



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

SAMANTHA SOUZA DA COSTA PEREIRA

**MODELOS DE GESTÃO DE HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS SOB  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

Feira de Santana – BA.

2016

SAMANTHA SOUZA DA COSTA PEREIRA

**MODELOS DE GESTÃO DE HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS SOB  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.  
**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho.

Feira de Santana – BA.  
2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

Pereira, Samantha Souza da Costa  
P495 Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração  
direta / Samantha Souza da Costa Pereira. – Feira de Santana, 2016.  
145 f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Administração hospitalar. 2. Modelos de gestão. 3. Administração direta.  
4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Coelho, Thereza Christina Bahia, orient.  
II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 614.2:35

SAMANTHA SOUZA DA COSTA PEREIRA

**MODELOS DE GESTÃO DE HOSPITAIS ESTADUAIS DO SUS SOB  
ADMINISTRAÇÃO DIRETA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Políticas, Planejamento e Gestão, linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Orientadora: Profa. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Profa. Dra. Ana Cristina Souto  
Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia

---

Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento  
Universidade Estadual de Feira de Santana

A *Luiz Inácio Lula da Silva*, nordestino, metalúrgico, filho de lavradores analfabetos, que sobreviveu à fome, transformou-se no melhor administrador do Estado Brasileiro e criou condições para que pobres como eu, se tornassem mestres e doutores.

## AGRADECIMENTOS

Ao **Bondoso Deus**, que me fortaleceu, e conduziu os meus passos em toda a caminhada. Sem o auxílio e a fidelidade d'Ele, este sonho não teria sequer se projetado. “Que darei eu ao Senhor por todos os benefícios que me tem feito?” Obrigada, Senhor!

A **Roger** (esposo) e **Bia** (filha), pela presença constante, pela companhia nas coletas, pelo apoio incansável, pela compreensão, pelo cuidado, pelo incentivo, pelo amor que me anima a prosseguir. Meu coração transborda de gratidão pela vida e existência de vocês. Eu os amo muito!

A **minha mãe** e a **minha avó**, pelas intercessões, pelo apoio incondicional, pelo cuidado, pelo carinho e pelo amor, sempre constantes. Muito obrigada por tudo! Amo vocês!

Ao **meu avô** amado, que sempre me incentivou, e se estivesse aqui, celebraria comigo essa conquista.

A **Thanna** (irmã), **Gáby** (sobrinha), **Laninha** (sobrinha), **Bruno** (sobrinho) e **Del** (cunhado), que me apoiam e vibram com as minhas conquistas. Muito obrigada! Amo vocês!

Aos amigos de sempre e para sempre: **Emerson**, **Janaína**, **Ângela**, **Esli**, **Ivonise** e **Jackson**, pelo amor e lealdade demonstrados, por celebrarem comigo as conquistas. Amo vocês!

À professora **Thereza Christina**, pela partilha de experiências e conhecimentos, pelo auxílio e direcionamentos sempre tão assertivos.

Às professoras **Maria Angela Nascimento**, **Lúcia Servo** e **Marluce Assis**, com quem aprendi lições que transcenderam os conteúdos programáticos e se estenderam para a vida. Muito obrigada pelas discussões, pela confiança, pela generosidade e pelo carinho demonstrados!

À **minha turma de Mestrado**, querida, competente, especial e única, pelos momentos de debate, pela partilha de conhecimentos, experiências, informações e carinho!

Às professoras **Silvone Santa Bárbara** e **Ana Souto**, pela solicitude e ricas contribuições para a construção desse trabalho. Muito obrigada!

Às professoras **Maura Guimarães** e **Gerluce Alves**, pela gentileza e generosidade.

Aos queridos e queridas do NUSC: **Vinícius**, **Milla**, **Sidália**, **Jéssica** e **Andrei**, pelo carinho, atenção e acolhida, e a **Manoela**, pelo suporte, parceria e incentivo constantes.

Ao professor e primeiro orientador, **Luciano Marques**, que despertou em mim o interesse e a paixão pela pesquisa.

Ao mestre querido e inesquecível, **Valterney Moraes**, que, ainda no primeiro semestre da graduação, me ensinou a amar o SUS, valorizá-lo e lutar por suas melhorias. Seus ensinamentos foram além do que propunha a ementa disciplinar: Valter ensina com e para a vida! Obrigada por tudo, pelo incentivo, pelas palavras de ânimo, por acreditar em mim!

Ao professor **Renato Queiroz**, responsável pela disciplina na qual realizei o Estágio Docência, pela generosidade, encorajamento, partilha de conhecimento e confiança.

À querida **Jenny**, por ter compartilhado conosco da sua cultura, do seu conhecimento, pelo prazer da companhia, pela generosidade e suporte nas traduções.

A todos os **tios**, **tias**, **primos** e **primas**, pela torcida e pelo carinho. Muito obrigada!

Aos **professores** e **professoras** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, pelos debates promovidos e pelo auxílio na construção do conhecimento. Muito obrigada!

Aos **gestores** que solícitamente aceitaram participar dessa pesquisa, abrindo sua agenda e disponibilizando o seu tempo. Muito obrigada!

A todos os demais **parentes**, **amigos** e **colegas** cujos nomes não foram citados aqui, mas que nem por isso são menos queridos. Muito obrigada!

*“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”*

*(Eduardo Galeano)*



PEREIRA, Samantha Souza da Costa. **Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta**. 2016. 145p. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2016.

## RESUMO

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e representam a forma mais tradicional de organização no setor de saúde. Administrar estas organizações constitui-se numa tarefa deveras desafiadora e igualmente difícil. O Sistema Único de Saúde (SUS) é dotado de uma rede hospitalar conveniada e outra própria, podendo esta última ser administrada diretamente pelo Estado (Administração Direta) ou por terceiros (Administração Indireta). A Administração Direta, aqui abordada, comporta diferentes modelos de gestão. Neste estudo, são discutidos três paradigmas da administração pública, presentes em hospitais do SUS: Patrimonialista, Burocrática e Gerencial. Compondo de forma intrínseca o aparato da gestão, tem-se o processo decisório, que se constitui num instrumento extremamente relevante na seara administrativa. Desse modo, essa investigação tem como objetivo geral: analisar o modelo de gestão de hospitais da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), sob administração direta. Para tanto, procedeu-se a uma investigação qualitativa, por meio de um estudo de caso, realizado em três hospitais estaduais, de grande porte e sob Administração Direta. Participaram desse estudo gestores da alta direção dos hospitais, além de um diretor da SESAB, os quais foram submetidos à entrevista semiestruturada. Foram utilizadas outras fontes primárias e secundárias de dados, que são documentos de livre acesso. Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo, observando-se todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/12. Como resultados, verificou-se que o perfil sociodemográfico dos gestores segue um padrão esperado: maioria de homens brancos, com idade média de 48 anos, médicos, com especialização em administração hospitalar e dotados de experiência pretérita. A percepção desses gestores acerca das suas unidades de gestão apontou sérios problemas de demanda. O modelo de gestão caracterizado pelos gestores agrega características dos três paradigmas de gestão, com predominância do Modelo Burocrático. Ao referirem que o modelo de gestão presente em sua unidade de atuação é “Participativo”, os gestores se aproximaram do ideário preconizado pelo SUS, entretanto, o desenho organizacional de dois dos hospitais estudados sinaliza a existência de uma estrutura ainda rígida. O processo decisório ainda seguia uma prática centralizada. Sendo assim, tem-se que a adoção de um modelo de gestão colegiada seria uma alternativa para democratizar a gestão. De igual modo, a instauração de processos decisórios participativos. Este trabalho revelou que ainda há uma lacuna no que se refere ao estudo do modelo de gestão presente nos hospitais administrados pelo Estado. Portanto, sugere-se que mais estudos sejam realizados neste aspecto, uma vez que os resultados deles advindos podem redundar em aperfeiçoamento das estruturas administrativas estatais, e contribuir para que o Estado assuma com competência a gestão da máquina pública.

**Palavras-Chave:** Administração hospitalar, Administração direta; Modelos de gestão; Processo decisório.

PEREIRA, Samantha Souza da Costa. **Management Models of SUS state hospitals under direct administration**. 2016. 145p. Dissertation (Master's degree in Collective Health) – Health Department, State University of Feira de Santana, Bahia, 2016.

## ABSTRACT

Hospitals are very complex structures and represent the most traditional way of organization in the health sector. Managing these organizations is a very challenging and equally difficult task. The Unified Health System (SUS) is endowed with an agreed hospital network and another own network, which may be administered directly by the State (Direct Administration) or by third parties (Indirect Administration). Direct Administration, here discussed, involves different management models. In this study, three paradigms of public administration, present in SUS hospitals are discussed: Patrimonialist, Bureaucratic and New Public Management. Composing intrinsically the management apparatus, there is the decision-making process, which constitutes an extremely relevant instrument in the administrative area. Thus, this research has as a general objective: to analyze the model of hospital management of the State Health Secretariat of Bahia (SESAB), under direct administration. To do so, a qualitative investigation was carried out through a case study, conducted in three large state hospitals under Direct Administration. Senior managers from the hospitals participated in this study, as well as a director of SESAB, who were submitted to the semi-structured interview. Other primary and secondary data sources were used, consisting of freely accessible documents. The data were analyzed in light of the Content Analysis, observing all the ethical principles contained in Resolution 466/12. As results, it was verified that the sociodemographic profile of the managers follows an expected pattern: majority of white men, with average age of 48 years, medical doctors, with specialization in hospital administration and having past experience. The perception of these managers about their management units pointed to serious demand problems. The management model characterized by the managers aggregates characteristics of the three management paradigms, with predominance of the Bureaucratic Model. When mentioning that the management model present in their action unit is “Participative”, managers approached the ideology advocated by the SUS, however, the organizational design of two of the hospitals studied indicates the existence of a still rigid structure. The decision-making process still followed a centralized practice. Thus, it is assumed that the adoption of a collegiate management model would be an alternative to democratize it, as it also is with the establishment of participatory decision-making processes. This study revealed that there is still a gap in the study of the management model present in hospitals administered by the State. Therefore, it is suggested that further studies should be carried out in this regard, as their results may lead to improvements in state administrative structures and contribute to the State’s ability to take over the management of the public machine.

**Keywords:** Hospital administration, Direct administration; Management models; Decision-making.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Regimes Jurídicos da Administração Pública no SUS.....	29
FIGURA 2 Marco Teórico-Conceitual.....	37

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 Comparação entre as administrações: Patrimonialista, Pública Burocrática e Pública Gerencial.....</b>	<b>27</b>
<b>QUADRO 2 Variáveis que complexificam o contexto e a gestão hospitalares.....</b>	<b>32</b>
<b>QUADRO 3 Gestores participantes da pesquisa.....</b>	<b>41</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>DGRP</b>	Diretoria de Gestão da Rede Própria
<b>HI</b>	Infecção Hospitalar
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NUSC</b>	Núcleo de Saúde Coletiva
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNHOSP</b>	Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>RHP</b>	Rede Hospitalar Própria
<b>SESAB</b>	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UEFS</b>	Universidade Estadual de Feira de Santana
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
	Objetivo geral.....	19
	Objetivos específicos.....	19
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
3.1	O modelo de Administração Patrimonialista.....	20
3.2	A Burocracia de Max Weber: breve histórico.....	21
3.3	Administração Pública Gerencial.....	26
3.4	Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS).....	28
3.5	Gestão hospitalar no SUS.....	30
3.6	Modelo de gestão e o processo decisório.....	34
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
4.1	Tipo de estudo.....	38
4.2	Lócus do estudo.....	38
4.2.1	Caracterização dos hospitais.....	39
4.3	Participantes da pesquisa.....	40
4.4	Conhecendo o estado da arte.....	41
4.5	Técnica e instrumentos de coleta de dados.....	42
4.6	Método de análise de dados.....	43
4.7	Aspectos éticos.....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
5.1	Artigo 1.....	45
5.2	Artigo 2.....	77
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O GESTOR DA DGRP-SESAB.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS HOSPITAIS.....</b>	<b>125</b>
	<b>APÊNDICE C – QUADRO PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>132</b>

<b>APÊNDICE D – QUADRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SESAB.....</b>	<b>144</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações representam para a sociedade atual um importante objeto de estudo, fomentando interesses de diversas áreas da ciência, que buscam compreender as características que as circundam, o modo como se dá seu funcionamento e de que forma as mesmas influenciam a vida dos indivíduos. Normalmente, as pessoas realizam suas atividades ou defendem seus ideais, inseridas nas estruturas organizacionais, envolvidas com os diversos sujeitos que as integram, e não de forma isolada. Sendo assim, pode-se depreender que a existência humana justapõe-se à historicidade das organizações.

As estruturas organizacionais ancoram seus pilares sobre pressupostos socioculturais, políticos, econômicos e religiosos, circundando de forma complexa e categórica o cotidiano do ser humano, além de balizar, estruturar e determinar o comportamento das pessoas. Neste sentido, constata-se que da organização emana um significativo exercício de poder, premissa ratificada por Galbraith (1984) que, ao elencar a personalidade, a propriedade e a organização com sendo as três fontes de poder, considera que a última é a mais importante, sendo esta relevância cada vez mais crescente nas estruturas societárias modernas.

Mediante a celeridade das modificações organizacionais percebidas no cenário social, têm-se estudado incisivamente os vários aspectos nos quais estas estruturas se circunscrevem, com especial destaque para a forma como são geridas, haja vista os prováveis impactos que poderão advir do modelo de gestão e das práticas administrativas nelas instaurado.

Os hospitais representam a forma mais tradicional de organização no setor de saúde, integrando o nível terciário de atenção. Menezes (2010) defende que os hospitais estão inseridos no rol das organizações mais complexas da sociedade moderna, diferenciando-se das demais pela convergência de múltiplas e diversificadas atividades, cuja execução se dá numa ambiência de inovação tecnológica, composta por diversos profissionais das mais diferentes áreas (científica, técnica, administrativa e de serviços gerais), os quais interagem com, praticamente, todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.

Diante da observação de que as organizações hospitalares são estruturas hipercomplexas e sobremodo, dinâmicas, torna-se possível concluir que a sua gestão é, deveras, desafiadora e, igualmente, difícil. Neste sentido, Paim (2003) destaca que a gestão em saúde pode ser interpretada como

a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-



administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003, p. 559).

Marin (2001) complementa essa discussão, sugerindo que a gestão hospitalar deve ser entendida como gestão de uma política pública, portanto, a sua formulação, execução e avaliação devem ser conduzidas institucionalmente pelo Estado. Já no que tange à forma como esta gestão será exercida, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.390, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza que o modelo de gestão hospitalar deverá pautar-se em princípios legais, que redundem na garantia do direito à saúde dos indivíduos sob a sua jurisdição (BRASIL, 2013a).

Se, até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão, devendo estar presente no contexto social, tanto para recolhê-los, quanto para proteger os outros do perigo que eles encarnam (FOUCAULT, 2000), hodiernamente, discute-se que os hospitais devem prestar uma assistência baseada em ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a). Nesta mudança de foco, tais organizações ocuparam uma posição de “empresas de saúde”, buscando seus processos de gestão, aumentando a competitividade, por meio da eficiência associada à redução de custos (GUERRA, 2011).

O SUS possui uma rede hospitalar conveniada e outra rede hospitalar própria, a qual é classificada de acordo com sua esfera administrativa em: 1) Federal: hospital pertencente à instância federal; 2) Estadual: instituição hospitalar que pertence ao estado; 3) Municipal: hospital que pertence à esfera municipal (BRASIL, 2012a). Quanto à natureza jurídico-administrativa das organizações hospitalares do SUS, eles podem ser administrados diretamente pelo Estado, assumindo a conformação jurídica da Administração Direta; ou por outras entidades de natureza jurídica própria, o que configura a Administração Indireta (PINTO et al., 2014).

No que tange à população assistida, os hospitais públicos do SUS dirigem seu cuidado a usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem, dentre outras necessidades, a demanda de atenção contínua em regime de internação. Esta assistência pode se dar por meio de um hospital geral, o qual atua em sistema de internação nas quatro clínicas básicas, a saber: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica, devendo, legalmente, oferecer internação nos setores de clínica médica e cirúrgica, além de outros serviços; ou por meio de um Hospital Especializado, que, dentre outras incumbências, propõe-se à assistir os

clientes em regime de internação, em uma ou mais especialidades, excluindo-se, contudo, clínica médica e cirurgia geral (BRASIL, 2012a).

A despeito dos pressupostos contidos na PNHOSP, que versam sobre a prática efetiva da gestão nas unidades hospitalares do SUS, a administração de hospitais públicos na atualidade tem evidenciado dificuldades que comprometem a fluidez dos serviços e o bem-estar destas organizações. Esta conjectura é fortalecida pelas constantes adesões, por parte do Estado, a outras modalidades de gestão, nas quais a administração é descentralizada e transferida para instituições que integram a administração pública indireta. Neste contexto neoliberal, o Estado se exime da responsabilidade de gerir o bem público, como se fora esta a solução ideal para o problema.

Corroborando essa reflexão, Pinto e colaboradores (2014) discutem que muitos gestores do SUS têm buscado transformar a natureza jurídico-administrativa das organizações onde atuam, pois a experiência nacional denotaria que a administração direta, bem como algumas categorias da gestão indireta se mostrariam esgotadas, dada à sua rigidez, especialmente no contexto das instituições de alta complexidade, como os hospitais de médio e grande porte.

Para Jorge (2002), os recursos financeiros aquém das necessidades que se apresentam no orçamento, o clientelismo, a ausência de eficácia e efetividade, convergidos com outros aspectos, constituem-se falhas no modelo de atenção e da gestão na área da saúde. Somam-se a tais aspectos outros percalços à gestão hospitalar pública contemporânea, como, por exemplo, a baixa qualificação de alguns gestores, a prática administrativa autoritária e verticalizada, além de processos decisórios centralizadores. Estas são evidências que, associadas ao discurso da mídia para desqualificar o setor público, poderão tornar esta área da atenção em saúde, particularmente, problemática.

Além destes entraves destacados que poderão comprometer o desempenho da atenção hospitalar, redundando, por conseguinte, em déficits na gestão dessas organizações, há que se ressaltar, também, a dificuldade encontrada pelos usuários do SUS para acessar os serviços do nível terciário de atenção. Neste sentido, Giovanella e Fleury (1996) inferem que o modelo de saúde brasileiro, consolidado na década de 70 do século XX, cujo caráter pautava-se em ações individuais médico-hospitalares, ocasionou amplas discrepâncias no acesso dos diversos segmentos sociais aos vários níveis de atenção vigentes no sistema, fato que, segundo o Ministério da Saúde, diverge do que está preconizado na PNHOSP, ao designar que o acesso à atenção hospitalar deve ocorrer de forma regulada, por meio de demanda referenciada e/ou espontânea (BRASIL, 2013a).

Outro elemento complicador da atenção hospitalar pública no Brasil é a exiguidade de leitos destas instituições, a qual é inferior à capacidade necessária para garantir uma assistência de melhor qualidade aos seus usuários. O Ministério da Saúde determina que devam existir cerca de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 2002), contudo, discrepando do ideal estabelecido, o relatório mundial do *World Health Organization* - WHO (2014), traz a informação de que haviam no Brasil, até 2014, o quantitativo correspondente a 2,3 leitos/1000 habitantes. Uma realidade que poderá comprometer a integralidade da assistência, e, por conseguinte, os resultados apresentados pela organização, bem como o desempenho da gestão.

Ainda no que se refere à qualidade da assistência prestada pelas organizações hospitalares, La Forgia e Couttolenc (2009) indicam que um dos hiatos de qualidade hospitalar no Brasil está entre a primazia dos cuidados prestados em alguns centros de excelência, e a assistência precária observada na grande maioria das outras instituições.

