sustancias psicoactivas, atendidos en emergencias en situaciones de crisis. Se crearon grupos psicoeducativos para pacientes y familiares del ambulatorio con trastornos alimentarios, grupos de padres de niños con problemas de comportamiento agresivo y dificultad para lidiar con límites, y un grupo de acogimiento para esos niños.

En las salas de Internación se realizaron proyectos de intervención que apuntan a: crear mecanismos de comunicación con emergencias; implementar Proyectos Terapéuticos para pacientes internados e integrar el trabajo con familiares de pacientes, realizado por el equipo de internación y de los consultorios externos; distribuir actividades de internación en los diversos turnos; preparar al equipo de trabajo de internación ante el cambio de perfil de los actuales pacientes clínicos/psiquiátricos; la elaboración de protocolos que auxilien la evaluación de riesgo de pacientes internados.

Entre los proyectos de intervención realizados en el servicio de Emergencias se destacan el perfeccionamiento del seguimiento horizontal del paciente psiquiátrico internado en emergencia; la búsqueda de la ampliación del número de camas de 72 horas; la creación de mecanismos para lidiar con el exceso de casos graves que llegan a la unidad que necesitan internación; y por último, la contrarreferencia de pacientes desde el servicio de Emergencias a la red.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El presente estudio permitió algunas reflexiones sobre las potencialidades y límites del método de soporte Paideia para la producción de cambios en las prácticas de gestión y de atención a la salud en el hospital. Esas consideraciones tienen en cuenta el contexto histórico que posibilitó la realización del curso de especialización en gestión hospitalaria con la concepción Paideia en el HC-Unicamp, el análisis de las acciones desarrolladas durante el referido curso, y las perspectivas políticas y pedagógicas presentes en la propuesta del método Paideia aplicadas a la organización hospitalaria.

El análisis histórico del HC-Unicamp puso en evidencia dos grandes movimientos de cambios en las prácticas de la gestión del hospital. El primer movimiento se denominó "innovaciones gerenciales", y el segundo "cambios en el modelo de atención". La organización del curso de especialización en gestión hospitalaria se produjo en el marco del segundo movimiento, influenciado por la tensa intersección entre las propuestas teórico-conceptuales del método Paideia, los referenciales metodológicos de la asesoría de la Superintendencia y el proyecto político de la dirección del hospital.

En las consideraciones iniciales de las evaluaciones individuales, realizadas por los profesionales especializando acompañados durante la investigación, se revelaron ricas informaciones sobre la organización asistencial y administrativa de los respectivos servicios y sobre aspectos de la relación entre esas unidades con el hospital, la FCM, la Universidad y el Sistema de Salud. Se identificaron dificultades, potencialidades y movimientos de cambio ya en curso en los servicios.

Con relación a las dificultades, se destacó el reconocimiento de la complejidad característica de los servicios hospitalarios, en función de las diversas redes de intercomunicación e interdependencia establecidas con otras unidades asistenciales internas y externas al hospital, y con estructuras burocráticas de la FCM, de la Universidad y del Sistema de Salud. Esa complejidad es ampliada por el modo de organización del hospital, descrito como hiperfragmentado en la organización de los servicios, a partir de subespecialidades médicas, y en la organización del cuidado entre las diferentes categorías profesionales.

Además, se describieron aquellos aspectos que dificultan la organización de las unidades, como la fractura existente entre la gestión administrativa y la asistencial, la ausencia de indicadores de evaluación de la producción de los servicios y la desorganización de la relación del hospital con el Sistema de Salud. Sobre esa última cuestión, se señalaron, principalmente, problemas relativos a la regulación y a la organización del acceso a los servicios hospitalarios y al referenciamiento de pacientes hacia la red.

Como potencialidades, los profesionales especializando resaltaron la relación con la

FCM, que permite el desarrollo de actividades de enseñanza e investigación y garantiza la presencia del docente y de equipos de profesionales altamente calificados. En ese aspecto, también se consideró el papel estratégico desempeñado por los docentes, para facilitar o dificultar cualquier movimiento de cambio en el servicio, en función del poder que tienen esos actores en el ámbito de la micropolítica de organización del trabajo en salud, independientemente de ocupar el cargo de dirección en la jerarquía burocrática del hospital.

Se observó, no obstante, que pocos servicios citaron potencialidades relativas al modo de organización del cuidado, como fue el caso de Salud Mental, que describió la vigencia de acuerdos organizacionales que favorecen la ampliación de la clínica y la relación con redes de atención, como la vinculación de pacientes a los profesionales de referencia, la organización de equipos multiprofesionales, el registro de los pacientes, grupos terapéuticos y la existencia de relación con servicios de la red externa al hospital para el referenciamiento de pacientes y apoyo a la calificación de los profesionales de la red.