Ofertar serviços que contemplem as necessidades de sua população, bem como demonstrar efetividade nas ações desenvolvidas são elementos que podem estar intimamente relacionados com as práticas administrativas da organização hospitalar e ao modelo de gestão nela instaurado. Neste sentido, observa-se que o formato jurídico-administrativo da Gestão Direta, prevalente no SUS e abordado neste trabalho, comporta diferentes modelos de gestão, dentre o quais, destacam-se: Administração Patrimonialista, Administração Burocrática e Administração Pública Gerencial.

Por outro lado, compondo de forma intrínseca o aparato da gestão, tem-se o processo decisório – ou a tomada de decisão, o qual representa um dos elementos gerenciais mais relevantes no âmbito das organizações. Sabbadini (2005) destaca que o processo decisório e a gestão justapõem-se no micro e no macro ambientes organizacionais onde as relações se estabelecem, ao que Hoppen (1992) acrescenta que, sendo a organização um sistema em constante transformação, os afazeres organizacionais se constituem, mormente, em funções de tomada de decisão e de resolução de problemas, o que transversaliza todos os seus graus hierárquicos. Na perspectiva da gestão em saúde, a tomada de decisão é permeada de subjetividade e incertezas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O levantamento de estudos que versam sobre a administração de organizações hospitalares do SUS, nas principais bases de dados científicos da área da saúde (as quais estão explicitadas na Metodologia desta pesquisa), indicou a existência de quatro artigos, uma dissertação e uma tese publicados sobre esta temática, sendo que apenas a dissertação deles

dava destaque à administração direta e ao modelo de gestão predominante nas instituições hospitalares públicas, sob este regime jurídico.

Sendo assim, é importante a realização de estudos que se proponham a analisar, de forma sistemática, o modelo de gestão predominante nos hospitais sob gestão direta, bem como de outros aspectos relevantes que dizem respeito à administração destas organizações hospitalares, uma vez que isto pode auxiliar na promoção de melhorias do desempenho da gestão, ampliar a efetividade destes organismos e a capacidade administrativa do Estado.

Isto posto, depreende-se que o estudo desse tema é relevante à saúde pública, ao passo que pode contribuir para a reflexão acerca dos modelos de gestão presentes nos hospitais do SUS, administrados diretamente pelo Estado. Além disso, o presente trabalho pode evidenciar a existência de lacunas referentes ao objeto de estudo investigado, fomentando, no contexto acadêmico, debates e novas pesquisas. As ponderações aqui propostas podem, também, promover aperfeiçoamento na prática de gestores hospitalares do SUS, o que implicaria em melhoria nas condições de trabalho dos seus subordinados, redundando, por conseguinte, numa assistência cada vez mais qualificada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, desta pesquisa emergem as seguintes questões norteadoras: Qual a percepção dos gestores sobre a organização estadual do SUS que administram? Quais os gargalos presentes nos hospitais geridos pela SESAB? Como os modelos de gestão se apresentam nos hospitais públicos estaduais administrados, de forma direta, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), e de que forma os gestores os classificam? Os modelos de gestão dos hospitais estaduais baianos da rede própria da SESAB apresentam variações? Como os gestores classificam o modelo de gestão presente na organização hospitalar por eles administrada? Como está representado o desenho organizacional dos hospitais estudados? Como se caracteriza o processo decisório no contexto dos hospitais administrados pelo Estado?

Diante das reflexões e questões aventadas através das pesquisas locais, este projeto tem como objeto de investigação o modelo de gestão de hospitais públicos sob a administração direta, no âmbito estadual.

## 2 OBJETIVOS

Com base nas questões norteadoras e nas reflexões propostas, traçaram-se os seguintes objetivos para esta pesquisa:

Objetivo geral:

- Analisar o modelo de gestão de hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), sob administração direta.

Objetivos específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico dos gestores da RHP da SESAB, sob administração direta;
- Compreender a percepção dos gestores acerca do modelo de administração predominante em suas unidades de gestão;
- Descrever o (s) modelo (s) de gestão vigente (s) em organizações hospitalares da RHP da SESAB, sob administração direta;
- Discutir o processo decisório presente no âmbito dos hospitais da RHP da SESAB, sob administração direta.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nas teorias organizacionais tradicionais as organizações têm sido percebidas como objetos concretos onde não há espaço para o estudo das relações humanas e os gestores são agentes guardiões da racionalidade. Em outra perspectiva, autores críticos (MARSDEN; TOWNLEY, 2001) deste paradigma, considerados positivistas, consideraram importante analisar as relações sociais e os significados da realidade organizacional, privilegiando categorias como “poder”, “dominação” e “processo de trabalho”.

Partindo de igual posição crítica, esse estudo irá construir sua fundamentação teórica com base na reflexão acerca dos principais modelos de gestão – os quais podem ser compreendidos como a forma pela qual se administra toda a estrutura de uma organização, considerando-se, para isto, suas categorias administrativa e operacional (MARQUES, 2005) – presentes na administração pública brasileira, em especial no setor hospitalar, além de refletir acerca do processo decisório referido na literatura e sobre possíveis implicações para uma gestão hospitalar baseada nos princípios do SUS.

#### 3.1 O modelo de Administração Patrimonialista

A administração patrimonialista é um legado dos tempos do feudalismo e estava presente no contexto social pré-democrático. Nesse modelo administrativo o soberano apossava-se do aparelho de Estado, e não fazia separação entre a *res publica* e a *res principis*, ou seja, aquilo que lhe pertencia ou era próprio do Estado (OLIVEIRA, 2010). Sendo assim, tem-se que a principal característica do Patrimonialismo diz respeito à apropriação pelos governantes dos bens públicos, usando-os de forma arbitrária, com vistas a satisfazer seus próprios anseios, em detrimento dos interesses da coletividade.

Neste sentido, descrevendo o *modus operandi* deste modelo de gestão, Paludo (2010) pondera que, embora seja uma administração praticada pelo Estado, o Patrimonialismo não buscava atender as demandas da sociedade, tendo em vista suas raízes absolutistas e discricionárias, mas visava à satisfação de um pequeno grupo, composto pelo chefe do Executivo – o soberano –, e seus súditos.

A célebre frase proferida por Luiz XIV, na França, *L'état c'est moi* – “O Estado sou eu”, em conjunto com sua conduta tirana, puseram em evidência os pressupostos do Patrimonialismo, os quais direcionavam para uma prática autoritária e nepotista do governante

deste primeiro modelo de administração do Estado. Weber (1999) reitera esta premissa ao considerar o Patrimonialismo como um modo de dominação tradicional, cujos pilares ancoram-se na crença da santidade das tradições, as quais, portanto, validam aqueles que exercem a autoridade.

Drumond, Silveira e Silva (2014) discutem que o Modelo Patrimonialista de administração perpassou os períodos colonial, imperial e a Primeira República. Porém, o advento do capitalismo e da democracia trouxe consigo a necessidade de separar-se a “coisa” pública da privada, inviabilizando, assim, a administração patrimonialista.

Deste modo, a democracia e a Administração Pública Burocrática despontaram com o objetivo precípua de resguardar o patrimônio público da privatização do Estado, tão amplamente praticada no modelo Patrimonialista de administração. A democracia, dentre outros atributos, salvaguarda os direitos de cidadania enquanto a administração burocrática busca combater o nepotismo e a corrupção tão fortemente presentes no Patrimonialismo (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Embora tenha se estendido, oficialmente, até o ano de 1930, muitos estudiosos (DRUMOND, SILVEIRA e SILVA, 2014; VIEIRA et al., 2012; SCHWARTZMAN, 2007) concordam que, ainda, no contexto atual, podem-se perceber traços do Patrimonialismo na administração do aparelho estatal, a exemplo de clientelismo, nepotismo, corrupção, desvios de recursos públicos, nomeações de trabalhadores de acordo com afinidades políticas e não com base em mérito profissional, dentre outros.

### 3.2 A Burocracia de Max Weber: breve histórico

#### A Burocracia

Sixto Martínez fez o serviço militar num quartel de Sevilha. No meio do pátio desse quartel havia um banquinho. Junto ao banquinho, um soldado montava guarda. Ninguém sabia porque se montava guarda para o banquinho. A guarda era feita por que sim, noite e dia, todas as noites, todos os dias, e de geração em geração os oficiais transmitiam a ordem e os soldados obedeciam. Ninguém nunca questionou, ninguém nunca perguntou. Assim era feito, e sempre tinha sido feito. E assim continuou sendo feito até que alguém, não sei qual general ou coronel, quis conhecer a ordem original. Foi preciso revirar os arquivos a fundo. E depois de muito cavoucar, soube-se. Fazia trinta e um anos, dois meses e quatro dias, que um oficial tinha mandado montar guarda junto ao banquinho, que fora recém-pintado, para que ninguém sentasse na tinta fresca (GALEANO, 2002, p. 36).

Contraopondo-se ao obsoleto modelo Patrimonialista de Administração Pública do século XVIII, o Estado brasileiro buscou implantar, na segunda metade do século XIX, o

modelo de Administração Pública Burocrática. Deste modo, o aparato estatal adotou este modelo de gestão em seus diversos segmentos organizacionais, dentre os quais, a instituição hospitalar.

Enquanto forma de organização humana, a gênese da burocracia pode ser localizada, historicamente, no período da Antiguidade, quando foram engendrados pelo homem os primeiros códigos de regulação do liame entre o Estado e os indivíduos. Contudo, o grande expoente e sistematizador do estudo das organizações burocráticas foi Max Weber (1864-1920), sociólogo alemão, que nasceu e completou sua formação intelectual na era da “querela dos métodos”, período no qual se debatia a classificação e autonomia das Ciências Humanas e Sociais, conforme explicita Freund (2006).

Ao discutir o significado de burocracia na concepção de Weber, Tragtenberg (1992) certifica que a perspectiva weberiana concebe burocracia como um tipo de poder. É um sistema imbuído de racionalidade, em que a divisão de trabalho se dá com vistas a fins. A coerência da relação de meios e fins visados é a configuração da ação racional. Tragtenberg, portanto, faz equivaler a organização ao seu corpo profissional deixando de lado outros elementos. Prestes Motta (1980) fortalece esta premissa, reiterando que para Weber, burocracia é poder, administração e organização a um só tempo, e que três perspectivas são basilares na concepção da burocracia: o formalismo, a impessoalidade e o profissionalismo.

Refletindo sobre a burocracia, Souto (2007) assinala que Weber buscou, ainda, identificar e compreender o funcionamento do capitalismo e do Estado, o poder e a dominação nas organizações. Marques (2005) corrobora esta proposição, afirmando que os estudos de Weber resultam de uma observação feita por este autor, da evolução das organizações patriarcais e patrimonialistas ao modelo da organização moderna, burocratizada. Fenômeno que é nomeado por Weber como “burocratização”, que vem a significar “um meio de poder de primeira categoria para aquele que dispõe do aparato burocrático [...]” (WEBER, 1999, p.222).

No que tange ao advento do Modelo Burocrático na administração pública, Klering, Porsse e Guadagnin (2010) pontuam que o período histórico que marca este fenômeno, situa-se no século XIX, numa contraposição ao poder oligárquico, inserido num contexto de rápido desenvolvimento industrial, cenário no qual o Estado encarregou-se de um papel central mais decisivo.

Neste sentido, Souto (2007) assinala que o tema burocracia começou a ser estudado a partir da década de 30, do século XX, despertando o interesse dos estudiosos, vindo a tornar-se, gradativamente, objeto de pesquisa nas mais diversas áreas.



Weber (1999) refuta o modelo burocrático de administração como eficiente e ágil na condução dos serviços públicos, e enuncia que a administração puramente burocrática é

[...] a forma mais racional do exercício de dominação, porque nela se alcança tecnicamente o máximo de rendimento em virtude da precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiabilidade [...], intensidade e extensibilidade dos serviços e aplicabilidade formalmente universal a todas as espécies de tarefa (WEBER, 1999, p. 145).

Avigorando sua concepção sobre a competência da administração burocrática, Weber (1999, p. 147) acrescenta que a

administração burocrática significa: dominação em virtude de conhecimento; este é seu caráter fundamental, especificamente racional. Além da posição de formidável poder devida ao conhecimento profissional, a burocracia (ou o senhor que dela se serve) tem a tendência de fortalecê-la ainda mais pelo saber prático de serviço: o conhecimento de fatos adquirido na execução das tarefas ou obtido via 'documentação'. [...].

Melo Júnior (2010) explicita que, conforme preconiza o pensamento weberiano, o instrumental burocrático serve como otimizador das organizações administrativas, sejam elas particulares ou públicas, tornando a prestação de serviço mais rápida e efetiva.

Infere-se, a partir dos pressupostos apresentados até então, que a burocracia representa, para Weber, um instrumento que detém legitimidade e racionalidade suficientes para conferir efetividade aos serviços que a adotam no âmbito de suas administrações. Contudo, a proposição weberiana contraria o conceito apreendido pelo senso-comum que, frequentemente, classifica a gestão burocrática e os processos dela advindos, como obsoletos, morosos e de baixa resolutividade.

Pressupondo ser a burocracia uma autêntica e cognoscível forma de dominação, Weber (2009, p.139) atesta que o atributo dominação significa “a probabilidade de encontrar obediência para ordens específicas (ou todas) dentro de um determinado grupo de pessoas”. Entretanto, o autor adverte que é premente que exista no ser dominado, a vontade de obedecer. Portanto, a situação de dominação arquitetada-se mediante a presença de alguém mandando eficazmente em outros (WEBER, 1999).

Ainda na seara do debate acerca da dominação, Weber assinala que existem três tipos puros de dominação legítima, a saber: **1) Dominação Legal**, cujo aparato administrativo que lhe corresponde é a burocracia. É exercida através de um quadro administrativo burocrático, no qual apenas o dirigente possui a posição de senhor, mediante eleição ou designação para o cargo. Suas competências são consideradas legais; **2) Dominação Tradicional**: sua

legitimidade repousa na crença de santidade de ordens e poderes senhoriais tradicionais. O senhor é determinado por meio de regras tradicionais, o qual é obedecido em decorrência da dignidade pessoal que lhe atribui a tradição; **3) Dominação Carismática:** em virtude do seu carisma, são atribuídos a uma pessoa, poderes ou qualidades sobrenaturais, sobre-humanos ou extracotidianos específicos, ou então se classifica tal pessoa como enviada por Deus, exemplar, e, finalmente, como líder.

Para Weber, tais perfis revelam-se como resposta à questão da legitimidade, isto é, dos princípios últimos em que se apóia a "exigência de uma obediência por parte dos funcionários frente ao senhor, e dos dominados frente a ambos" (PRESTES MOTTA, 1980). Com vistas a atingir aquilo a que se propõe, neste estudo, dar-se-á ênfase aqui à Dominação Legal, ou Burocrática, cujo embasamento está na crença da legitimidade das ordens estatuídas e do direito de mando daqueles que, em virtude dessas ordens, estão nomeados para praticar a dominação (WEBER, 1999).

Segundo Prestes Motta (1980) a dominação burocrática, associada ao capitalismo, realiza-se por meio de normas jurídicas racionais, impessoais, produzidas pelo sistema universitário e reproduzidas pelos juristas. Do ponto de vista social, Weber atribui à dominação burocrática o seguinte significado: 1) tendência ao nivelamento no interesse da possibilidade de recrutamento universal, a partir dos profissionalmente mais qualificados; 2) a tendência à plutocratização no interesse de um processo muito extenso de qualificação profissional; 3) a dominação da impessoalidade formalista, sob a pressão de simples conceitos de dever, sem considerações pessoais, de modo efetivamente igual para qualquer que seja o interessado.

Tendo em vista que a dominação legal é exercida por meio do quadro administrativo burocrático, conforme fora anteriormente explicitado, e, considerando o pressuposto de Weber, que classifica a Burocracia Moderna como o mais eficiente e racional modo de organização humana, cabe aqui uma discussão mais pormenorizada acerca deste aparato. Sendo assim, Weber (1982, p.229-231) pondera que o seu funcionamento se dá da seguinte forma:

I. Rege o princípio de áreas de jurisdição fixas e oficiais, ordenadas de acordo com regulamentos, ou seja, por leis ou normas administrativas. [...]

II. Os princípios da hierarquia dos postos e dos níveis de autoridades significam um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores. [...]

III. A administração de um cargo moderno se baseia em documentos escritos ("os arquivos"), preservados em sua forma original ou em esboço. [...]

IV. A administração burocrática, pelo menos toda a administração especializada — que é caracteristicamente moderna — pressupõe habitualmente um treinamento especializado e completo. [...]

V. Quando o cargo está plenamente desenvolvido, a atividade oficial exige a plena capacidade de trabalho do funcionário. [...].

Dando continuidade a essa discussão, Weber (1999, p.144) explica que a composição do quadro administrativo burocrático dar-se-á por meio de funcionários individuais, e que o funcionamento da Burocracia Moderna resulta no seguinte perfil destes funcionários:

- 1) São pessoalmente livres, obedecem apenas às obrigações *objetivas* de seu cargo;
- 2) São *nomeados* (e não eleitos) numa *hierarquia* rigorosa dos cargos;
- 3) Têm *competências* funcionais fixas;
- 4) Em virtude de um contrato, portanto, (em princípio) sobre a base de livre seleção segundo;
- 5) A *qualificação profissional* – no caso mais racional: qualificação verificada mediante prova e certificada por diploma;
- 6) São remunerados com salários fixos em *dinheiro*, na maioria dos casos, com direito à aposentadoria [...];
- 7) Exercem seu cargo como *profissão* única ou principal;
- 8) Têm a perspectiva de uma carreira: “progressão” por tempo de serviço ou eficiência, ou ambas as coisas, dependendo do critério dos superiores;
- 9) Trabalham em “separação absoluta dos meios administrativos” e sem apropriação do cargo;
- 10) Estão submetidos a um sistema rigoroso e homogêneo de *disciplina* e controle de serviço.

Compreendendo, portanto, a relevância da Burocracia Moderna para o modo de organização humana, Weber (1999) pondera que a razão decisiva do avanço da organização burocrática sempre foi a superioridade puramente técnica desta sobre qualquer outra forma. As proposições weberianas reiteram que a relação entre um mecanismo burocrático plenamente desenvolvido e as outras formas de organização é análoga à relação entre uma máquina e os métodos não-mecânicos de produção de bens.

Sendo assim, tem-se, sob o ponto de vista de Weber (2009), que atributos como precisão, rapidez, univocidade, conhecimento da documentação, continuidade, discrição, uniformidade, subordinação rigorosa, dentre outros, logram êxito total numa administração rigorosamente burocrática, exercida por funcionários individuais treinados.

Weber (2009) considera a previsibilidade da organização burocrática como uma vantagem deste modelo, a qual induziria a organização à máxima eficiência. Esta característica figura entre as consequências previstas ou desejadas da burocracia (WEBER, 2009). Entretanto, em seus estudos acerca da burocracia weberiana, Merton (1970), discute as disfunções da burocracia – referência às consequências imprevistas e indesejadas – as quais redundarão em ineficiência e imperfeição para a organização. Para este autor, não existe uma organização totalmente racional.

Dentro desta abordagem, Prado (2014) refere que, embora tenha proporcionado significativos avanços ao Estado moderno, com ampla utilização em organizações de direito público e privado, o arquétipo administrativo proposto por Weber não logrou êxito total, uma vez que a efetividade obtida ficou aquém da idealizada. Este autor reitera que a ineficiência ou outros resultados indesejados são percebidos neste modelo de administração, quando ocorre o superdimensionamento ou distanciamento de suas premissas.

Mas embora Weber seja retratado como defensor da racionalização e da burocracia, é imprescindível não deixar de lado que Weber condenava politicamente e moralmente a impessoalidade e a desumanização. Na verdade, Weber considerava o capitalismo como o resultado de um fenômeno mais amplo que seria a racionalização das ações (CLEGG et., al, 2001).

### 3.3 Administração Pública Gerencial

No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Brasil experimentou, em 1995, uma nova reforma administrativa, protagonizada pelo recém-criado Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tendo como representante o então ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira. Surgiu, neste contexto, a Administração Pública Gerencial, ou a Nova Gestão Pública (*new public management*), apresentando como escopo fundamental a redução de custos da máquina estatal, a eficiência administrativa das organizações do Estado, a qualidade na prestação de serviços, dentre outros. Os pressupostos deste modelo administrativo ancoram-se sobre o cenário de debates acerca da crise de governabilidade, que redundava no descrédito do Estado, ocorrida na América Latina, entre 1980 e 1990 (PAULA, 2005).

A Administração Pública Gerencial representa uma visão liberal da gestão pública. Foi implantada em um contexto administrativo público brasileiro, cujo arcabouço teórico versava, além de outros aspectos, sobre a diminuição dos custos da máquina estatal, a eficiência administrativa das organizações do Estado e a ênfase nos resultados (OLIVEIRA, 2013; KLERING; PORSSSE; GUADAGNIN, 2010; DRUMOND, SILVEIRA e SILVA, 2014). Trata-se de um paradigma gerencial baseado na lógica do mercado, que inverte a visão da burocracia pública, subvertendo-a aos preceitos econômicos e políticos dominantes (MARTINS, 1997).

Em que pese o fato de a Reforma Administrativa sofrida pelo Estado em 1995 ser descrita, por muitos estudiosos, como um processo que promoveu grande avanço e eficiência aos serviços públicos (BRESSER-PEREIRA, 1996; PAULA, 2005) faz-se mister destacar que

essa modificação no *modus operandi* gerencial da máquina estatal representou o encolhimento do Estado, que passou a delegar a terceiros a administração de seus organismos, fortalecendo, assim, os pressupostos neoliberais, dos quais decorrem os processos de publicização e terceirização de estatais em todo o país.

Ao estudar a publicização da gestão hospitalar na Bahia, enquanto processo de privatização disfarçada, Reis (2015) encontrou fragilidades na capacidade de gestão das unidades sob gestão indireta, cujas diferenças pareceram relacionadas em grande parte ao tempo de existência do hospital (quanto mais antigo menor a capacidade) e a existência de incentivos, como a acreditação hospitalar, que dotariam o hospital de uma melhor organização dos serviços.

O Quadro 1 evidencia as características dos modelos administrativos Patrimonialista, Burocrático e Gerencial:

Quadro 1 Comparação entre as administrações: Patrimonialista, Pública Burocrática e Pública Gerencial

Administração Patrimonialista	Administração Pública Burocrática	Administração Pública Gerencial
Controle feito discricionariamente pelo soberano e seus auxiliares, visando à obediência total dos súditos.	Controle feito <i>a priori</i> , focando nos processos legalmente definidos.	Controle feito <i>a posteriori</i> , concentrando-se nos resultados.
Direcionada para o autocrata e sua dinastia	Autorreferida	Orientada para o cidadão
Administração ditatorial, discricionária, sem separação entre a <i>res publica</i> e a <i>res principis</i> , corrupção intensa.	Estrutura administrativa centralizada e rígida	Organização político administrativa flexível, descentralizada, com incentivo à criatividade e à inovação
Divinização do soberano	Falta de confiança no gestor	Confiança limitada, controlada por resultados.
Auxiliares do soberano têm <i>status</i> de nobreza real, ausência de carreiras administrativas.	Funcionários públicos muitas vezes ineficientes no trabalho	Funcionários estimulados à produtividade
Ausência de hierarquia, centralização do poder no soberano, nepotismo, impermeabilidade à participação social-privada.	Organização administrativa com rigorosos níveis hierárquicos	Menos níveis hierárquicos com concessão de autonomia às instâncias subordinadas
Cargos de livre nomeação do soberano, denominados prebendas ou sinecuras.	Cargos-chave ocupados por funcionários de carreira, profissionais especializados, treinados e dotados de tecnologias gerenciais, métodos, e recursos orçamentários	Cargos-chave da administração preenchidos por indicados, comprometidos com a agenda política partidária

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Oliveira (2010); Paludo (2010); Martins (1997); Bresser-Pereira (1996)

### 3.4 Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal (CF) oferece o arcabouço legal que respalda a administração pública, e apresenta, no Artigo 37, os princípios que devem ser obedecidos em seu exercício, a saber: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além de outros pressupostos. A gestão do SUS deve obedecer aos desígnios e pressupostos contidos e previstos na CF (BRASIL, 1988).

Aprofundando as discussões estabelecidas até aqui sobre administração no contexto do SUS, faz-se mister examinar o conceito de gestão, sob uma perspectiva mais específica. A Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1996, define gestão como a atividade e a responsabilidade de gerir um sistema de saúde, através da execução de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996). Teixeira (2010) acrescenta a este conceito a ideia de que a gestão em saúde abrange “as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades” (TEIXEIRA, 2010, p. 134).

Assim como no âmbito da administração pública, estão presentes, na conjuntura administrativa do SUS, dois formatos jurídico-administrativos, os quais compõem a gestão pública direta e indireta. Na administração indireta o Estado delega a atribuição de gerir a entes personalizados que, mantendo o vínculo estatal, prestam serviços públicos ou de interesse público. São eles: autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Em se tratando de administração direta, as atividades gerenciais são desempenhadas pelo próprio Estado, através de sujeitos e órgãos que o integram (BRASIL, 2011a; PINTO et al., 2014). Neste cenário jurídico-administrativo, manifestam-se, portanto, variados modelos de gestão.

A Figura 1 explicita como se configuram os regimes jurídicos de gestão do SUS.

Figura 1 Regimes Jurídicos da Administração Pública no SUS



Fonte: (BRASIL, 2011a, p. 17).

No cenário do SUS, até o momento, tem sido prevalente a administração pública direta, a qual é viabilizada através das organizações dos três níveis de governo. Essas organizações têm características muito peculiares, que incluem, dentre outros aspectos, a falta de autonomia financeira e orçamentária. Trata-se de uma administração centralizada, que não possui personalidade jurídica própria (IBÁÑEZ; VECINA NETO, 2007). Neste sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) destacam que embora a gestão direta seja preponderante na seara do sistema de saúde brasileiro, outras possibilidades de arranjos organizacionais têm emergido dentro deste contexto, fato que reverbera a existência de fragilidades na gestão praticada no âmbito do SUS.

A adesão, por parte do Estado, a outras modalidades de regime jurídico-administrativo nos serviços públicos de saúde, abre espaço para uma reflexão: dadas as transformações constantes e intensas que ocorrem no seio das organizações, não haveria necessidade de a gestão do SUS se modernizar, alinhando-se às necessidades contemporâneas e promovendo melhorias nas suas condições executivas? Santos (2010) contribui com esta reflexão, ao afirmar que

[...] o SUS, nascido em 1988, encontrou esse modelo de Estado e de Administração Pública. Como o SUS introduz novos paradigmas na gestão pública, por se tratar de um modelo que exige compartilhamentos dos entes federativos e espaços de gestão por consenso (negociação-consenso), as dificuldades de implementar serviços públicos de saúde são inúmeras. Somente para conter o SUS, a Administração Pública já deveria ser alterada. Ele, o SUS, desborda das pautas administrativas, do modelo atual da gestão pública (SANTOS, 2010, p.73).

Para Santos (2010), portanto, faz-se relevante dar uma nova configuração à Administração Pública, com vistas a comportar um sistema de saúde que não se adapta aos moldes atuais de gestão estatal. Entretanto, acredita-se que essa “nova configuração” deva passar pelo aumento da efetividade e da competência do Estado de gerir a máquina pública,

através do aperfeiçoamento de sua capacidade administrativa, pela adoção de modelos de gestão compartilhados e participativos, e não por seu encolhimento, ou transferência de responsabilidades.

### 3.5 Gestão hospitalar no SUS

O SUS deve organizar-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de superar a fragmentação vigente. As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2010). A organização hospitalar configura-se com uma das integrantes da RAS, da qual a mesma não pode prescindir (BRASIL, 2013a).

A historicidade do hospital registra o seu surgimento – já com a configuração de aparato terapêutico orientado para promover a cura dos doentes – para o século XVIII. Até então, sua função precípua era promover o isolamento social daqueles que estavam enfermos, objetivando resguardar e proteger as pessoas saudáveis, além de prestar aos doentes, ações caritativas e de solidariedade, como destaca Foucault:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna [...] (FOUCAULT, 2000, p. 59).

[...] É necessário criar, para estes [indivíduos doentes], casas comunais de doentes, que deverão funcionar como substitutos da família e fazer circular, em forma de reciprocidade, o olhar da compaixão[...] (FOUCAULT, 1994, p.43).

O hospital era, portanto, lugar de morte, onde se abrigavam indivíduos pobres e doentes, sem perspectivas futuras, que poderiam gerar consequências nefastas à sociedade, mas que, por outro lado, eram dignos da compaixão humana. Tanto a administração destas organizações quanto a assistência aos doentes eram operacionalizadas por religiosos voluntários.

Nessa perspectiva histórica, Foucault (2000) discute que a reorientação da função do hospital ocorreu mediante a necessidade de atenuação dos seus efeitos deletérios sobre as pessoas sãs, uma vez que, abrigando enfermos, acabava por tornar-se um foco de doenças, expondo a sociedade a riscos sociais e epidemiológicos.



Corroborando esta discussão, segundo Graça (2000) houve um momento em que o hospital rompeu com o passado, em seus formatos medieval e meramente assistencialista, e alcançou a sua fase contemporânea. Essa cisão ocorreu nos planos organizacionais e ideológicos, sendo esse fenômeno denominado pelo autor de “empresarização do hospital”. Tal fenômeno foi robustecido pelo amplo desenvolvimento tecnológico, advindo com o término da Segunda Guerra Mundial, que obrigou a profissionalização da administração hospitalar e dos prestadores de cuidado que aí atuavam.

La Forgia e Couttolenc (2009) acrescentam que, no contexto brasileiro, o modelo de hospitais que pressupunham ser o atendimento aos doentes uma atribuição que competia, em maior proporção, aos religiosos e menos aos médicos, embasou-se em experiências europeias, sobretudo nas vivências portuguesas e espanholas. Com o passar do tempo, os hospitais do Brasil foram perdendo seu caráter religioso, embora ainda haja a interferência formal da religião em alguns deles, e os profissionais médicos, ou autoridades de saúde, lançaram mão da administração destas organizações.

Lira da Anunciação e Zoboli (2008) ressaltam que os hospitais lidam com elementos preciosos para a sociedade: saúde e vida, os quais são, simultaneamente, bens e direitos. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de hospital é aplicado aos estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de usuários, com atendimento básico de diagnóstico e tratamento, tendo uma equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos (BRASIL, 2011b).

No ano de 1977, numa de suas primeiras publicações acerca do tema, o Ministério da Saúde definia o hospital como

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 1977, p.9).

Na contemporaneidade, o documento oficial mais recente que apresenta uma conceituação para as organizações hospitalares e preconiza os serviços e ações que lhes são peculiares, é a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS. Seu arcabouço teórico, no artigo 3º afirma que

os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a, p.12).

Os hospitais, conforme se observa, são parte integrante da RAS, constituem-se como referência para unidades de menor complexidade ou interação para potencializar a capacidade da rede (CAMPOS; RATES, 2009). É através dessas organizações que se ofertam determinados serviços especializados, gerados por meio de uma função de produção singular. Sendo assim, os hospitais se diferenciam por serem os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) argumenta que coexistem na área hospitalar diversas dimensões conjunturais, que se interrelacionam e que são marcadas por dificuldades peculiares a cada perspectiva proposta. A partir das discussões do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), apreendem-se as variáveis descritas a seguir, no Quadro 2, as quais tornam o ambiente hospitalar, e sua gestão, desafiadores e conflitivos:

Quadro 2 Variáveis que complexificam o contexto e a gestão hospitalares

		VARIÁVEIS
<b>DIMENSÕES</b>	<b>FINANCEIRA</b>	Custeio das unidades; Geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades.
	<b>POLÍTICA</b>	Continuismo do modelo hospitalocêntrico X Fortalecimento das ações de promoção e prevenção; Mecanismos de regulação do sistema hospitalar.
	<b>ORGANIZACIONAL</b>	Lugar do hospital na RAS; Referência e contrarreferência de informações e pessoas na RAS.
	<b>ASSISTENCIAL</b>	Organização tecnológica do trabalho; Divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades; Promoção da integralidade.
	<b>ENSINO E PESQUISA</b>	Reprodução do modelo médico-assistencial hegemônico; Desafio de mudança na formação do pessoal de saúde.
	<b>SOCIAL</b>	Dificuldade de acesso; Baixa qualidade da assistência; Insatisfação e elevação das pressões sociais.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de BRASIL, 2011a.

O conceito ampliado de saúde, traz em seu bojo significativa mudança na perspectiva ideológica e prática do hospital. Por conseguinte, somado às críticas ao modelo de atenção médico-centrado, esse novo paradigma promoveu um redimensionamento do significado do hospital dentro do sistema de saúde. Aquela instituição que outrora atuava isoladamente e prestava, exclusivamente, assistência médica curativa aos seus usuários, incorporou no escopo de suas atribuições, ações de promoção à saúde, devendo, enquanto integrante da RAS, atuar de forma articulada à Atenção Básica.

Sendo assim, cumpre dizer que, dada a sua complexidade, a gestão dos hospitais no contexto do SUS é uma responsabilidade que demanda múltiplos saberes e competências. Neste sentido, Bittar, Mendes e Magalhães (2011) destacam que os gestores públicos de saúde devem buscar competências sem que esta seja uma pretensão de ter uma “técnica” a mais, mas o anseio pela aquisição de saberes humanos individuais e coletivos, utilizados para fins éticos, representados no SUS pelos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Vendermiatti e colaboradores (2010) fortalecem esse debate, destacando que no âmbito hospitalar, a questão da gestão é bastante complexa, uma vez que as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos, ao que Pinochet e Galvão (2010) acrescentam que o gestor de um hospital tem a incumbência de buscar a melhoria constante, utilizar os recursos com eficiência, manter o equilíbrio e atender as necessidades básicas dos pacientes. Depreende-se, portanto, a partir dessas reflexões, que há um consenso na literatura quanto ao caráter complexo e desafiador que transversaliza as práticas da gestão hospitalar no SUS.

Imbuído da percepção de que a administração hospitalar é deveras dificultosa, pelos mais diversos contextos que a circundam, o Ministério da Saúde preconizou, através da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013a, p.7), que a gestão dos hospitais inseridos no SUS deve pautar-se:

- I - na garantia do acesso e qualidade da assistência;
- II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor;
- III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e
- IV - no planejamento participativo e democrático.

Diante das ponderações até aqui estabelecidas e dado o caráter desafiador intrinsecamente relacionado à administração de uma organização hospitalar, faz-se pertinente observar a ponderação de Cecílio e Merhy (2003): pensar a gestão de um hospital é, antes de mais nada, tentar estabelecer, com muita clareza, quais os mecanismos de coordenação adotados para conduzir, da melhor forma possível, o seu cotidiano. Esses mecanismos de coordenação, de condução, direcionam para o paradigma de gestão escolhido e utilizado para dirigir as organizações hospitalares.

Destarte, cabe a ressalva de que, não obstante ao fato de haver um modelo de gestão preconizado em portaria específica, cujos pressupostos apontam para o desenvolvimento de práticas democráticas e descentralizadas, bem como para a elaboração de um planejamento participativo e democrático (BRASIL, 2013a), para Teixeira e colaboradores (2006) no que

tange ao modelo de gestão predominante nos hospitais, ainda se percebem, até certo ponto, estruturas burocráticas e autoritárias, ao que Campos e Bonassa (2006) complementam, salientando que os hospitais, em sua maioria, possuem uma cultura organizacional arcaica.

Desse modo, a partir das evidências científicas, as quais buscam demonstrar e refletir aquilo que explicita a prática da administração hospitalar, é possível conjecturar que o modelo de gestão instaurado nos hospitais do SUS, administrados pelo Estado, desenha-se de forma verticalizada, diretiva e centralizada, condição que poderia ser impeditiva de um maior progresso destas organizações.

### 3.6 Modelo de gestão e o processo decisório

A Teoria das Decisões, conforme demonstram a literatura (POMEROL; ADAM, 2003; MORITZ; PEREIRA, 2006), nasceu de Herbert Simon, que foi o percussor do estudo do processo decisório e a utilizou para explicar o comportamento humano nas organizações. Entretanto, os estudos acerca do processo decisório têm sido incisivos após as primeiras discussões estabelecidas por Simon, nos anos de 1960, instigando inúmeros pesquisadores a explorá-lo ao longo das últimas décadas e até os dias atuais.

O processo decisório compõe de forma intrínseca o aparato da gestão, constituindo-se num instrumento extremamente relevante no âmbito das organizações. Neste sentido, Wendhausen e Cardoso (2007) discutem que este dispositivo da gestão abarca uma cadeia de decisões e envolve inúmeros processos políticos, que resultam em elaboração e execução das ações práticas e suscitam a efetivação da política proposta.

A tomada de decisão é definida por Tanaka e Tamaki (2012), como uma responsabilidade e competência formal do gestor, que, além das informações oriundas dos processos avaliativos, utiliza o conhecimento pessoal que possui, ou a percepção pessoal que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando os recursos necessários. Esta definição, contudo, exclui a participação dos diversos sujeitos no processo decisório. Desse modo, discordando da perspectiva apresentada por Tanaka e Tamaki (2012), considera-se que a tomada de decisão, no contexto de organizações cuja gestão é horizontalizada e participativa, não é inerente apenas ao gestor, mas a todos os sujeitos ali inseridos.

A informação é parte precípua e basilar do processo decisório, pois torna possível, ao decisor, estabelecer onde, quando e em que sentido suas decisões devem ser direcionadas. Moritz e Pereira (2006) destacam, a este respeito, que possuir conhecimento real do problema e ter as informações adequadas e possíveis de serem examinadas, tornam mais claras as alternativas concebidas, facultando ao decisor maiores chances de acertar em suas escolhas.

Nesta perspectiva, Coelho e Paim (2005) argumentam que a informação seria o elemento essencial que embasa a decisão ou obscurece seu caminho, podendo, inclusive, desviar o dirigente das questões essenciais. Alwis e Higgins (2001) ratificam esta premissa acrescentando que, ao passo que informações relevantes e oportunas propiciam aos gestores a tomada de decisões acertadas, as informações irrelevantes embarçam o processo decisório, acrescentam equívocos e comprometem o desempenho da empresa. Percebe-se, portanto, que a informação deve estar disposta de forma equilibrada na organização, numa configuração que não apresente excessos ou déficits, além de refletir, com fidelidade a realidade deste organismo, a fim de que o êxito do processo decisório seja assegurado.

Na seara das organizações públicas de saúde, as informações estão dispostas, também, nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), os quais podem ser entendidos como um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando à sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações (TEIXEIRA, 2010). Marin (2010) acrescenta que sistemas de informação em saúde são utilizados para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório, donde se pressupõe serem essenciais ao bem estar das organizações que integram a área da saúde.