Con relación a los movimientos de cambio en curso en los servicios, se describieron acciones que tuvieron un impacto positivo en la mejora de la calidad del cuidado y de la gestión del servicio. En el servicio de Clínica Médica, por ejemplo, se resaltaron iniciativas de organización del trabajo en equipos multiprofesionales por medio de visitas a las salas de internación, de reuniones periódicas del equipo para la discusión de procesos de trabajo y de acogimiento a los nuevos médicos residentes.

Se describieron también iniciativas para mejorar la relación entre los servicios y el Sistema de Salud, a partir del desarrollo de acciones conjuntas con gestores municipales y estatales del SUS, consideradas positivas en Neurología, Salud Mental y DAMPE. Entre las iniciativas, se relataron intentos de calificar el acceso ambulatorio a través de la elaboración de protocolos de atención y de la discusión de la regulación regional, y el desarrollo de proyectos de incentivo al referenciamiento de pacientes, luego del alta ambulatoria, hacia la red.

En el desarrollo del curso, las consideraciones presentadas a partir del diagnóstico compartido demostraron que, ese momento, además

de haber permitido la incorporación de nuevos elementos a la comprensión de los equipos sobre sus respectivos servicios y de haber afirmado muchos aspectos relevados ya en el análisis individual, también favoreció la creación de espacios colectivos para que los equipos analizaran colectivamente su praxis, hecho inédito, teniendo en cuenta la tradición del HC-Unicamp de poca participación y comunicación. Y en algunos casos, el dispositivo de reunirse para el diagnóstico compartido se transformó en un acuerdo permanente, como en Odontología, donde el grupo que se reunió para responder al cuestionario se tornó el colegiado de la unidad productiva.

El instrumento utilizado para la elaboración del diagnóstico compartido, a su vez, demostró ser un potente disparador de la reflexión sobre la praxis colectiva, orientando a la autoevaluación de los servicios con relación a aspectos del modelo de gestión y de atención bajo el punto de vista de la concepción que valoriza la gestión participativa, la clínica ampliada y la relación de los servicios en red.

Entre los nuevos aspectos presentados, llamó la atención el hecho de que algunos servicios, entre ellos Cardiología, reconocieran la relación entre los problemas organizacionales del trabajo en equipo con la calidad de la asistencia prestada, destacando que la repetición de exámenes innecesarios y la despersonalización de la relación entre pacientes y profesionales se vincularía con el patrón de relaciones interprofesionales.

Por otro lado, en unidades como Clínica Médica, Neurología y Salud Mental, se describió el reconocimiento del cambio en el perfil de problemas de salud presentados por los pacientes como un desafío para la organización de los servicios. Se relató que los pacientes presentan progresivamente mayor número de comorbilidades clínicas, exigiendo mayor calificación de los equipos en el cuidado, aumentando la relación de interdependencias con otros servicios internos y externos al hospital. Y en el caso de Salud Mental se reconoció la necesidad de una mayor integración entre los consultorios externos, internación y urgencias y emergencias de la propia unidad.

Por último, con relación a los proyectos de intervención elaborados a lo largo del curso, hubo diversas acciones con impacto en la reorganización de la gestión, atención y relación con la

red. Entre los proyectos volcados más específicamente al cambio en el modelo de gestión, en todos los servicios hubo iniciativas de constitución de unidades productivas y de colegiados de gestión. La iniciativa fue acompañada por la implementación de contratos de gestión entre las unidades y la Superintendencia y la elaboración de indicadores de evaluación de la producción de los servicios.

Con relación a los proyectos volcados a cambiar el modelo de atención, se incentivó la organización multiprofesional del trabajo en equipo, por medio de la implementación de visitas, por ejemplo en las salas de internación de Cardiología, Clínica Médica, Neurología y Salud Mental, y en la atención ambulatoria, como en Salud Mental y Neurología. La organización del trabajo multiprofesional fue acompañada por el intento de implementación de equipos profesionales de referencia para los usuarios de los servicios y de la organización de proyectos terapéuticos para casos de mayor necesidad.

Sobre los proyectos orientados a mejorar la relación de los servicios con las redes de atención del SUS, se observó el desarrollo de iniciativas que tenían como objetivo incentivar el referenciamiento de los pacientes hacia la red, luego del alta en internación de Clínica Médica, en la DAMPE, en Neurología y en Salud Mental. Se enfatizó la propuesta de organización de iniciativas de soporte matricial para la red en los servicios de Neurología y Salud Mental.