Contudo, contrariando o ideário estabelecido para os SIS, tem-se que um dos seus componentes, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), contém uma diversidade de informações, mais ou menos confiáveis que, infelizmente, servem mais para controle do gasto público federal com as atividades por eles custeadas e para assegurar o repasse de recursos, do que para alicerçar a decisão. Cavalcante, Ferreira e Silva (2011) corroboram esta ideia, acrescentando que, dada a excessiva quantidade de dados conectados ao sistema, a informação mostra-se insatisfatória para orientar os processos decisórios da gestão.

Em pesquisa realizada na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), cuja ênfase apontava para o processo político de gestão desta organização, ponderado através de análise documental e de entrevistas com seus dirigentes, Coelho e Paim (2005) consideraram que a forma como o fluxo decisório era, no caso estudado, ordenado, e que, a depender do estilo de gestão do dirigente, se observava maior ou menor controle das decisões nos níveis

subsequentes, mais ou menos democráticos. Neste sentido, no que tange à decisão e controle, estes autores propuseram, com base no produto empírico da pesquisa, alguns tipos de gestores com seus estilos de decisão, que são assim metaforizados:

Quadro 3 Tipificação de gestor e estilos de decisão.

TIPO DE GESTOR	ATRIBUTOS IDIOSINCRÁTICOS	ESTILO DE DECISÃO
<b>O Cirurgião</b>	Rápido, incisivo, protagonista	Centralizada e sistemática
<b>O Indutor</b>	Persuasivo, sutil, autocrático	Manipulada e interessada
<b>O Participativo</b>	Democrático, progressista, maleável	Compartilhada e técnico-racional
<b>O Formal</b>	Burocrata, normatizado, pragmático	Institucionalizada e cartorial
<b>O Técnico-negociador</b>	Pró-ativo, inovador, entusiasta	Flexibilizada e competente

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Coelho e Paim (2005).

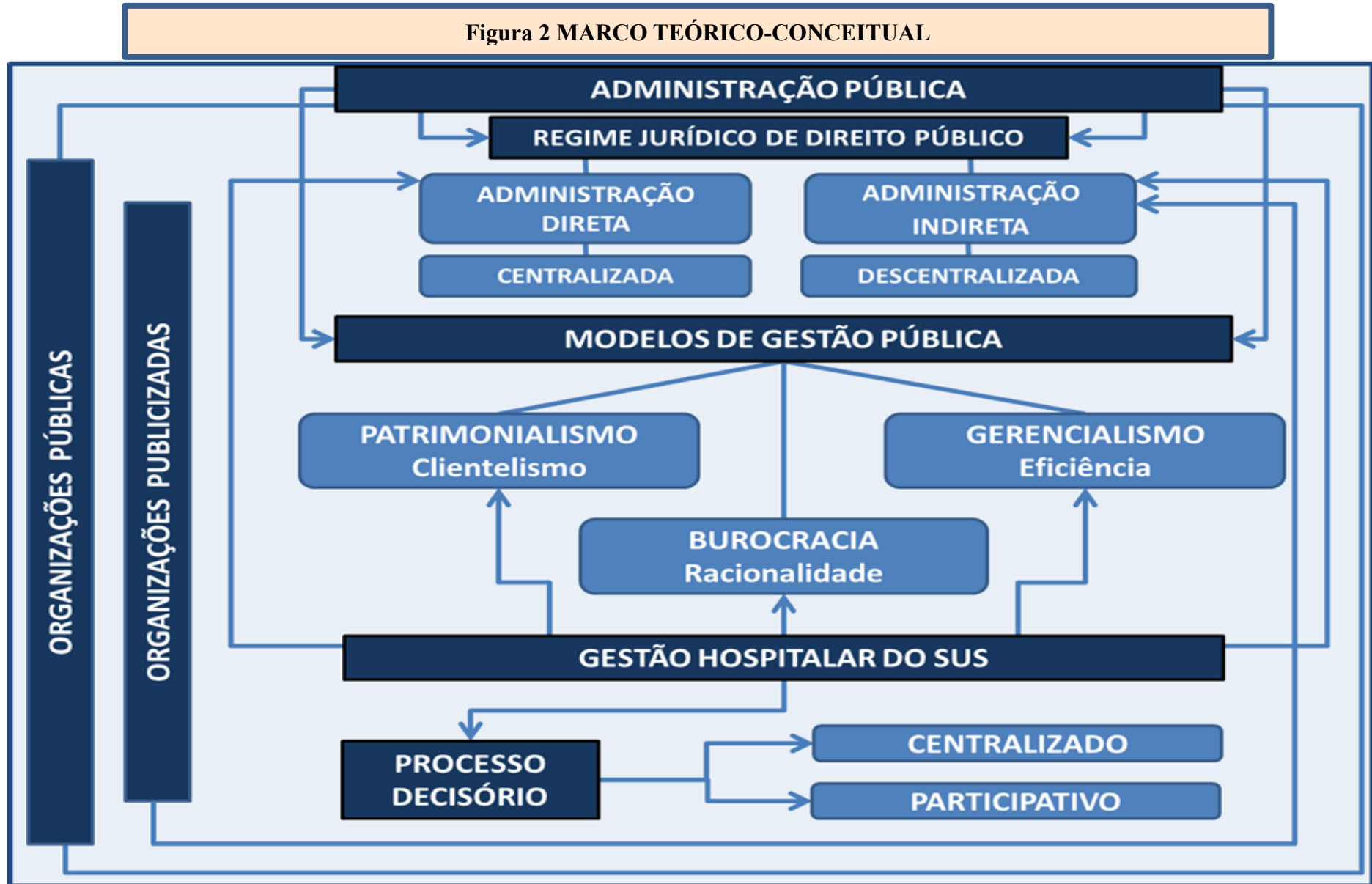
O Quadro 3 induz à inferência de que, quanto mais o gestor se insere na perspectiva de um perfil flexível e descentralizado, partilhando o poder e a administração com sua equipe, mais o processo decisório por ele elaborado se aproxima do ideário democrático e participativo. Em contrapartida, os modelos de gestão mais rígidos e centralistas despontam em tomadas de decisão mais isoladas, impositivas e menos democráticas.

Segundo Bertero (1976) há uma necessidade de transformação do processo decisório na administração pública, sendo este considerado como moroso, diluidor de responsabilidades, possuidor de uma quantidade excessiva de etapas, sendo algumas delas, redundantes e inúteis. Partilhando da mesma percepção, Bodstein (2009) reitera que melhorar os processos de tomada de decisão, merece ser vista, como um dos principais desafios do SUS.

Portanto, examinando a produção científica sobre o tema, e a partir daquilo que preconiza o arcabouço legal do SUS que, acredita-se que capilarizar melhor o processo decisório, fazendo com que ele seja participativo, resultante de uma comunicação lateralizada, de processos dialogais, e não da imposição do diretor sobre os sujeitos, deve ser objetivo precípuo dos gestores hospitalares do SUS.

A Figura 2, demonstrada na página a seguir, apresenta o marco teórico-conceitual deste estudo. Minayo (2014) discorrendo a respeito deste elemento integrante da pesquisa, observa que ele “estabelece o discurso argumentativo do pesquisador, apresentando os principais conceitos, categorias e noções com os quais vai trabalhar [...]” (MINAYO, 2014, p.187).

Figura 2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL



Fonte: Elaborado pela autora.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação qualitativa, integrante do projeto de pesquisa intitulado “Capacidade de gestão e o cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Acerca deste tipo de investigação, Matheus (2006, p.18) observa que “nas pesquisas qualitativas, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial do investigador”. Corroborando esta premissa, Minayo (2011) discute que

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa [...] com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2011, p. 21).

Dentre as várias abordagens da pesquisa qualitativa, deu-se preferência à técnica de estudo de caso. Para Yin (2005, p.32), “Um estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O mesmo autor ainda fortalece esta ideia afirmando que este tipo de pesquisa é preferível quando questões do tipo “como” ou “por que” são apresentadas e quando não se podem manipular comportamentos relevantes. Assim, é útil quando o pesquisador, por razões práticas ou éticas, não pode realizar estudos experimentais. As principais fontes de evidências para o estudo de caso – apesar de não serem as únicas - são a documentação, os registros em arquivos, as entrevistas, a observação direta, a observação participante e os artefatos físicos (YIN, 2005).

Sendo assim, o objeto de estudo é o modelo de gestão hospitalar na rede própria da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB), sob gestão direta. Na impossibilidade de estudar toda a rede, foram selecionadas três unidades hospitalares.

### 4.2 Lócus do estudo

Este estudo teve como *lócus* três dos maiores hospitais públicos do Estado da Bahia, com modelo de administração direta. A escolha destas unidades hospitalares deu-se devido a sua importância no cenário baiano, bem como ao fato de serem hospitais de grande porte, de alta complexidade e de caráter assistencial.



#### 4.2.1 Caracterização dos hospitais selecionados neste estudo

##### a) Hospital 1

O Hospital 1 foi inaugurado na década de 90, do século XX, atuava no segmento médico de alta complexidade, era classificado como Tipo III, pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), prestando assistência a uma demanda espontânea e referenciada pela Central de Regulação do Estado. Tratava-se de um grande hospital especializado em trauma do Estado da Bahia, com porta aberta para atendimentos de urgências e emergências. O hospital, naquele momento, possuía 302 leitos, distribuídos em especialidades médicas e mais 71 leitos de observação (pronto atendimento), na unidade de emergência (BRASIL, 2013b).

Considerado, no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Estado da Bahia, como hospital referência em serviços de cirurgia de mão, bem como na assistência a usuários com traumatismo raqui-medular, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), esta unidade realizava uma média de 260 atendimentos diários de urgência e emergência, com os seguintes serviços: neurocirurgia, cirurgia plástica, cirurgia geral, ortopediatraumatologia, bucomaxilofacial, clínica geral, cirurgia de mão, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, traumato-ortopedia, odontologia, dentre outros (BRASIL, 2016).

##### b) Hospital 2

O Hospital 2, considerado também de grande porte, de alta complexidade, terciário e de caráter assistencial. Atendia à demanda referenciada pela Central de Regulação, bem como aos usuários de demanda espontânea. Tinha a finalidade de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Prestava serviço nas seguintes áreas: emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas.

Inaugurado no final da década de 70, do século XX, era tido como um dos maiores hospitais público do estado da Bahia, com uma média de 713 leitos. Assistia, diariamente, 850 usuários no ambulatório de múltiplas especialidades, contando com três portas de entrada de emergência, que davam acesso à população, a saber: Emergência Adulto, Emergência Pediátrica e Emergência Obstétrica, tendo-se, aí implantado, o Acolhimento por classificação de risco, o que pode conferir mais celeridade no atendimento aos casos mais graves.

Segundo dados do CNES, este hospital realizava, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais, 1,3 mil internamentos, e 3500 partos anualmente. A média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto era de 560 usuários por dia (BRASIL, 2013b). Além disto, o Hospital 2 possuía um dos maiores movimentos de neurocirurgia do país, sendo referência nesta área, e nas especialidades de cirurgia bilingestiva e cirurgia vascular.

#### c) Hospital 3

O Hospital 3 foi inaugurado na década de 80, do século XX. Tratava-se de um hospital de grande porte, prestando, à população da cidade onde se localiza, e a outros tantos municípios com ele pactuados, um atendimento de alta e média complexidade, cuja demanda podia se estruturar via Central de Regulação, ou de forma espontânea (BRASIL, 2016).

Dotado de uma porta de entrada, Emergência Adulto e Emergência Obstétrica (para gestação de alto risco), esta organização hospitalar oferecia, aos seus usuários, as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopediatraumatologia, clínica geral, neonatologia, neurologia, obstetrícias clínica e cirúrgica, bucomaxilofacial, além outros serviços (BRASIL, 2016).

Com uma média de 340 leitos, esse hospital estava cadastrado no CNES como unidade auxiliar de ensino (BRASIL, 2016), constituindo-se em campo de estágio para estudantes de instituições de ensino superior e de nível técnico. Algumas Residências Médicas também estão autorizadas para este hospital.

O Hospital 03 possuía, registrados no Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde, 920 funcionários (BRASIL, 2016). Da população residente e flutuante à qual prestava atenção, estimava-se que este hospital assistia a um quantitativo de quatro milhões de usuários, com uma média de 7 mil atendimentos mensais (BAHIA, 2016).

### 4.3 Participantes da pesquisa

Foram selecionados para integrar este estudo, sobretudo, os gestores da alta direção, acerca da qual, Teixeira e colaboradores (2006) fazem a seguinte colocação: “A alta direção tem o importantíssimo papel de facilitar, propiciar e conduzir as transformações” (TEIXEIRA et., al, 2006, p. 44).

Sendo assim, tomando-se por base o objeto deste estudo, participaram desta pesquisa, de forma livre e consentida, os principais gestores das três organizações hospitalares escolhidas, e

um apoiador institucional da SESAB, integrante da Diretoria de Gestão da Rede Própria – DGRP, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 Gestores participantes da pesquisa, Bahia, Jul-Dez, 2015.

		ENTREVISTADOS				TOTAL
		Diretor Geral	Diretor Administrativo	Diretor Médico	Diretor de Enfermagem	
HOSPITAIS	HOSPITAL 1	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 2	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 3	1	1	1	1	4
SESAB	DGRP (Apoiador institucional)	—	—	—	—	1
<b>TOTAL GERAL</b>						<b>13</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 4.4 Conhecendo o estado da arte

Com vistas a conhecer o que tem sido produzido no meio científico acerca da gestão direta de organizações hospitalares, realizou-se uma busca de referências, via *internet*, em três bases de dados eletrônicas: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e MEDLINE (*National Library of Medicine*), das quais integram artigos, teses e dissertações.

Neste sentido, o levantamento do estado da arte compreendeu três etapas: a primeira envolveu a identificação dos descritores; a segunda buscou estabelecer critérios para refinar os achados, entre os quais, o período de abrangência dos estudos – pesquisas realizadas entre os anos de 2009 e 2014 – e o idioma dos periódicos (estudos publicados na língua portuguesa); e a terceira etapa constou da análise dos achados.

A coleta utilizou os seguintes descritores e suas possíveis combinações: administração hospitalar; gestão hospitalar do Sistema Único de Saúde; administração hospitalar direta; gestão hospitalar direta; gestão de hospitais públicos; modelos de gestão hospitalar; modelos de gestão

de hospitais do SUS; modelos de gestão de hospitais públicos; modelos de gestão da administração hospitalar direta; gestão hospitalar centralizada; administração hospitalar centralizada.

Os critérios para a escolha dos artigos foram: o ano de publicação – de 2009 a 2014 –, artigos, dissertações e teses publicados em periódicos nacionais, em formato completo, disponíveis *online*, e em Língua Portuguesa. Foram excluídos estudos secundários, como revisões de literatura, e também capítulos de livros e anais de congressos. Sempre que se fazia oportuno, eram utilizados os operadores booleanos (AND e OR).

Desse modo, foram encontrados quatro artigos e uma tese, que abordam a gestão hospitalar num contexto mais disperso, mas não enfatizando a administração direta. Fazendo-se um apanhado das pesquisas produzidas na última década deste século, que tenha como objeto de investigação a gestão direta de hospitais públicos, bem como outros aspectos que lhe perpassam, não se obteve como resultado nenhuma pesquisa que atendesse a este critério. Apenas uma dissertação se aproximou do objeto deste estudo, que foi a de Marques (2005). Sendo assim, é relevante um estudo que se proponha a analisar exclusivamente o modelo de gestão direta em organizações hospitalares do SUS, no cenário atual.

#### 4.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados

*“Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam a fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica.” (MINAYO, 2014, p. 189).*

A coleta de dados primários foi realizada no período de julho a dezembro de 2015. Para tanto, deu-se preferência à técnica da entrevista semiestruturada, acreditando ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos para esta pesquisa. Santana (2010) destaca que o instrumento precípua da entrevista é a palavra, através da qual revelam-se valores, códigos, símbolos, conceitos, sentimentos e condições estruturais. Após o assentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas, como auxílio de gravador eletrônico.

Sobre a entrevista semiestruturada, Minayo (2014) destaca que esta modalidade de perguntas segue um roteiro, o qual proporciona, ao pesquisador, um apoio claro na sequência das questões, facilitando a abordagem e garantindo, ao investigador, que seus pressupostos serão contemplados no diálogo. Além disso, essa modalidade de coleta de dados “difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade, nenhuma interação, para finalidade de pesquisa,

se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada.” (MINAYO, 2014, p. 267). Desta forma, a pesquisadora ficará responsável por fazer as perguntas aos gestores participantes da pesquisa.

Concomitantemente ao uso da técnica da entrevista, lançou-se mão de fontes primárias de dados, a saber: documentos, como os Relatórios de Gestão, organogramas e outros registros que se fizeram relevantes para esta fase e que deveriam estar disponíveis nas unidades, e/ou na *internet*. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi empregado como principal fonte secundária de dados.

#### 4.6 Método de análise de dados

Utilizou-se como técnica de análise de dados a Análise de Conteúdo, a qual surgiu nos Estados Unidos, no início do século XX, subsidiada pela proposta de Laurence Bardin, que objetivava, àquela época, analisar textos jornalísticos, sob uma perspectiva quantitativa. Contudo, conforme explicitam Assis e Jorge (2010), apesar de ter emergido de uma proposta iminentemente quantitativa, hodiernamente percebe-se uma incorporação de elementos qualitativos a este método, tornando possível a sua aplicação em pesquisas que atuem no campo da subjetividade dos indivíduos.

Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) destacam que a Análise de Conteúdo envolve procedimentos de pesquisa que viabilizam o relato minucioso e sistemático dos achados, justificando-se sua escolha pela necessidade de transpor as ambiguidades advindas das hipóteses e pressupostos, além de não se poder prescindir, numa pesquisa qualitativa, do desvelamento das relações que são instituídas além daquilo que se pode observar no discurso dos participantes.

Ressignificando a perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002), Triviños (1992) apresenta um ponto de vista mais ampliado acerca da leitura das unidades de registro, passando a concebê-las como integrantes de um contexto social e histórico, fato que impulsiona uma análise crítica e reflexiva sobre o que os dados empíricos representam, encadeando-os aos elementos políticos, culturais e ideológicos. A Análise de Conteúdo se constitui de três fases: 1ª fase – Pré-análise; 2ª fase – Exploração do material e 3ª fase – Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2002).

#### 4.7 Aspectos éticos

Num primeiro momento, buscou-se obter a autorização da SESAB para a realização desta pesquisa, tendo em vista o fato de que a mesma seria realizada em hospitais que compõem a sua Rede Própria. Sendo assim, enviou-se um ofício para este órgão, o qual consentiu com a pesquisa e emitiu declaração de anuência (Anexo B), documento que explicita o título de um projeto maior “*Capacidade de gestão e o cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS*”, do qual esta pesquisa é integrante. Em seguida, foi feito o cadastramento deste projeto na Plataforma Brasil, ficando sob a incumbência do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS a deliberação acerca da sua aprovação.

No dia 10 de novembro de 2014 foi publicada a aprovação desta pesquisa, pelo CEP da UEFS, na Plataforma Brasil, sob o parecer de nº 864.183 (Anexo A).

Para dar continuidade a este estudo, os gestores das organizações hospitalares e o gestor do DGRP foram, então, contatados com antecedência, a quem se prestaram todas as informações alusivas a esta pesquisa, respeitando-se os princípios éticos previstos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Tendo em vista o fato de que os participantes foram submetidos a entrevistas, estes manifestaram sua anuência com os objetivos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cuja cópia pode ser acessada no Apêndice B deste trabalho. Quanto às demais fontes primárias de dados utilizadas, estas foram, majoritariamente, documentos de livre acesso.

Em todas as fases previstas desta pesquisa foi assegurado o anonimato dos seus participantes, lançando-se mão da pseudomínia ao transcrever e divulgar as suas falas. De igual modo, salienta-se, aqui, que, em apreciação aos princípios éticos que devem embasar a pesquisa, os nomes dos hospitais onde o estudo foi realizado, não foram divulgados.

Faz-se mister destacar, também, que, após o período de cinco anos arquivado, o material que contém a gravação das entrevistas, será destruído.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo 1

#### **ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES DO SUS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA: sentidos e significados atribuídos pelos gestores**

Samantha Souza da Costa Pereira

Thereza Christina Bahia Coelho

#### **RESUMO**

Os hospitais representam as organizações mais antigas da área da saúde. A forma como se estrutura o seu trabalho, bem como as demandas advindas da sua administração, conferem, às organizações hospitalares, singular complexidade. Diante disso, torna-se viável a inferência de que a gestão hospitalar é deveras desafiadora e, igualmente, complexa. O Sistema Único de Saúde (SUS) é dotado de uma rede hospitalar conveniada e outra própria, podendo esta última ser administrada diretamente pelo Estado (Administração Direta) ou por terceiros (Administração Indireta). Apesar da existência de um arcabouço legal, que versa sobre a prática efetiva da gestão nas unidades hospitalares do SUS, a administração destas organizações tem evidenciado entraves que comprometem a fluidez dos seus serviços. Sendo assim, verifica-se que a questão da gestão praticada no âmbito dos serviços de alta complexidade se amplia. Portanto, esse artigo busca delinear o perfil sociodemográfico e compreender a percepção dos gestores acerca das organizações que administram, bem como discutir os gargalos vigentes nestas organizações. Para a obtenção dos resultados, utilizou-se a investigação qualitativa, por meio de um estudo de caso, realizado em três hospitais públicos baianos, de grande porte e sob administração direta. Participaram desse estudo os principais gestores da alta direção dos hospitais, através de entrevista semiestruturada. Foram utilizadas outras fontes primárias de dados, além de fontes secundárias também. A análise de dados deu-se à luz da Análise de Conteúdo. Todos os princípios éticos, contidos na Resolução 466/12, foram observados. Desse modo, os resultados evidenciaram que o perfil sociodemográfico dos gestores segue um padrão esperado: maioria de homens brancos, com idade média de 48 anos, médicos, com especialização em administração hospitalar e dotados de experiência pretérita. A percepção desses gestores acerca das suas unidades de gestão apontou problemas de demanda, os quais geram sobrecarga para os trabalhadores, exiguidade de leitos, superutilização e precariedade da estrutura, interferindo na assistência e no acesso dos usuários. A desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) também foi amplamente destacada pelos participantes como uma grande dificuldade organizacional. Contudo, apesar dos gargalos elencados, ficou evidente que os gestores concebem a organização que administram sob uma perspectiva assertiva e

otimista, considerando profícuo o serviço prestado por suas unidades de gestão. Destarte, este estudo possibilitou o conhecimento acerca de questões relevantes da gestão de hospitais públicos sob Administração Direta, entretanto, compreende-se ser necessária a realização de outras pesquisas que estudem essas organizações sob novas perspectivas, a fim de contribuir para que a gestão pública seja cada vez mais fortalecida, e para que o Estado assuma com competência e responsabilidade a gestão da máquina pública.

**Palavras-chave:** Administração hospitalar; Administração direta; Organização hospitalar.

## ABSTRACT

Hospitals represent the oldest institutions in healthcare. The way it structures work as well as the demands arising from its administration confer a singular complexity to hospital organizations. As such, the management of a hospital is equally challenging and complex. The United Health System (SUS) is endowed with a contracted hospital network, and another network which can be administered directly by the state (Direct Administration) or by a third party (Indirect Administration). Despite the existence of a legal framework about effective management practices in the hospitals of SUS, the administration of these organizations has faced barriers that compromise the flow of its services. Thus the question of management practices in the context of high complexity services becomes even more problematic. This article seeks to outline the sociodemographic profile and understand the perception of managers about the organizations that operate and discuss existing bottlenecks in these organizations. A qualitative investigation, through a case study, was carried out in three large public hospitals in Bahia that are under Direct Administration. The main senior managers of these hospitals participated in this study through a semi-structured interview, as did the director of the State Health Department of Bahia (SESAB). Other primary and secondary data sources were also used. Content Analysis was used for the analysis of these data. The Principles of Ethics contained in Resolution 466/12 were observed. Results showed that the sociodemographic profile of the managers fit the expected profile: the majority were White men, with an average age of 48 years, doctors, with a specialization in hospital administration and who had previous experience. These managers' perception of their management units highlighted demand problems that create a burden on workers, a shortage of beds, overuse and precariousness of structure, and that interfered with care and access for users. The disarticulation of the Healthcare Network was also widely mentioned by participants as an organizational difficulty. However, despite the challenges mentioned, it was evident that the managers operate the administration under an assertive and optimistic perspective, and feel that the service provided by their management units is useful. Thus, this study enabled new knowledge about relevant issues of public hospital management under direct administration; however, further research is necessary to study these organizations from new perspectives so that public management is further strengthened, and so that the State can assume its responsibility for the management of the public administration competently.

**Keywords:** Hospital administration; Direct administration; Hospital organizations.



## INTRODUÇÃO

A saúde subdivide-se em três dimensões distintas: *estado vital, área de saber e setor produtivo* (PAIM, 2009). Nesta última dimensão, inserem-se os hospitais, os quais representam as organizações mais antigas, dinâmicas e complexas que existem na área da saúde.

Segundo Barbosa (1996), dessa ideia de complexidade decorrem, pelo menos, duas perspectivas: a primeira diz respeito à maneira como se organiza o trabalho em ambiente hospitalar, devendo-se ponderar tanto o processo quanto o produto advindo dele; a segunda é oriunda das exigências da sua administração, que abarca a articulação dos vários atores, ações e serviços envolvidos no trabalho ali desempenhado, buscando-se, assim, alcançar resultados satisfatórios.

Os hospitais utilizam dois terços de todo o investimento do setor saúde e respondem por grande parte da produção dos serviços desempenhados neste segmento (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Essa posição central ainda ocupada pelos hospitais é uma herança do modelo de atenção biomédico e curativo e traz consigo a ideia de autossuficiência, uma vez que é a organização de saúde com maior poder acumulado, instrumento privilegiado de atuação da organização profissional médica, a exercer função modeladora e hegemônica no sistema sanitário (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Contudo, é importante destacar que as constantes reflexões acerca da finalidade do hospital no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o surgimento de novas modalidades assistenciais que preconizam a desospitalização, apontam para a necessidade de que o hospital amplie o seu olhar, deixando de perceber-se como *locus* central e exclusivo de resolutividade do sistema, passando a estruturar suas ações e serviços de acordo com a sua articulação dentro e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BARRETO; FREIRE, 2012).

Até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão, devendo estar presente no contexto social, tanto para recolhê-los, quanto para proteger a sociedade do perigo que eles representavam, conforme se observa nos textos a seguir,

Sem dúvida, existem doentes que não têm família e outros são tão pobres que vivem amontoado [...]. É necessário criar, para estes, casas comunais de doentes, que deverão funcionar como substitutos da família e fazer circular, em forma de reciprocidade, o olhar da compaixão[...] (FOUCAULT, 1994, p.43).

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna [...] (FOUCAULT, 2000, p. 59).

Hodiernamente, contudo, discute-se que os hospitais devem prestar uma assistência baseada em ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a). Nesta mudança de foco, estas organizações ocuparam uma posição de “empresas de saúde”, buscando aperfeiçoamento de suas práticas e melhorias nos seus processos de gestão (GUERRA, 2011).

Diante da constatação de que as organizações hospitalares são estruturas hipercomplexas e sobremodo, dinâmicas, torna-se possível concluir que a sua gestão é, deveras, desafiadora e, igualmente, difícil. Neste sentido, Paim (2003) destaca que a gestão em saúde pode ser interpretada como

a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003, p. 559).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma rede hospitalar conveniada e outra rede hospitalar própria, a qual é classificada de acordo com sua esfera administrativa em: 1) Federal: hospital pertencente à instância federal, cuja administração pode se dar de forma direta ou ser realizada por terceiros, sob gestão do estado ou município; 2) Estadual: instituição hospitalar que pertence ao estado, gerido de forma direta ou por terceiros, sob gestão estadual ou municipal; 3) Municipal: hospital que pertence à esfera municipal, podendo ter gestão direta ou terceirizada, a cargo do estado ou município (BRASIL, 2012a).

No que tange à população assistida, os hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) dirigem seu cuidado a usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem, dentre outras necessidades, a demanda de atenção contínua em regime de internação. Esta assistência engloba ações de alta e/ou média complexidade (BRASIL, 2007a), a qual pode se dar por meio de um Hospital Geral, o qual atua em sistema de internação nas quatro clínicas básicas, devendo, legalmente, oferecer internação nos setores de clínica médica e cirúrgica, além de outros serviços; ou por meio de um Hospital Especializado, que, dentre outras incumbências, propõe-se à assistir os clientes em regime de internação, em uma ou mais especialidades, excluindo-se, contudo, clínica médica e cirurgia geral (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde instituiu, em 30 de dezembro de 2013, a Portaria nº 3.390, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Dentre outros elementos apresentados, a Portaria preconiza que a gestão hospitalar deverá pautar-se

em princípios legais, que redundem na garantia do direito à saúde dos indivíduos sob a sua jurisdição (BRASIL, 2013a). Marin (2001) acrescenta que a administração de organizações hospitalares deve ser entendida como gestão de uma política pública, portanto, a sua formulação, execução e avaliação devem ser conduzidas institucionalmente pelo estado.

Contudo, a despeito dos pressupostos contidos na PNHOSP, que versam sobre a prática efetiva da gestão nas unidades hospitalares do SUS, a administração de hospitais públicos na atualidade tem evidenciado dificuldades que comprometem a fluidez dos serviços e o bem-estar destas organizações.

A partir destas reflexões, a questão da gestão praticada no âmbito dos serviços de alta complexidade se amplia, tendo a pesquisa que originou esse estudo se direcionado para responder às seguintes questões de investigação: qual o perfil sociodemográfico dos atuais gestores das organizações hospitalares de grande porte da SESAB, sob administração direta? Qual a percepção que esses gestores têm da organização que administram? Quais são os principais gargalos presentes nos hospitais geridos pela SESAB?

Isto posto, esse artigo tem por objetivos: delinear o perfil sociodemográfico e compreender a percepção dos gestores acerca das organizações que administram, bem como discutir os gargalos existentes nestas organizações.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma investigação qualitativa, integrante do projeto de pesquisa intitulado “Capacidade de gestão e o cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Acerca deste tipo de investigação, Matheus (2006, p.18) observa: “nas pesquisas qualitativas, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial do investigador”. Dentre as várias abordagens da pesquisa qualitativa, deu-se preferência à técnica de estudo de caso, o que para Yin (2005), trata-se de uma abordagem empírica acerca de um evento real.

Sendo assim, o objeto deste estudo é a alta direção de organizações hospitalares da rede própria da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB), sob gestão direta. Foram selecionados três hospitais na modalidade jurídica da administração direta, considerando-se a sua importância no cenário baiano, bem como por se tratarem de hospitais de grande porte e alta complexidade. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e tendo obtido o

consentimento institucional, passou-se à fase de coleta de dados, a qual ocorreu entre julho e dezembro de 2015.

Em todas as fases previstas desta pesquisa, foi assegurado o anonimato dos seus participantes, lançando-se mão da pseudomínia ao transcrever e divulgar as suas falas. De igual modo, os nomes dos hospitais onde o estudo foi realizado, não foram aqui divulgados. Sendo assim, utilizaram-se os seguintes códigos para as organizações hospitalares pesquisadas: Hospital 1 (H1), Hospital 2 (H2), Hospital 3 (H3).

**Hospital 1 (H1):** Inaugurado na década de 90, do século XX, esse hospital atuava na alta complexidade e estava classificado como Tipo III, pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), assistindo a uma demanda espontânea, bem como àquela referenciada pela Central de Regulação do Estado. No momento da coleta, era o maior hospital especializado em trauma do Estado da Bahia, possuindo porta aberta para atendimentos de urgências e emergências. Contava com 302 leitos, distribuídos em especialidades médicas e mais 71 leitos de observação (pronto atendimento), na unidade de emergência (BRASIL, 2013b).

O referido hospital podia ser acessado, pelos usuários do SUS, por duas portas de entrada, a Emergência Adulto e a Emergência Pediátrica, sendo considerado, no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), do Estado da Bahia, como hospital referência em serviços de cirurgia de mão, bem como na assistência a usuários com traumatismo raqui-medular. Realizava, em média, 260 atendimentos diários de urgência e emergência, com os seguintes serviços: neurocirurgia, cirurgia plástica, cirurgia geral, ortopediatraumatologia, bucomaxilofacial, clínica geral, cirurgia de mão, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, traumatologia, odontologia, dentre outros (BRASIL, 2016).

**Hospital 2 (H2):** Tratava-se de um hospital de grande porte, de alta complexidade, terciário, de caráter assistencial e de ensino. Atendia a uma demanda referenciada pela Central de Regulação, bem como a usuários que buscam acesso pela demanda espontânea. Prestava serviço nas seguintes áreas: emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas.

Inaugurado no final da década de 70, do século XX, possuía 713 leitos, e atendia, diariamente, uma média de 850 usuários no ambulatório de múltiplas especialidades, contando com três portas de entrada de emergência, que davam acesso à população, a saber: Emergência Adulto, Emergência Pediátrica e Emergência Obstétrica. Este hospital realizava, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos, e 3500 partos

anualmente. A média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto era de 560 usuários por dia (BRASIL, 2013b). Além disto, o Hospital 02 possuía um dos maiores movimentos de neurocirurgia do país, sendo referência nesta área, e nas especialidades de cirurgia bilidigestiva e cirurgia vascular.

**Hospital 3 (H3):** Inaugurado na década de 80, do século XX, tratava-se de um Hospital de grande porte, referência não apenas à população da cidade onde se localiza, mas aos demais municípios da circunvizinhança, com ele pactuados. Prestava atendimento de alta e média complexidade, cuja demanda podia estruturar-se via Central de Regulação, ou de forma espontânea (BRASIL, 2016). Dotado de duas portas de entrada, Emergência Adulto e Emergência Obstétrica (para gestação de alto risco). Essa organização hospitalar oferecia aos seus usuários as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopediatraumatologia, clínica geral, neonatologia, neurologia, obstetrícias clínica e cirúrgica, bucomaxilofacial, além outros serviços (BRASIL, 2016).

Com uma média de 340 leitos, o Hospital 3 estava cadastrado no CNES como unidade auxiliar de ensino (BRASIL, 2016), e possuía, registrados no CNES, 920 funcionários (BRASIL, 2016). Da população residente e flutuante à qual prestava atenção, estimava-se que este hospital assistia a um quantitativo de quatro milhões de usuários, com uma média de 07 mil atendimentos mensais (BAHIA, 2016b).

Participaram desta pesquisa, de forma livre e consentida, os principais gestores de três organizações hospitalares, e um apoiador institucional da SESAB, integrante da Diretoria de Gestão da Rede Própria – DGRP, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 Gestores participantes da pesquisa, Bahia, Jul-Dez, 2015.

		ENTREVISTADOS				TOTAL
		Diretor Geral	Diretor Administrativo	Diretor Médico	Diretor de Enfermagem	
HOSPITAIS	HOSPITAL 1	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 2	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 3	1	1	1	1	4
SESAB	DGRP (Apoiador institucional)	—	—	—	—	1
<b>TOTAL GERAL</b>						<b>13</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Para identificar os participantes desta pesquisa, utilizaram-se as seguintes codificações: Entrevistado 1 (E1), Entrevistado 2 (E2), Entrevistado 3 (E3), Entrevistado 4 (E4), Entrevistado 5 (E5), Entrevistado 6 (E6), Entrevistado 7 (E7), Entrevista 8 (E8), Entrevistado 9 (E9), Entrevistado 10 (E10), Entrevistado 11 (E11), Entrevistado 12 (E12).

Após realizar um levantamento acerca da produção científica que versa sobre esse objeto de estudo, passou-se à coleta de dados primários, a qual foi feita entre julho e dezembro de 2015. Para tanto, deu-se preferência à técnica da entrevista semiestruturada, acreditando ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos para esta pesquisa. Neste sentido, segundo Santana (2010) o instrumento precípua da entrevista é a palavra, através da qual revelam-se valores, códigos, símbolos, conceitos, sentimentos e condições estruturais. Após o assentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas, como auxílio de gravador eletrônico.

Concomitantemente ao uso da técnica da entrevista, utilizaram-se fontes primárias de dados, a saber: organogramas dos hospitais, Relatórios Anuais de Gestão (SESAB), e outros registros e documentos que se fizeram relevantes para esta fase da pesquisa, os quais são de domínio público. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi empregado como principal fonte secundária de dados.

Para analisar os dados utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Conforme explicitam Assis e Jorge (2010), apesar de ter emergido de uma proposta iminentemente quantitativa, hodiernamente percebe-se uma incorporação de elementos qualitativos a este método, tornando possível a sua aplicação em pesquisas que atuem no campo da subjetividade dos indivíduos.

Triviños (1992) ressignifica a perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002), e apresenta um ponto de vista mais ampliado acerca da leitura das unidades de registro, o que impulsiona uma análise crítica e reflexiva sobre o que os dados empíricos representam. Nesta etapa, três fases foram contempladas: 1ª – Pré-análise; 2ª – Exploração do material e 3ª – Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2002).

Esta pesquisa foi devidamente aprovada pelo CEP da UEFS, na Plataforma Brasil, sob o parecer de nº 864.183. Os gestores participantes receberam todas as informações pertinentes, respeitando-se os princípios éticos, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Antes de iniciar a entrevista, os gestores tiveram a oportunidade de manifestar sua anuência com os objetivos da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual fora lido e assinado por eles.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este estudo apresenta os resultados sobre o perfil dos gestores e sua percepção sobre a organização hospitalar sob seus cuidados.

#### Características sociodemográficas dos gestores hospitalares

O delineamento do perfil sociodemográfico dos gestores tornou-se possível por meio da entrevista realizada com cada um deles, uma vez que o instrumento utilizado para a obtenção destes dados continha, em sua seção inicial, perguntas relacionadas a este aspecto.

- a) Gestão hospitalar como função da maturidade, com predominância do sexo masculino e da cor branca

Tabela 1: Idade, sexo e cor dos gestores, Bahia, Jul-Dez, 2015.

Gestores	Idade				Sexo			Cor		Total
	H1	H2	H3	Média	Masculino (M)	Feminino (F)	Branca / parda	Preta		
Diretores gerais	58	52	62	57	3	0	3	3	0	3
Diretores administrativos	42	36	50	43	1	2	3	3	0	3
Diretores médicos	37	46	70	51	2	1	3	2	1	3
Diretores de Enfermagem	64	32	32	43	1	2	3	3	0	3
Médias e Totais	50	42	54	48	7	5	12	11	1	12

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A partir da análise da Tabela 1, observou-se que, no que tange à faixa etária dos gestores entrevistados, todos eles tinham idade superior a 30 anos. Os diretores gerais possuíam a maior média de idade (57 anos), enquanto os diretores administrativos e de Enfermagem eram, em média, os mais jovens (43 anos). Os gestores mais novos tinham, ambos, 32 anos, e o mais velho tinha 70 anos de idade. O H3 possuía a média de gestores com maior idade, contrapondo-se ao H2, que tinha uma equipe de diretores mais jovens. A média geral de idade apresentada pelos gestores foi de 48 anos.