Hubo iniciativas de organización de proyectos volcados a la implementación de soporte matricial internamente en el hospital, en las áreas de Odontología, Clínica Médica, Neurología y Salud Mental, y de estandarización de la organización de los cuidados por la organización de manuales, protocolos o líneas de cuidado. En el caso de Cardiología se organizó un manual para las rutinas de internación; en Salud Mental y en Odontología se elaboraron protocolos para situaciones de riesgo y en Neurología se organizó una línea de cuidado para la prevención y el tratamiento de escaras de decúbito.

El Cuadro 1 sintetiza los principales proyectos en los servicios que recibieron soporte por parte del investigador a lo largo del curso.

Cuadro 1. PROYECTOS DE INTERVENCIÓN IMPLEMENTADOS COMO RESULTADO DE ACUERDOS ORGANIZACIONALES. HOSPITAL DE CLÍNICAS. CAMPINAS, BRASIL, 2009.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN	UNIDADES					
	CARDIOLOGÍA	CLÍNICA MÉDICA	DAMPE	NEUROLOGÍA	ODONTOLOGÍA	SALUD MENTAL
Unidad productiva	X	X	X	X	X	X
Contrato de gestión	X	X	X	X	X	X
Indicadores de evaluación	X	X	X	X	X	X
Equipo de referencia	X	X	-	-	X	X
Atención multiprofesional	X	X	-	X	-	X
Proyecto terapéutico singular	X	X	-	X	-	X
Protocolos y líneas de cuidado	X	-	-	X	X	X
Soporte matricial	-	X	-	X	X	X
Referenciamiento a la red	-	X	X	X	-	X

DAMPE = División de Ambulatorios Médicos y Procedimientos Especializados.

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIÓN

Al tener en cuenta las características de la organización de la atención hospitalaria, resultan paradójicas las diversas barreras físicas, organizacionales, culturales e ideológicas y las interdependencias en las relaciones entre los servicios, los profesionales y los usuarios. Una de las potencialidades de aplicación del método Paideia, para la producción de cambios en las prácticas de gestión y de atención a la salud en un hospital, es la constitución de redes dialógicas formadas a partir de los espacios colectivos de análisis e intervención sobre la realidad.

Durante la organización del curso de especialización en gestión hospitalaria, los espacios colectivos conformados para el diagnóstico compartido permitieron la ampliación de la capacidad de análisis de los especializandos sobre sus respectivos servicios, a partir del reconocimiento de elementos de la organización asistencial y administrativa de los servicios presentados junto a otros profesionales que actúan en esos espacios.

En los proyectos de intervención se pudo constatar la conformación de espacios colectivos con múltiples composiciones, determinados por las necesidades y condiciones de cada servicio del hospital. Se implementaron acuerdos, como visitas a las salas de internación y reuniones de equipos multiprofesionales para la discusión de casos y la construcción de proyectos terapéuticos, la organización de grupos de trabajo con otros servicios de la red de salud y la constitución de equipos de referencia en los servicios y de colegiados de gestión en las unidades de producción que estaban en la etapa de organización.

Sin embargo, la implementación de los espacios colectivos puede no ser suficiente para cambiar el patrón de relaciones existentes entre los servicios, los profesionales y los usuarios, históricamente caracterizado como autoritario, centralizador y prescriptivo. Otra potencialidad del método Paideia es que hace posible un cambio en el patrón de las relaciones existente en los hospitales, es la perspectiva política y pedagógica de utilizar el abordaje dialéctico problematizador de la praxis.

En este caso, durante el desarrollo de los trabajos del curso, luego de la explicitación de problemas organizacionales en la asistencia prestada a los usuarios, se pudo verificar un cambio de visión y postura de varios sujetos, en especial de los docentes, en cuanto a las relaciones establecidas con los demás profesionales de sus servicios y con los demás servicios de la red. Esa perspectiva problematizadora, que exponía a los profesionales colectivamente a un "shock de realidad", fue la oportunidad de aumentar el compromiso de los mismos con relación a la gestión y la calidad de la asistencia prestada, además de ser un factor reflexivo para un cambio en el patrón de relación presente en el hospital.

Otra característica del método Paideia entendida como potencialidad para la producción de cambios en los hospitales es la perspectiva de no restringirse solo a la problematización, sino que parte de ella para buscar producir intervenciones sobre la realidad. Desde ese punto de vista, el método destaca la perspectiva de construcción de intervenciones participativas, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de cada servicio, apoyadas por ofertas externas aportadas por profesionales.