É possível depreender, observando-se esta mesma tabela, que havia uma predominância do sexo masculino entre os gestores que ocupavam os cargos da alta direção nos hospitais estudados. Todos os diretores gerais eram do sexo masculino; os diretores administrativos e de Enfermagem eram, majoritariamente, mulheres, e o setor da Diretoria Médica era mais ocupado por homens do que por mulheres, no contexto das três organizações hospitalares estudadas. Os

Hospitais 1 e 2 possuíam mais gestores do sexo masculino na alta direção, ao passo que o Hospital 3 apresentava equilíbrio neste aspecto, havendo dois gestores do sexo masculino e dois gestores do sexo feminino.

A interpretação destes dados corrobora as informações apresentadas por Pastore, Rosa e Homem (2008) que, após realizarem estudo num hospital público, constataram que existiam marcantes assimetrias e desigualdades de gênero naquele contexto, sendo os cargos de alta gestão ocupados integralmente por homens, ao passo que as mulheres, quando gestoras, exerciam a chefia de setores. Esta premissa é reiterada por Oba e colaboradores (2012), que comprovaram, através de sua pesquisa, que as mulheres encontravam maiores dificuldades para ocupar os cargos de gestão, bem como por Amaral (2015) que considerou, após investigação realizada em doze hospitais, que a administração hospitalar continuava sendo praticada por homens, e de meia-idade.

Mesmo num ambiente onde a maioria dos trabalhadores é do sexo feminino, como no caso do hospital estudado por Pastore, Rosa e Homem (2008), ficou evidente, para as autoras, que as heranças de uma sociedade patriarcal ainda realçavam a predominância do homem sobre a mulher na área da saúde. As mulheres são vítimas de uma tradição sociológica que as subordinam ao gênero masculino (OBA et al., 2012). Este constructo social resulta, também, da ideia sexista e excludente de supremacia intelectual masculina em relação ao gênero feminino.

Neste estudo, o quesito “cor da pele” não foi autorreferida pelos participantes, mas observada pela pesquisadora. Neste sentido, a Tabela 1 explicita que há apenas um gestor da cor preta. A cor da pele predominante entre os gestores é branca ou parda. Cabe ressaltar, também, que o gestor negro não ocupava o cargo de Diretor Geral, embora existam registros de médicos negros que já ocuparam este cargo, a despeito da menor representação dessa raça-cor nesta categoria. Neste sentido, para Castro e Acevedo (2014), embora as pessoas brancas, na sociedade brasileira, representem pouco mais de 30% da população total, e menos de 20% na Bahia, esse grupo monopoliza o poder econômico, o que o coloca em posições de maior prestígio no mercado de trabalho.

Sorj (2006), em seu livro “A nova sociedade brasileira”, traz discussões acerca do componente racial como elemento fortalecedor das desigualdades sociais existentes no Brasil. Para este autor, os negros brasileiros, estão concentrados nos segmentos sociais mais desfavorecidos, sendo, deste modo, discriminados no mercado de trabalho, tanto no que diz respeito ao acesso ao emprego, quanto à sua remuneração.

Esta premissa é fortalecida por Santos (2015), que afirma:



A desigualdade de inserção no mercado de trabalho entre negros e brancos está, portanto, relacionada à desigualdade de origem social e de oportunidades de acesso à educação formal, em um primeiro momento. No mercado de trabalho, posteriormente, os negros são discriminados com base em critérios que envolvem competência, habilidade, escolaridade formal, aparência, todos eles vinculados ideologicamente à cor (SANTOS, 2015, p. 137).

Complementando seu argumento, Santos (2015) afirma que a discriminação é um aspecto limitante da ascensão social dos negros, fato que pode ser constatado em vários estudos por ele elencados. Pondera-se, a partir destas considerações, que a posição ocupada pelos negros, nos espaços laborais, possui relação intrínseca com estigmas raciais preconceituosos, os quais são historicamente sustentados e difundidos. Essa postura racista da sociedade brasileira pode favorecer a redução, de forma expressiva, do quantitativo de trabalhadores negros em espaços de poder e privilégio.

Para além das considerações ora propostas, e sem o desejo de estigmatizar as três organizações hospitalares estudadas, dado o fato de que eles representam apenas 7,7% do universo de 39 hospitais sob gestão direta existentes na Bahia (BAHIA, 2016b), faz-se importante suscitar reflexões acerca de práticas racistas que porventura estejam presentes nas estruturas estatais, caracterizando, assim, o racismo institucional. Nesta perspectiva, López (2012) discute que esta modalidade discriminatória age difusamente na rotina das organizações, as quais distribuem de forma seletiva e desigual os seus serviços, benefícios e oportunidades, privilegiando, deste feito, determinados grupos étnicorraciais, em detrimento de outros.

b) Gestão hospitalar praticada em tempo integral, com prevalência de gestores estatutários

Tabela 2 Vínculo trabalhista e carga horária dos gestores, Bahia, Jul-Dez, 2015.

Gestores	Tipos de vínculos				Carga horária		Total
	Estatutários	Cargos comissionados	Concursados em outras esferas	Total	30h	40h	
Diretor Geral	2	0	1	3	0	3	3
Diretor Administrativo	0	3	0	3	0	3	3
Diretor de Enfermagem	2	1	0	3	1	2	3
Diretor Médico	1	1	1	3	0	3	3
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

A Tabela 2 indica que há uma superioridade na quantidade de gestores estatutários, em relação àqueles que atuam em cargos comissionados, principalmente quando se considera o fato de que os gestores que foram cedidos ao Estado também possuem carreira pública estável. Rosso e colaboradores (2013) argumentam que a presença de estatutários ocupando cargos de gestão demonstra uma relação de solidez e empenho dos gestores para com o ofício praticado.

A interpretação da Tabela 2 permite, também, a inferência de que a maioria dos gestores parece executar suas funções laborais no hospital, basicamente, em regime de dedicação exclusiva, considerando-se o fato de que, muitos deles referiram que, na prática, extrapolam as 40 horas contratualizadas. Apenas um gestor trabalha 30 horas semanais.

- c) Gestão hospitalar exercida hegemonicamente por médicos, especialistas e dotados de experiência prévia

Tabela 3 Formação, qualificação e tempo de experiência dos gestores, Bahia, Jul-Dez, 2015.

Subáreas de conhecimento	Frequência	Pós-graduação	Frequência	Tempo de experiência na gestão	Frequência
Medicina	5	Especialização específica na área da gestão hospitalar	8	Até 1 ano	2
Enfermagem	3	Especialização em outra área de gestão	1	De 1 a 5 anos	2
Administração	2	Especialização na área da gestão em andamento	1	De 5 a 10 anos	1
Odontologia	1	Mestrado	1	De 10 a 15 anos	6
Pedagogia	1	Pós-doutorado	1	Acima de 15 anos	1
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>Total</b>	<b>12</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

A apreciação dos dados contidos na Tabela 3 aponta para o predomínio de médicos (41,7%) ocupando cargos de gestão nos hospitais estudados, seguidos de profissionais enfermeiros (25%). Aqui cabe destaque para as informações contidas no CNES: nos três hospitais estudados havia, no total, 4.856 funcionários. Destes, 1.734 (36%) eram profissionais médicos e 680 (14%) eram enfermeiros (BRASIL, 2016). Estes números podem justificar a prevalência de médicos ocupando cargos da alta direção, haja vista a quantidade majoritária destes profissionais na ambiência das organizações pesquisadas.

Além disto, a estatística supracitada no parágrafo anterior pode reiterar a premissa apresentada por Seixas e Melo (2004), ao discutirem que no Brasil a maioria dos dirigentes hospitalares são médicos e enfermeiros preparados para desempenhar tarefas técnicas, de atenção direta ao paciente, e que, por isso, precisam buscar profissionalização na área da

administração, pois, de outro modo, o hospital perderia um bom técnico e deixaria de ganhar um bom gestor.

No que tange à pós-graduação dos gestores, a Tabela 3 evidencia que todos eles têm nível superior, e que 8 dos gestores possuem a qualificação específica na área da gestão ou administração hospitalar. Um gestor está cursando a Especialização em Gestão Hospitalar, e os outros três entrevistados que não têm especialização na área da administração hospitalar, possuem qualificação profissional em outros segmentos da saúde ou da administração.

Em seu estudo, Rosso e colaboradores (2013) argumentam que a qualificação dos gestores hospitalares deve ser contemplada pelo Estado, por um Plano de Cargo, Carreiras e Salários (PCCS), o qual deve abarcar um projeto sistematizado e efetivo de Educação Permanente, uma vez que esta se constitui numa estratégia de gestão.

Os dados da Tabela 3 também atestam que metade dos entrevistados possuía ampla experiência na gestão, estando nesta área há, pelo menos, 10 anos. O tempo de atuação na atividade administrativa pode significar uma maior qualidade do trabalho desenvolvido, pois, conforme apontam estudos de Costa e Fossati (2015), bem como de Rothbarth, Wolff e Peres (2009), a experiência do profissional é fundamental para a qualificação da gestão, sendo, a prática do gestor, uma forma de aperfeiçoá-lo para o desempenho de suas funções. Amaral (2015) fortalece esta ideia ao ponderar que, no tocante ao exercício da gestão, as experiências pretéritas e a instrução acadêmica são equivalentes e igualmente relevantes.

### Percepção dos gestores sobre a organização hospitalar

Com vistas a compreender a percepção dos gestores acerca dos hospitais aonde atuam, e, também, a maneira como eles retratam estas organizações, o instrumento de coleta desta pesquisa trazia, *a priori*, o seguinte questionamento: “Como o senhor descreve este hospital?”. A partir das respostas foi possível compreender os pontos de vista e impressões dos participantes, os quais são discutidos nas sessões seguintes.

#### a) “O maior hospital!”

De forma consensual, a maioria dos gestores apresentou a percepção de que o hospital que está sob a sua administração é o maior do contexto em que se insere, além de reputá-lo

como o mais relevante na prestação dos serviços para os quais é referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS). As falas a seguir confirmam isto:

[...] O maior hospital de trauma do Estado (E1H1).

[...] O maior hospital público da região (E2H1).

Este hospital é, talvez, o maior hospital público dessa região (E5H2).

[...] É um hospital que é considerado o maior hospital público da região (E6H2).

[...] É um hospital muito importante para esta cidade (E10H3).

[...] É um hospital, da região, talvez o mais útil (E11H3).

As falas supracitadas remetem à ideia de que os gestores podem estar superestimando as organizações hospitalares que administram, em detrimento dos demais hospitais da RAS, bem como da sua importância para SUS. Observa-se que as respostas concedidas tendem a reverberar o discurso e a concepção que fazem a própria historicidade do hospital e que estão, deste modo, entranhados em sua cultura.

Nesse sentido, ao debater cultura organizacional, a qual pode ser compreendida pelos valores e pressupostos basilares, que, dentre outras funções, constrói a identidade organizacional (FLEURY; FISCHER, 1989). Fleury (1989) traz a ideia de que, em organizações estatais, como resultante do caminho trilhado, alguns diretores acabam por apropriar-se de uma identidade mítica, e conferem suas perspectivas pessoais às organizações.

Percebe-se, portanto, que, ao descrever os hospitais subordinados à sua gestão, os participantes desta pesquisa o fazem a partir da percepção que eles carregam consigo acerca dessas organizações, fato que, de acordo com Fleury (1989), é resultado da efetividade do processo de comunicação, pois este atua como cristalizador do universo simbólico de uma organização.

b) Um hospital que “*atende tudo, e não nega nada*”: o “peso” da credibilidade social

A comunicação como um dos elementos perpetuadores e transmissores da cultura organizacional transversaliza, inclusive, as relações entre a organização e a comunidade usuária dos seus serviços, ao passo que uma pessoa/geração transfere para a outra, por meio da comunicação oral, a sua percepção a respeito daquela organização, atribuindo-lhe os sentidos apreendidos por meio de experiências vividas, sejam suas próprias ou de outrem.

O rádio, a televisão, a *internet* e outros meios de comunicação também funcionam como efetivos propagadores da cultura organizacional, uma vez que estes veículos de expressão difundem, por vezes, as concepções da comunidade sobre as organizações, e como num ciclo, a comunidade reproduz a percepção difundida pelas mídias. Como os três hospitais são organizações antigas e deveras conhecidas pela população baiana há, de modo geral, uma consonância no discurso dos usuários dos seus serviços, que, ao se referirem a qualquer dessas unidades hospitalares, destacam: “Pode levar para o Hospital ‘Tal’, porque lá atende tudo!”.

Para além dessas questões ora aventadas, essa postura da comunidade transparece o pensamento do modelo hospitalocêntrico, ainda hegemônico, cujo fundamento ancora-se no pressuposto de que o hospital é o ambiente para o qual os doentes devem ir, pois ele resolve todos os problemas de saúde. O hospital é aquele que oferece resolutividade. A fala de E4H1 evidencia isto:

[...] Tem a cultura, também, porque o paciente que *vai na* Rede Básica, o médico atende, pede vários exames, os exames não são realizados dentro daquele lugar, ele vai ter que se deslocar para outro lugar para fazer exame, pegar o resultado, levar no médico, e aí ele vem para onde? Para a Emergência! Na Emergência ele faz todos os exames, e já sai daqui com todos os exames (E4H1).

Os gestores também destacam este traço cultural, ao expressarem em suas falas:

[...] Estamos já para implantar o Acolhimento por classificação de risco, e, *a gente* sabe, e tem conversado no nível central que isso vai ter um embate muito significativo na sociedade, pelo tempo do uso e costume do hospital, que é aquele hospital que atende tudo, que não nega nada [...]. A nossa filosofia sempre foi, na verdade, atender (E1H1).

Então, ele é muito efetivo, porque ele atende ao Estado da Bahia e ele sempre está muito cheio, superlotado, exatamente porque todos que chegam nessa porta são atendidos [...] (E6H2).

[...] É um hospital que atende a todos (E10H3).

A questão da resolutividade, portanto, torna-se compreensível quando se leva em consideração as barreiras de acesso ao sistema relacionados à realização de procedimentos, problema que constrange e limita o cuidado na Atenção Primária, mas que também existe em hospitais municipais de menor porte com estruturas frágeis e carentes.

Contudo, ser reconhecido pela sociedade como o “hospital que atende tudo e não nega nada”, e resolve os problemas de quem requisita seus serviços – reflexo do prestígio social e da cultura organizacional – tem acarretado, conforme afirmam dois diretores do H1, sérias dificuldades para o hospital, tendo em vista que a capacidade instalada está sempre aquém da

demanda que busca atendimento em suas instalações. Para um dos diretores, a denominação “Hospital Geral” é uma distorção frente ao atual perfil que o hospital adquiriu na RAS, além de redundar em superlotação e baixa resolutividade, conforme se observa em sua fala:

Para *a gente*, especificamente, foi designado um perfil da Rede, que é o perfil de trauma, só que o hospital é um hospital de porta aberta, o próprio nome diz: Hospital Geral. Vem de tudo para o hospital. Então hoje *a gente* foi estruturado para resolver muito bem a questão do trauma, mas, o que foge ao trauma, que *a gente* precisa transferir, tirar daqui, porque *a gente* não tem resolutividade, *a gente* tem muita dificuldade, pela ausência de leitos, pela escassez de leitos para esse tipo de paciente. Para o nosso perfil, as estruturas física e organizacional são boas. *A gente* tem resolutividade para o trauma [...] (E3H1).

Outro gestor, que também integra a equipe de diretores do H1, compartilha da mesma ideia do E3. Ele faz a seguinte colocação:

Então, o hospital sofre muito com essa palavra “hospital geral”, porque isso remonta ao antigo hospital [...]. Este hospital tem 25 anos de criado, [...] há 25 anos *atrás* era o único hospital público. [...] E naquela época, este hospital atendia tudo, e isso criou uma imagem perante a população do estado, que hoje para *a gente* é muito ruim, porque nós atendemos pacientes hoje que poderiam ser atendidos em qualquer outra unidade, em qualquer posto de saúde, e, no entanto, o hospital carrega esse peso dessa credibilidade [...]. Se nós fazemos um bom trabalho, talvez nós poderíamos fazer um trabalho melhor ainda se nós deixássemos de atender essa parcela da população que procura o hospital com coisas mais simples (E1H1).

Ficou perceptível, na fala do E1, que a credibilidade social, ou seja, o fato de ser reconhecido como o hospital que “não nega atendimento”, tornou-se um “peso” para a organização, uma vez que a população do seu distrito sanitário, mesmo diante de problemas para os quais outros pontos de menor complexidade da RAS apresentam resolutividade, prefere dirigir-se ao H1, o que ocasiona superlotação, ocupação, por pacientes clínicos, dos leitos que deveriam ser ocupados por vítimas de traumas, além de comprometer a qualidade da assistência.

E, para demonstrar o seu desejo de que o H1 assuma, na prática, o perfil para o qual está designado na RAS, o E1 afirma: “Então, me incomoda hoje esse nome ‘hospital geral’. Um dia ainda irei ver ‘Hospital de Trauma do Estado da Bahia’” (E1H1), e complementa em seguida: “[...] Que é o nosso pensamento, *a nossa briga*, a mudança simbólica do nome de ‘hospital geral.’” (E1H1).

Entretanto, diante do que foi exposto, pode-se depreender que, para alcançar o objetivo de tornar-se uma unidade hospitalar cuja assistência direcione-se, essencialmente, às vítimas de trauma, migrando do *status* de “Hospital Geral”, cujo foco está voltado a ofertar especialidades básicas, por meio de médicos especialistas (BRASIL, 2016), para “Hospital Especializado”, o qual presta atendimento especializado em uma única área (BRASIL, 2016), mais do que uma

mudança de nomenclatura, seria necessário que houvesse uma mudança cultural na organização.

Dentro deste contexto, ao abordar a possibilidade de transformação da cultura organizacional, Fleury (1989, p. 10) estabelece que “a questão se torna bem mais complexa quando a proposta é de mudança de padrões culturais, pois, nestes casos, as resistências dos vários segmentos da organização são significativas.”. Por outro lado, Kisil (1998) complementa afirmando que quanto mais antiga é uma organização, tanto mais firme será a sua cultura, tornando longo e árduo seu processo de mudança.

Pode-se pressupor, de igual modo, que para o H1 assumir o perfil de “hospital referência” (apenas) para trauma, é premente a necessidade de que haja uma transformação, também, da sua representação no imaginário popular, que desde a sua fundação o reputa como o “hospital que atende e resolve tudo”.

c) Uma cidade grande, sempre de portas abertas!

As falas dos gestores convergiram em torno da concepção de que os hospitais por eles administrados são organizações que mantêm sempre, e a despeito de tudo, de todas as dificuldades, as suas portas abertas. Mesmo apresentando déficit de leitos, de pessoal e diante de uma infraestrutura precária – dificuldades mencionadas por quase todos os entrevistados – os gestores foram consonantes quanto à premissa de não negar atendimento a quem quer que seja, de não “fechar as portas do hospital”, conforme se verifica nas falas a seguir:

[...] É um hospital completamente de **porta aberta!** (E1H1).

[...] É um hospital público, de **portas abertas**, que atende toda a comunidade do Estado da Bahia [...]. Essa é a principal meta do hospital, é deixar sempre as **portas abertas** (E2H1).

Eu descrevo este hospital sempre como uma “cidade grande”. É um hospital que [...] é **porta aberta**. Então, nós não fechamos a porta em momento algum para atendimento. Essa **porta é aberta 24h** [...] (E6H2).

[...] Um hospital geral, que tem três portas de entrada de emergência, o que acaba tornando ele um hospital um tanto mais complexo do que outros que têm a porta referenciada, a gente tem uma **porta aberta** [...] (E8H2).

Sabendo-se que os três hospitais estudados integram a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS, percebe-se que a fala dos gestores está alinhada ao que preconiza o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), ao considerar que:

Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc. (BRASIL, 2013c, p. 45).

Logo, tem-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, a assistência nessas unidades hospitalares deve ser contínua, estendendo-se a quaisquer que sejam as demandas (espontânea ou referenciada), e sua porta há que possibilitar, de fato, o acesso da população aos seus serviços e ações de saúde. Para tanto, essa porta precisa estar sempre aberta.

d) “Uma porta grande de entrada, e um funil de saída!”

Contudo, apesar de manterem a porta de entrada do hospital que administram sempre aberta, conforme preconiza a Lei, muitos gestores sinalizaram, em suas respostas, as dificuldades que encontravam, no que tange à contrarreferência daqueles usuários que acessaram o hospital via Central de Regulação, para outros pontos da RAS, bem como de referenciar, para outros serviços de saúde, os usuários que acessam o hospital por demanda espontânea, a fim de que dessem continuidade ao seu tratamento. Ou seja, a movimentação do paciente dentro da RAS, quando esta é necessária, ainda se dá mediante muitos impasses. Cabe destaque para a metáfora utilizada pelo E4, do H1, que afirma:

[...] *A gente* tem uma **porta grande de entrada e um funil de saída**, e a ponta fina da saída! Porque para o paciente sair de alta, se termina o processo aqui no Hospital, por exemplo: é uma fratura ou é um problema de trauma e termina aqui, muito bem, saiu daqui “*ok*”. Mas se ele depende de uma continuidade, e *a gente* não tem com o encaminhar, por exemplo, os pacientes crônicos e os paciente sequelados, principalmente os pacientes de politrauma, ou de traumatismo raquimedular, ou pacientes de traumatismo craniano, que ficam sequelados, e que, necessariamente, não poderão ir para casa, a princípio, eles teriam que passar por um outro hospital, de menor complexidade, para que depois tivessem alta. *A gente* não tem esse trabalho, então *a gente* ainda tem um tempo de permanência muito elevado, *a gente* tem fragilidades na Rede, como um todo [...] (E4H1).

De acordo com a fala de E4, quando o H1 consegue sanar por completo o problema de saúde que o usuário apresenta, este recebe alta e a situação poderá ser considerada como resolvida. Contudo, se houver necessidade de referenciá-lo a outro ponto da RAS, seja para a continuidade de seu tratamento ou para dispor de quaisquer que sejam as ações de reabilitação, um grande entrave se forma, uma vez que o hospital continua atuando isoladamente, dada a desarticulação da RAS.

Eu acho que um dos problemas maiores da saúde, no Estado da Bahia, é a falta de sistematização e alinhamento, porque **o hospital ainda continua sendo um serviço**



**isolado.** O paciente chega ao hospital, de qualquer lugar que ele venha, ele não tem referência, ele é atendido no hospital e depois que ele é atendido, *a gente* não tem para onde demandar. *A gente* não tem um sistema de saúde, não tem um PSF [Programa de Saúde da Família], *a gente* não tem Rede Básica e *a gente* não tem uma Unidade de Pronto Atendimento que seria a referência para o hospital [...] (E4H1).

A fragilidade da RAS e o “funil” na saída do hospital, ou seja, a dificuldade de dar encaminhamento aos usuários que precisam prosseguir com a terapêutica, também são salientados por outros gestores, que assinalam:

Então, a grande dificuldade nossa é o funcionamento em Rede, e é a questão da referência e contrarreferência. Essa é a grande questão, a questão do acesso e movimentação desse paciente na Rede [...]. [...] Depende de pactuações com a Rede de assistência, e essa pactuação ainda é frágil. [...] O que *a gente* precisa, basicamente, é posicionar este hospital dentro dessa Rede. O que é que cabe de fato a este hospital? O que ele vai fazer, articulado, em Rede, com outros serviços? Então, essa pactuação ainda é frágil, ela é construída, às vezes, com mecanismos informais, e *a gente* está caminhando nesse sentido (E7H2).

[...] *A gente* tem uma Rede de Atenção deficitária, então termina sobrecarregando o hospital [...]. A falta de ligação dessa Rede, eu acredito que seja um problema para poder fazer uma gestão melhor nesse hospital (E12H3).

O protagonismo do hospital no SUS – evidenciado pelos gestores – aponta para o predomínio do modelo de atenção curativista e hospitalocêntrico, a despeito da adoção, por parte do Ministério da Saúde, de programas e estratégias que visam fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com vistas a realçar a distinção dos hospitais em relação aos demais serviços da RAS, o entrevistado 4 enfatiza: “[...] Eu não imagino este hospital fechado, o que seria da rede pública?” (E4H2).

Esta realidade destoa do que está preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, que prevê que a Atenção Primária deve constituir-se como a preferencial e principal porta de entrada do sistema, ao passo que seja, também, o eixo de comunicação com toda a RAS (BRASIL, 2012c).

#### Organização hospitalar: debates sobre os gargalos existentes

Sabendo-se que os hospitais são estruturas organizacionais complexas, com uma multiplicidade de profissionais, além de se constituir num ambiente de formação de trabalho, aonde atua mão de obra específica e especializada (SOUZA, et al., 2009), objetivou-se discutir

os gargalos centrais destas organizações, identificados pelos gestores da alta direção dos hospitais estudados.

a) Demanda não programada *versus* capacidade instalada: “matando alguns leões por dia”

Por “demanda”, Olivati e colaboradores (2010) entendem tratar-se de uma solicitação patente, a qual explicita o conjunto de necessidades do usuário. Ainda para os autores, a demanda pode ser contemplada com consultas, acesso a exames, uso de medicamentos e realização de procedimentos. Propondo uma análise mais discursiva do termo, Spink (2007, p. 27) apresenta que “a demanda é uma mescla de direitos, necessidades e desejos, que assumem conotações distintas, de acordo com o processo específico de interanimação dialógica.”

Os três hospitais que se constituem *lócus* deste estudo integram a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do SUS, e sobre os serviços que compõem esta Rede, O’Dwyer, Oliveira e Seta (2009) referem que os pontos de atenção trabalham com uma demanda acima de sua capacidade máxima, e exibem uma taxa de ocupação de 100% dos seus leitos. Essa demanda excessiva resulta, dentre outros aspectos, em excesso de tarefas a serem desempenhadas e, por conseguinte, na sobrecarga dos trabalhadores, com consequente déficit na qualidade da assistência. Corroborando esta premissa, os gestores de dois hospitais pesquisados tiveram falas convergentes ao identificar a demanda excessiva como um dos maiores – quiçá o maior – complicadores presentes na organização hospitalar, refletindo nas dimensões física e de organização do trabalho, bem como no acesso dos usuários e nos resultados finais apresentados pela organização.

Ademais, de acordo com Pires e colaboradores (2010), a procura excessiva por determinado serviço de saúde, acima da sua capacidade de resposta, pode resultar em baixa eficiência e resolubilidade do sistema de saúde, sendo este, um aspecto partilhado pelas metrópoles. A localização dos hospitais investigados está situada, exatamente, em metrópoles baianas.

Para evidenciar a dimensão do quantitativo excessivo de usuários que assistem, cotidianamente, os entrevistados 2 e 6, de hospitais distintos, utilizam, coincidentemente, a mesma alegoria para indicar que ser capaz de realizar todos esses atendimentos, na maioria das vezes, a contento do esperado, corresponde a “matar leões diariamente”:

[...] Os principais gargalos é *você* ter todos os dias uma demanda maior do que sua capacidade instalada. Então, como se diz por aí, existe aquele termo que diz que você ‘mata um leão por dia’, neste hospital *a gente* brinca que *a gente* ‘mata dois leões

**por dia’, no mínimo**, porque *a gente* tem que atender, *a gente* não tem nenhum tipo de barreira no sentido de fechar ou de impedir determinado acesso, porque é um hospital público, de portas abertas (E2H1).

[...] É um hospital que é considerado o maior hospital público da região, porta aberta, de alta complexidade e tem um volume de atendimento muito grande, é um hospital intenso, né? Você **‘mata alguns leões por dia’**, e assim é este hospital (E6H2).

Outros gestores citaram a questão do excesso da demanda enquanto um entrave à *performance* hospitalar:

[...] É um desafio lidar com a demanda, que *a gente* muitas vezes não prevê [...] Um hospital de portas abertas, [...] que está sujeito a demandas externas imprevisíveis [...] (E2H1).

Isso é um problema, acredito que das Emergências de todo o país, nós trabalhamos num contingente que *a gente* está sempre com a demanda acima da nossa capacidade instalada (E4H1).

É um hospital da rede pública, que tem uma capacidade abaixo da demanda (E11H3).

Nós temos uma estrutura física um pouco deficitária, quanto à demanda que *a gente* atende no hospital. [...] Muitas vezes *a gente* não consegue permitir o acesso do usuário ao hospital, por conta da demanda, que já é grande, então *a gente* não tem estrutura para abarcar, atender a todos esses usuários (E12H3).

Chamou a atenção, contudo, nesta categoria, o fato de que os entrevistados de um dos hospitais – cujo código não será explicitado, a fim de não identificá-lo neste trabalho – não se referiram à demanda como um entrave à fluidez dos serviços e ações realizados pela organização que administram. A existência de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nas mesmas instalações físicas do hospital, pode explicar este fenômeno. Informações colhidas no *site* oficial da SESAB davam conta de que esta UPA funcionaria 24h ininterruptas, possuía capacidade para atender 11 mil usuários por mês, deveria aglutinar os casos de urgência e emergência, atuando como porta de entrada para este hospital, ao qual, seria possível, como consequência disto, a priorização da assistência às situações de média e alta complexidade.

A presença da UPA, nas proximidades do hospital, entretanto, não redundaria em diminuição da demanda hospitalar não programada, se não houvesse a devida articulação entre esses dois pontos de atenção da Rede. As falas a seguir evidenciam uma relação dialogal e bem sucedida em torno do binômio UPA-Hospital, evidenciando que ambos compreenderam quais sejam, e assumiram as atribuições que lhes competem no contexto da RAS.

[...] *A gente* tem uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na nossa área física. Apesar da gestão não ser do hospital, [...] também acaba servindo muito para essas pessoas que são dessa região. No hospital, nosso atendimento é de alto risco, [...] e muitas vezes referencia para UPA, quando é de baixo risco, quando é de alto risco [...]

*a gente* acaba absorvendo na unidade e os demais *a gente* referencia para a UPA, ou para as outras unidades.

[...] Na Emergência *a gente* foi determinado, pelas diretorias médica e geral, o atendimento de pacientes graves [...]. Pacientes “brancos, verdes e azuis”, são atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), porque geralmente são coisas bobas que não têm necessidade de ocupar uma vaga dentro da nossa Emergência, que é para gravidade [...].

Um gestor de outra organização hospitalar, cuja codificação será suprimida, pelas mesmas razões citadas, traz à tona, o desejo de contar com a presença de uma UPA em seu entorno geográfico, o que, para ele, resultaria em melhoria do fluxo de atendimento, além de reduzir a demanda não programada e, bem como, a demanda inadequada, a qual seria composta por usuários que deveriam lançar mãos de outros serviços de baixa e média complexidade, ao invés de se dirigirem aos serviços de emergência hospitalar.

[...] Deveria ser um hospital referenciado, a demanda ser controlada, eu brinco sempre: eu queria ter uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) *no pé da ladeira!* Porque só subiria o que realmente fosse necessário, e *a gente* vê isso em outros hospitais do país. No Rio de Janeiro, o Hospital “X”, que era um hospital como o nosso, de porta aberta, hoje é um hospital referenciado, então só vai para lá aquilo que compete a eles, e hoje é um hospital, vamos dizer assim, modelo!

Num momento posterior, o mesmo gestor ressalta que 50% dos atendimentos realizados no hospital correspondem a demandas inadequadas.

[...] É a demanda da população que não deveria ser atendida no hospital. Consequentemente, isso é, também, um fator gerado pela falta de espaço. Eu *falto* espaço hoje neste hospital, porque, de cada dois pacientes que eu atendo, um não era para ser atendido aqui, então você vê que uma coisa está completamente interligada à outra em relação ao espaço e qualidade do atendimento.

Acerca do grande contingente da demanda espontânea que acessa os serviços de urgência e emergência hospitalares, Azevedo e colaboradores (2010) ressaltam que essa procura é uma resultante da legitimidade – expressão que pode ser entendida, neste contexto, também, como credibilidade – que essas organizações têm para a sociedade. Quanto à demanda inadequada, para os autores, a sua ocorrência reverbera na qualidade da atenção e traz implicações para a sua integralidade, uma vez que a contrarreferência é deficitária nos hospitais, os quais não estabelecem uma articulação formal com os serviços da Atenção Básica (AZEVEDO et al., 2010).

Ainda em relação à demanda desses hospitais, E4 salientou que a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), colaborou, consideravelmente, para

a redução dos atendimentos de emergência, sobretudo, dos casos de trauma que davam entrada no hospital. Todavia, como destaca E4, as demandas espontânea e inadequada permaneceram inalteradas.

[...] Com o SAMU *a gente* percebeu uma queda significativa da demanda de emergência, de trauma. Hoje, por conta do SAMU, há uma distribuição melhor, eles entram em contato, *e tal*. Mas assim, com relação à demanda espontânea, não. Com a demanda espontânea, que vem andando sozinha, de carro particular, não, principalmente as demandas de clínica, não de trauma, mas de clínica, *a gente* tem um atendimento importante, muito bom (E4H1).

b) Arquitetura obsoleta: o problema da estrutura física

Outra consideração feita pela grande maioria dos gestores relaciona-se à insuficiência e inadequações da estrutura física do hospital. Para eles, isto ocorre por quatro razões precípua: o grande fluxo de usuários atendidos diariamente; a demanda extra e inadequada; o tempo de existência desta estrutura arquitetônica, bem como a falta de manutenção corretiva e preventiva da mesma.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 1), através Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou, em 2002, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 50, que regula “o planejamento, a programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde” que possui, dentre outros objetivos, a finalidade de “atualizar as normas existentes na área de infraestrutura física em saúde” (BRASIL, 2002, p. 1). Contudo, os três hospitais estudados tinham mais de duas décadas e meia de inaugurados, e, portanto, não contemplavam todos os ditames da RDC 50, elaborada e aprovada nos anos 2000.

O projeto físico desses hospitais fora planejado de acordo com o contexto social e com a realidade do tempo histórico em que se deu sua edificação, não havendo, àquela época, o aparato tecnológico que estas organizações hoje comportam em seu ambiente. Neste sentido, os gestores se queixavam de que a estrutura física hospitalar tornou-se obsoleta para absorver os equipamentos e insumos que precisaram ser incorporados às práticas assistenciais, bem como para assistir a demanda diária. Os gestores argumentam:

Então, a estrutura, pelo aumento de atendimento, o hospital tornou-se pequeno, então a estrutura física, [...] uma sala que tem que ter, vamos dizer, vinte pacientes, tem trinta e quatro, chega até a ter quarenta! Então, **o maior gargalo deste hospital hoje, é a estrutura física e a estrutura de conservação**. Porque ele ficou muito tempo, ele

está há muito tempo sem a manutenção, corretiva e preventiva, então, isso acarreta o que? **Coisas velhas, instalações velhas, aí está o nosso principal gargalo** (E1H3).

[...] A própria estrutura física faz com que o hospital tenha ainda, uma cara, de uma estruturação de um modelo mais anterior [...]. **A questão física é o tempo mesmo do prédio, da estrutura física, é um prédio com mais de 20 anos**, que vivencia ao longo desses anos uma superlotação, existe uma superutilização de tudo [...] (E2H1).

Para o nosso perfil, as estruturas física e organizacional são boas. [...] Mas, para o paciente clínico, que chega enfartado, ou com Acidente Vascular Cerebral (AVC), *a gente* não consegue dar vazão (E3H1).

[...] **A parte de estrutura física a gente tem muitos problemas** [...] (E4H1).

[...] **Do ponto de vista de estrutura acaba, na verdade, perpassando a questão financeira, que é a manutenção predial**, e outras questões que também acabam ficando deficitárias (E7H2).

Nós temos uma **estrutura física um pouco deficitária**, quanto à demanda que *a gente* atende no hospital [...] Porque é uma estrutura antiga, arcaica, inclusive com vários problemas de construção, problemas de fiação, de energia elétrica, de encanação, então, quando o diretor assumiu a instituição, *a gente* conseguiu fazer algumas reformas [...] mas, mesmo assim, ainda existe. **Necessita de uma reforma, uma reformulação na estrutura física, no hospital, para que a gente possa atender com maior qualidade esses usuários** [...]. Muitas vezes *a gente* não consegue permitir que ele adentre ao hospital, *a gente* não consegue permitir o acesso desse usuário ao hospital, por conta da demanda, que já é grande, então *a gente* não tem estrutura para abarcar, atender a todos esses usuários (E12H3).

A fala de E12H3 refere deficiência da estrutura física como impeditivo do acesso de usuários à assistência hospitalar, pois o hospital não tem “estrutura para abarcar” todos esses usuários, deste feito, o acesso deles é negado. E10H3 traz a informação de que “o hospital tornou-se pequeno”, frente à significativa ampliação da demanda, ao que E2H1 complementa, dizendo que, para além da superlotação, existe a superutilização “de tudo”: estrutura física, equipamentos, insumos, dentre outros.

A fala de E3H1 diverge dos demais, pois ele considera que, para o perfil do hospital na Rede (trauma), a estrutura física é boa, a despeito do tempo de existência das instalações prediais, que têm quase três décadas. Todavia, ele pondera que, em se tratando da demanda inadequada, o hospital encontra dificuldades em atender, devido à insuficiência desta estrutura.

c) O desgaste da equipe na continuidade do tratamento: a ausência de leitos de retaguarda

No tocante aos recursos físicos, um dos gestores evidenciou aquilo que, para ele, representa o maior gargalo da organização: a ausência de “leitos de retaguarda”. Sobre esta modalidade de leitos hospitalares, tem-se que

[...] o leito de retaguarda de emergência, uma espécie de leito de apoio aos prontos socorros que tem o objetivo de reduzir a superlotação desses, além de garantir acesso ao tratamento necessário pelo paciente. Trata-se de leitos com média de permanência pequena, alta taxa de rotatividade e de ocupação e onde são admitidos pacientes com patologias agudas ou crônicas agudizadas, para compensação clínica ou intervenção cirúrgica (CARDOSO et al., 2013).

Sendo assim, por ser uma unidade hospitalar de emergência e possuir o perfil de “hospital de trauma” na RAS, o Hospital 1, carece, de acordo com E1, de leitos de retaguarda de emergência, para possibilitar que as equipes multiprofissionais possam dedicar-se aos usuários, cujos problemas são complexos e demandam atendimento especializado, conforme se vê:

O maior gargalo hoje é a falta de leito de retaguarda. Por ser um hospital de trauma, *você dá* o primeiro atendimento e *você deveria*, teoricamente e na prática, transferir o paciente para que ele tivesse continuidade do tratamento em outro local. Por quê? Porque o hospital, como eu disse antes, ele é um hospital de alta complexidade, a equipe de profissionais também é de alta complexidade. Então, hoje eu tenho gargalos principalmente nos leitos de retaguarda, porque eu fico com equipes especializadas cuidando de pacientes de menos complexidade, porque a alta complexidade dele foi no momento do trauma, da cirurgia, do acidente, e eu desgasto a equipe na continuidade do tratamento do paciente. Esse, talvez hoje, seja o maior gargalo do hospital (E1H1).