Esa característica metodológica dialéctica que asocia análisis e intervención, como construcción singular que valoriza aspectos particulares de la realidad de cada servicio, como saberes, afectos, deseos e intereses que circulan entre los sujetos que conforman los espacios colectivos y que se correlacionan con elementos del contexto histórico y político en el que se insertan los sujetos, puede ser especialmente importante en los hospitales.

En esas organizaciones los profesionales están, en todo momento, interviniendo sobre fenómenos complejos del proceso salud-enfermedad, con alto grado de responsabilidad porque se sitúan entre perspectivas de vida y de muerte. Además, los hospitales se caracterizan por ser organizaciones hipercomplejas, compuestas por distintos servicios altamente especializados, influenciados por múltiples fuerzas que actúan a nivel macro y micropolítico.

En la investigación se reconocieron diferentes vectores de fuerzas, determinados por directrices políticas externas e internas al hospital y por las instituciones presentes en esa

organización. Merecen ser relevados los diversos elementos que influyeron sobre la organización de los procesos de cambios en el HC-Unicamp, explicitados por los profesionales especializando ya en el análisis individual de la primera etapa del curso.

Se identificaron fuerzas provenientes de los sectores de Salud y Educación, determinadas por diferentes intereses políticos, económicos y sociales, y las fuerzas de proyectos políticos de actores que ocupan espacios de dirección del hospital y de los diferentes servicios asistenciales. En un hospital universitario como el HC-Unicamp, se puso en evidencia el papel determinante desempeñado por los departamentos y por la FCM, dada la relación orgánica que esas organizaciones establecen con la Universidad y con el hospital.

Además, se reconocieron vectores de fuerzas vinculados a la organización de las actividades de asistencia, enseñanza e investigación. En ese campo, además de las distintas categorías profesionales, actúan docentes, investigadores, estudiantes y médicos residentes, que representan diferentes poderes e intereses de proyectos educativos y de investigación que se relacionan con la producción asistencial. Se debe subrayar la fuerza de las instituciones que operan en la organización hospitalaria, en especial la docencia, la medicina y la enfermería, que confieren tanto o más poder que la propia posición en la jerarquía burocrática del hospital.

Bajo ese punto de vista, el método de soporte Paideia presenta otra potencialidad: la perspectiva de actuar prioritariamente en la micropolítica de los espacios colectivos, considerando aspectos del ámbito macropolítico. El papel del soporte institucional propuesto por el método merece un comentario, porque incentiva a los colectivos a considerar, en el análisis e intervenciones, aspectos de las relaciones establecidas entre los sujetos que conforman estos espacios, y a sacar a la luz directrices políticas internas y externas a la organización.

Asimismo, debe destacarse la posibilidad que brinda el método Paideia de provocar la discusión sobre las relaciones establecidas entre profesionales y usuarios, al debatir sobre el modo de producción de las prácticas de atención de la salud. En el hospital, este aspecto es particularmente

importante por el hecho de que esa organización es el *locus* principal de actuación y reproducción del modelo biomédico. Sin embargo, aunque haya sido uno de los objetivos del curso, la discusión sobre este aspecto fue abordada más en el plano teórico que en las actividades prácticas desarrolladas por los profesionales especializandos.

Este fenómeno se atribuye al hecho de que el curso se centró más en aspectos de la gestión de los servicios, principalmente por ser la principal intención del proyecto de la dirección del hospital. Un recurso a ser utilizado para evitar esta falla sería la discusión de casos y la construcción de proyectos terapéuticos en reuniones con los profesionales especializandos. El abordaje que podría ser experimentado en el hospital, ha sido desarrollado a partir de asociar los métodos Balint y Paideia para abordar la gestión de la clínica (26).

La aplicación del método Paideia y la construcción de acuerdos propuestos para la ampliación de la clínica, democratización de la gestión y la relación con redes de atención en un hospital, por otro lado, pueden enfrentar diversas dificultades políticas, ideológicas, culturales y organizacionales, evidenciadas en este trabajo.

Una de las condiciones políticas esenciales para que el método Paideia sea implementado en los hospitales es la existencia de directrices que incentiven la democratización de las prácticas de gestión y atención de la salud. Esa perspectiva de cambios en las organizaciones de salud fue defendida por el movimiento de la Reforma Sanitaria y está presente en la legislación que sustenta el SUS. Pero aún son bastante periféricas en las políticas de salud y en las directrices para la organización de la atención hospitalaria y especializada, siendo más reconocidas en la Política Nacional de Humanización del Ministerio de Salud.

El hecho aun se agrava por la discontinuidad de los gobiernos que sustentan las políticas de salud en el Estado brasileño, lo cual es un factor decisivo para la utilización del método Paideia, pues los cambios propuestos implican modificaciones culturales en esas organizaciones, que necesitan ser construidas históricamente. Para que el método Paideia tenga efecto es indispensable la posibilidad de desarrollo de intervenciones de medio y largo plazo, lo que, en general, no es siempre una realidad en los hospitales.

Además de directrices políticas, la aplicación del método también depende de contextos favorables en los servicios de salud, pues las intervenciones se producen, esencialmente, en el ámbito de la micropolítica de las organizaciones. Por lo tanto, una de las dificultades para la aplicación del método, comentada en esta discusión, es el hecho de que los espacios colectivos y democráticos en los hospitales prácticamente son inexistentes.

Otra dificultad para la aplicación del método Paideia en los hospitales es el choque con la racionalidad hegemónica presente en las prácticas de gestión hospitalaria, influenciadas por referenciales de la administración de empresas, con sesgos ideológicos muchas veces apartados del interés por la democratización de la gestión y defensa del carácter público de las instituciones. Este conflicto fue verificado en la experiencia vivida en el HC-Unicamp, más específicamente por los diferentes referenciales teórico-conceptuales trabajados por los asesores de la Superintendencia del hospital.

Por último se constató que, al ser imprescindible la presencia de cuadros técnicos calificados en la gestión hospitalaria, se dificulta el uso del método, dada la carencia de cuadros en los espacios de dirección y de asesoría con formación en el área de gestión o en el área de la salud; la asociación entre las dos formaciones es aún bastante incipiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mckee M, Healy J, editores. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002. (European Observatory on Health Care System Series).
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920 [Internet]. Washington: OPS; 1964. (Publicación Científica No. 93) [citado 15 Mar 2010]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>
3. La Forgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho hospitalar no Brasil*. San Pablo: Singular; 2009.
4. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. En: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. San Pablo: Hucitec; 2006. vol. 1, p. 53-93.
5. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. En: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. San Pablo: Hucitec; 2006. vol 1, p. 563-614.
6. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):825-839.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Cadernos da Atenção Especializada 3).
8. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Carta de Londrina [Internet]. Londrina: ABRAHUE; 2005 [citado 15 Mar 2010]. Disponible en: http://www.abrahue.org.br/pdf/carta_londrina.pdf
9. Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [citado 15 Mar 2010];12(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009
10. Testa M. Análisis de instituciones hipercomplejas. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. San Pablo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 17- 70.
11. Campos GWS. Educação Médica, Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15(1):187-193.
12. Vasconcelos CM. Notas sobre a crise dos hospitais universitários do Brasil. En: *Caderno de Textos*. Curitiba: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), 2005.
13. Campos GWS. *Método Paideia: análise y gestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
14. Universidade Estadual de Campinas. *Plano Operativo Anual da Área da Saúde da Universidade Estadual de Campinas 2005/2006*. Campinas: Unicamp; 2006.
15. Hospital de Clínicas. Especialidades [Internet]. Campinas: Unicamp; c2004- [citado 20 Feb 2010]. Disponível en: <http://www.hc.unicamp.br/especialidades/especialidades.shtml>
16. Cecílio LCO, Merhy EE. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*. 2003;27(64):110-122.
17. Barbosa-Lima MBBP. *A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O Caso do Hospital de Clínicas da Unicamp*. [Tesis de Maestría]. Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica, Unicamp; 2007.
18. Zeferino LC. *Carta de Intenções para eleição ao cargo de superintendente do HC-Unicamp*. Campinas: HC-Unicamp; 2006.
19. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):849-859.
20. Campos GWS. Análise Crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13(1):141-144.
21. Nunes-Oliveira, G. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. San Pablo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
22. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 7ma ed. San Pablo: Cortez; 1996.
23. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão*. 2003;23(4):64-73.

24. Gama Pinto CA. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de Saúde da Família. En: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. San Pablo: Hucitec; 2008.

25. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. En: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.

26. Dantas DV, Cunha GT. Uma contribuição para co-gestão da clínica: Grupos Balint-Paidéia. En: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas da Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada. San Pablo: Hucitec; 2008.

FORMA DE CITAR

Massuda A, Campos GWS. El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). Salud Colectiva. 2010;6(2):163-180.

Recibido el 5 de diciembre de 2009

Versión final presentada el 17 de marzo de 2010

Aprobado el 30 de marzo de 2010