A fala do E1 remonta àquilo que foi outrora debatido neste trabalho: a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde. O fato do H1 não possuir leitos de retaguarda pode conduzir à interpretação de que a comunicação do nível terciário com outros pontos de atenção não se dá a contento de promover a provisão de serviços necessários à continuidade da assistência hospitalar. Não obstante aos esforços realizados por vários atores, no sentido de promover a coesão dos diversos pontos da RAS, ainda se percebe, a partir das reflexões suscitadas por este trabalho, que esta Rede tem fragilidade em seus processos relacionais e comunicacionais.

d) “Poderosa” dos leitos: a pretensão se frustrou?

A Regulação integra o Pacto de Gestão do SUS, e se constitui numa de suas principais diretrizes. Podendo ser compreendida sob três perspectivas distintas, ela é assim definida pelo Ministério da Saúde:

**Regulação da atenção à saúde** – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2006).

**Regulação assistencial** – definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles (BRASIL, 2007b).

**Regulação do acesso** – estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime (BRASIL, 2007b).

Por outro lado, a SESAB (BAHIA, 2016a) refere que existem, para fins de sistematizar o acesso à assistência, três tipos de ‘Complexos Reguladores’, os quais agregam as Centrais de Regulação. São eles: Central de Regulação de Urgência; Central de Regulação de Consultas e Exames; e Central de Regulação de Internações. Este último é operacionalizado, também, *in loco*, ou seja, na unidade hospitalar, ficando “responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados” (BAHIA, 2016a).

Um dos gestores fez críticas relevantes ao trabalho do Estado, enquanto regulador dos leitos e internações hospitalares. Ele apresentou as seguintes ponderações:

[...] *A gente* no Estado, precisa avançar muito em relação a isso. As pessoas ainda são donas dos seus currais, dos seus feudos. Com a Central de Regulação de Leitos, a Secretaria pretendia entrar nos hospitais como “poderosa”, em termos de leitos, mas mesmo assim, ainda não se consegue. É como o SAMU, é como a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), que são unidades autônomas, no sentido de que estão acima, até, da direção geral, mas, *a gente* sabe que a cultura não consegue alcançar isso. Os leitos de alguns hospitais ainda são monitorados, a Secretaria ainda não tem esse domínio, porque tudo o que é delegado, tem que ser supervisionado. Existe uma falha de supervisão, eu acho, no meu olhar, não sei se isso seria possível, pela abrangência, eu acho que a Secretaria precisaria ter mais reuniões com as representações dos hospitais [...].

Segundo esse gestor, embora a SESAB tenha pretendido exercer total domínio sobre a regulação dos leitos hospitalares existentes, isto, na prática, pode não ter-se concretizado, pois os mecanismos de controle adotados por esta Secretaria, talvez tenham sido insuficientes para supervisionar aquilo que estava sendo, de fato, praticado no ambiente hospitalar.

É importante destacar, também, que na sua fala, o gestor em questão traz à tona uma premissa que é peculiar às práticas presentes no primeiro modelo de administração vigente no Brasil, o Patrimonialismo, pois ao considerar que, no Estado, “as pessoas ainda são donas dos seus currais, dos seus feudos”, este gestor evoca uma prática patrimonialista contumaz e peculiar, que é a falta de separação entre o público e o privado. Nas organizações do Estado, o administrador não pode pretender-se “dono” de quaisquer que sejam os bens públicos, incluindo-se, aqui, os leitos hospitalares.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico dos gestores de três dos maiores hospitais do estado da Bahia segue um padrão esperado: maioria de homens brancos, com idade média de 48 anos, médicos, com especialização em administração hospitalar e dotados de experiência pretérita.

A percepção desses gestores acerca das suas unidades de gestão mostrou sérios problemas de demanda, de modo que foi considerado, pela sua maioria, como o maior entrave à fluidez dos serviços, resultando em sobrecarga para a equipe de saúde, exiguidade de leitos, superutilização da estrutura, dos equipamentos e dos insumos, com reflexos negativos sobre a qualidade da assistência prestada. Além disso, conforme explicitaram os gestores, a demanda que se sobrepõe à capacidade instalada torna-se fator impeditivo no acesso do usuário aos serviços hospitalares.

Os gestores destacaram, também, que a demanda inadequada representava um importante problema para o hospital, sendo que numa das unidades, segundo um gestor, pelo menos 50% dos atendimentos prestados se dirigiam a usuários que podiam ser absorvidos em outros pontos da Rede. A demanda excessiva, contudo, não fora referida como problema em uma das unidades pesquisadas, já que em seu entorno funcionava uma UPA 24h que absorvia esse excesso sentido pelos demais. Essa pode ser uma solução interessante a ser adotada pelo Estado, com vistas a sanar este problema em outras organizações hospitalares.

O problema da demanda excessiva é outra dificuldade, amplamente mencionada pelos gestores: a desarticulação da RAS, com conseqüente comprometimento da longitudinalidade do cuidado. Em nenhum momento, os gestores sinalizaram para uma possível sintonia entre o hospital e outros pontos de atenção. Ao contrário disto, este estudo evidenciou que, a organização hospitalar era apontada pela grande maioria dos participantes como a protagonista da RAS, equivalendo-se à principal porta de entrada do Sistema, o que discrepa do arcabouço teórico do SUS, uma vez que este preconiza que a Atenção Primária deva desempenhar esse papel.

Estrutura física obsoleta, precária e insuficiente, com déficits nas manutenções preventiva e corretiva também foram entraves ressaltados intensamente pelos gestores. Contudo, a despeito dos obstáculos elencados pelos entrevistados, pode-se inferir que, de modo geral, os gestores demonstraram, através de seus pronunciamentos, que acreditam ser profícuo o serviço prestado por suas unidades de gestão. De igual forma, ficou patente nas falas, que eles percebem a organização que administram sob uma perspectiva otimista.

Finalmente, a partir dos achados proporcionados por este estudo, evidencia-se a necessidade de uma melhor articulação da RAS, com papéis e perfis definidos para cada ponto de atenção, a fim de que as demandas dos usuários sejam devidamente direcionadas e assistidas. Isso redundaria, inclusive, em minoração dos problemas relacionados à exiguidade de leitos e de superutilização do espaço e recursos físicos.

A implementação efetiva de Colegiados de Gestão nas organizações hospitalares pode ser uma maneira de estabelecer diálogo com a comunidade e buscar, de forma coletiva, soluções para os entraves destacados pelos gestores, com especial destaque para a desarticulação da RAS, fato que torna a demanda atendida ainda mais excessiva e inadequada. As soluções passam, também, pela sensibilização dos sujeitos quanto à viabilidade de se acessar o SUS através de outras portas, que não apenas por meio das unidades hospitalares.

Ademais, compreende-se que é necessária a realização de outros estudos que intencionem discutir e analisar, sob pontos de vista diversos, os vários aspectos que transversalizam as organizações hospitalares sob administração direta, buscando apresentar alternativas às dificuldades percebidas no âmbito desses hospitais, a fim de contribuir para que a gestão pública seja cada vez mais fortalecida e efetiva em sua missão, e para que o Estado assuma com competência a responsabilidade de gerir a máquina pública.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Augusto Carlos Patti do. O perfil do gestor hospitalar na Grande Cuiabá-MT. **UNICIÊNCIAS**, v. 15, n. 1, 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE; Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: UEFS Ed., 2010. (cap. 7, p.139-159).

AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajioro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-45, 2010.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Regula saúde. **Complexos reguladores**. [Site]. Disponível em: <[http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo\\_regulador.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_regulador.asp)>. Acesso em: 08 de mar. de 2016a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Novo portal**. [Site]. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)>. Acesso em: 20 de mar. de 2016b.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 2, p. 67-98, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETTO, Leandro Dominguez; FREIRE, Rafaela Cordeiro. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 334, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21/02/2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21/02/2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Ministério da Saúde. CONASS. **Ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: CONASS; 2007a. 248p. [Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9]

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Ministério da Saúde. CONASS. **Ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: CONASS; 2007b. 174p. [Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4]

\_\_\_\_\_. Consulta pública nº 19, de 1º de novembro de 2012. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 nov. 2012a. Seção 1, p. 40.

\_\_\_\_\_. **Resolução 466/12**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 12 de dezembro de 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente

hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31dez. 2013a. Seção 1, p. 54-56.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. [Site]. Brasília: MS; 2013. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=BAHIA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=BAHIA) Acesso em: 20 de set. de 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. 84 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. [Site]. Brasília: MS; 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>> Acesso em: 15 de fev. de 2016.

CARDOSO, Ana Karina S. et al. **Leitos de Retaguarda: definições e perfil dos leitos na região metropolitana de São Paulo**/Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. – São Paulo: FUNDAP, 2013. 33 p. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/Condi%20de%20Vida%20e%20Saude/Publica%C3%A7%C3%B5es%20ObservaSa%C3%BAde.SP%20-%20Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde%20na%20RMSP/Leitos%20de%20Retaguarda\\_2013.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/Condi%20de%20Vida%20e%20Saude/Publica%C3%A7%C3%B5es%20ObservaSa%C3%BAde.SP%20-%20Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde%20na%20RMSP/Leitos%20de%20Retaguarda_2013.pdf)> Acesso em: 08 de mar. de 2016.

CASTRO, Edna; ACEVEDO, Rosa. O lugar da mulher e do negro no mercado de trabalho no Pará. **Novos Cadernos NAEA**, v. 1, n. 2, 2014.

COSTA, Luciana Pertille da; FOSSATTI, Paulo. Capacitação do enfermeiro auditor na gestão em saúde: importância e realidade. **RAHIS**, v. 12, n. 2, 2015.

FLEURY, Maria Tereza Leme, FISCHER, Rosa Maria. (Coord.) **Cultura e Poder nas Organizações**. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

FLEURY, Maria Tereza Leme. **O Desvendar a cultura de uma organização**: uma discussão metodológica. In FLEURY, M. T. L., FISCHER, R. M. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Editora Atlas, 1989.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_, Michel. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GUERRA, Mariana. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. 129f. Dissertação. (Mestrado em Contabilidade e Controladoria). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria (CEPCON), Belo Horizonte, 2011.

KISIL, Marcos. **Gestão da Mudança Organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 4)

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012.

MARÍN, José. **Los condicionantes que se derivan de los procesos de reforma del Estado, de la administración pública y del sector salud a lanu evagestión hospitalaria**. VI Congreso Del CLAD, nov. 2001.

MATHEUS, M. C. C. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. Porto Alegre: L&PM, 2006.

OBA, Maria do Vale et al. O ser mulher mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. **J. Health Sci. Inst**, v. 30, n. 4, 2012.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881-90, 2009.

OLIVATI, Fabrício Narciso et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. **RFO UPF**, v. 15, n. 3, p. 245-250, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Ministério da Saúde. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS; 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PAIM J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 148p.

PASTORE, E.; ROSA, E. D.; HOMEM, I. D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. **Fazendo Gênero**, v. 8, 2008.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc Saúde Colet**, v. 15, n. Supl 1, p. 1009-1019, 2010.

ROSSO, Claci Fatima Weirich et al. Perfil dos gestores dos Distritos Sanitários de Goiânia–Goiás. IN: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível. **Anais**. Belo Horizonte, 2013. p. 1-18

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves; PERES, Aida Maris. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 321-9, 2009.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso metodológico. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa**. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. (cap. 5, p.87-119).

SANTOS, Neville Julio de Vilasboas e. Os (as) empregadores (as) no Brasil: diferenças de perfil e rendimentos por raça e sexo. **Observatório em Debate**, n. 2, p. 134-157, 2015.

SEIXAS, Maria Souza; MELO, Hermes Teixeira. Desafios do administrador hospitalar. **Gestão & Planejamento-G&P**, v. 5, n. 9, 2004. p. 16-20

SPINK, Mary Jane P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 18-27, 2007.

SORJ, Bernardo. **A nova sociedade brasileira**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

SOUZA, Antônio Artur de, et al. Controle de gestão em organizações hospitalares. **REGE. Revista de Gestão**, v. 16, n. 3, p. 15, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo, Atlas, 1992.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## 5.2 Artigo 2

**HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA: interface entre os modelos de participativo, burocrático e a busca de um “modelo em construção”.**

Samantha Souza da Costa Pereira  
Thereza Christina Bahia Coelho

**RESUMO**

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e representam a forma mais tradicional de organização no setor de saúde, integrando o nível terciário de atenção. Administrar estas organizações constitui-se numa tarefa deveras desafiadora e igualmente difícil. A Administração Direta (praticada pelo Estado) é prevalente no Sistema Único de Saúde (SUS) e comporta diferentes modelos de gestão. Neste estudo, são discutidos três paradigmas da administração, presentes em organizações hospitalares do SUS: Patrimonialista, Burocrática e Gerencial. Compondo de forma intrínseca o aparato da gestão, tem-se o processo decisório, que se constitui num instrumento extremamente relevante na seara administrativa. Objetivando conhecer a percepção dos gestores acerca do modelo gestão predominante nos hospitais que administram, esse estudo lançou mão da abordagem qualitativa, utilizando como *locus* três hospitais baianos, de grande porte a alta complexidade. Participaram dessa pesquisa, os principais gestores da alta direção hospitalar, e um diretor da SESAB, e para coletar os principais dados primários foi utilizada a entrevista semiestruturada. Foram utilizadas outras fontes de dados primários e secundários também. A Análise de Conteúdo foi usada na exploração dos dados obtidos, e todos os pressupostos da Resolução 466/12, foram seguidos. Como resultados, verificou-se que o modelo de gestão caracterizado pelos gestores agrega características pertinentes a cada um dos três paradigmas de gestão estudados, com predominância do Modelo Burocrático, o que é corroborado pelos aspectos observados em suas falas: centralização dos recursos financeiros, dependência do nível central, organização com rigorosos níveis hierárquicos e predominância de profissionais especializados, treinados e dotados de tecnologias gerenciais. Ao referirem que o modelo de gestão presente em sua unidade de atuação é “Participativo”, os gestores se aproximaram do ideário preconizado nos documentos legais do SUS, entretanto, o desenho organizacional de dois dos hospitais estudados sinaliza a existência de uma estrutura ainda rígida, cujo comando direciona-se do topo para a base, e as responsabilidades caminham da base para o topo. O processo decisório, a despeito de muitos gestores o reputarem como participativo, ainda seguia uma prática centralizada e diretiva. Sendo assim, tem-se que a adoção de um modelo de gestão colegiada seria uma alternativa para democratizar a gestão. De igual modo, a instauração de processos decisórios resultantes de uma comunicação lateralizada, poderia promover melhorias à gestão hospitalar. Este trabalho revelou que ainda há uma lacuna no que se refere ao estudo do modelo de gestão presente nos hospitais administrados pelo Estado, bem como uma confusão constante entre natureza jurídico-administrativa e modelo de gestão propriamente dito. Portanto, sugere-se que mais estudos sejam realizados neste aspecto, uma vez que os resultados deles advindos podem redundar em aperfeiçoamento das estruturas administrativas estatais.

**Palavras-chave:** Administração Direta; Modelos de Gestão; Processo Decisório.

## ABSTRACT

The hospitals are very complex structures and represent the most traditional form of organization in the health sector, integrating the tertiary care level. Manage these organizations constitutes a truly challenging and equally difficult. The Direct Administration (practiced by the state) is prevalent in the Unified Health System (SUS) and includes various management models. In this study, we are discussed three paradigms of management, present in hospital organizations SUS: Patrimonialist, Bureaucratic and New Public Management. Composing intrinsically apparatus of management, it has the decision process, which is an extremely important tool in the administrative context. That said, this article aims to: know the perception of managers about the predominant management model in hospital organizations that manage, this study made use of a qualitative approach, using as locus three Bahia hospitals, large and high complexity. The main senior managers of these hospitals participated in this study through a semi-structured interview, as well as the director of the State Health Department of Bahia (SESAB). Were used other sources of primary and secondary data as well. The content analysis was used in the exploitation of the data, and all the conditions of the 466/12 resolution were followed. As a result, it was found that the management model characterized by managers displays features relevant of the each of the three management paradigms studied, especially the Bureaucratic Model, which is corroborated by the findings observed in his speaks: centralization of financial resources, dependence on central level, with strict hierarchical levels and the prevalence of skilled professionals, trained and equipped with managerial technologies. When managers mentions that the management model in your unit is "participatory", they approached the recommended ideas in SUS legal documents, however, the organizational design of two of the hospitals studied indicates that there is still rigid structure, whose command occurs from the top to the bottom, and responsibilities go from bottom to top. The decision-making process, despite the many managers consider as participatory, was still a centralized practice and authoritarian. Thus, it is believed follows that the adoption of a collegiate management model would be an alternative to democratize the administrative processes. Similarly, the establishment of decision-making resulting from a lateralized communication could promote improvements in hospital management. This study revealed that there is still a gap in relation to the study of the management model present in hospitals administered by the State, as well as a constant confusion between the legal-administrative nature and the management model itself. Therefore, further studies should be carried out on this issue, since results could lead to improvement in the State's administrative structures.

**Key words:** Direct administration; Management Models; Decision Making.

## INTRODUÇÃO

Os hospitais representam a forma mais tradicional de organização no setor de saúde, integrando o nível terciário de atenção. Menezes (2010) defende que os hospitais estão inseridos no rol das organizações mais complexas da sociedade moderna, diferenciando-se das demais pela convergência de múltiplas e diversificadas atividades, cuja execução se dá numa ambiência



de inovação tecnológica, composta por diversos profissionais das mais diferentes áreas (científica, técnica, administrativa e de serviços gerais), os quais interagem com, praticamente, todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.

Diante da constatação de que as organizações hospitalares são estruturas hipercomplexas e sobremodo, dinâmicas, torna-se possível concluir que a sua gestão é, deveras, desafiadora e, igualmente, difícil. Neste sentido, para Paim (2003) a gestão em saúde pode ser interpretada como

a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde (PAIM, 2003, p. 559).

Complementando essa discussão, Shortell e Kaluzny (2012) reiteram que a administração das organizações de saúde, possui complexidade diferenciada, se comparada a de outras organizações, em função da confluência de alguns atributos, dentre os quais se destacam: a) os resultados por alcançar são de difícil definição e mensuração; b) o trabalho é variável e complexo; c) o compromisso dos profissionais qualificados é maior com a profissão do que com a organização; d) existe mais de uma linha de autoridade.

Estudos realizados (DRUCKER, 1999; VENDEMIATTI et al., 2010; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SOUZA et al., 2009) constataam que a administração na área da saúde está entre as mais complexas, e que a gestão pode ser mais laboriosa do que em qualquer outro tipo de organização. Quanto à natureza jurídico-administrativa das organizações hospitalares do SUS, eles podem ser administrados diretamente pelo Estado, assumindo a conformação jurídica da Administração Direta; ou por outras entidades de natureza jurídica própria, o que configura a Administração Indireta (PINTO et al., 2014).

O formato jurídico-administrativo prevalente no Sistema Único de Saúde (SUS) é o da Administração Direta, modalidade que consegue comportar diferentes modelos de gestão, os quais podem ser compreendidos como a forma pela qual se administra toda a estrutura de uma organização, considerando-se, para isto, suas categorias administrativa e operacional (MARQUES, 2005). O Ministério da Saúde preconiza que o modelo de gestão hospitalar deverá pautar-se em princípios legais, que redundem na garantia do direito à saúde dos indivíduos sob a sua jurisdição (BRASIL, 2013). Neste estudo, discutir-se-ão três paradigmas de gestão, presentes na administração pública brasileira, inclusive na ambiência hospitalar, a saber: modelo de administração Patrimonialista, modelo de administração Burocrática e a Administração Pública Gerencial.

Na administração Patrimonialista, que esteve presente no Brasil, oficialmente, até o ano de 1889, ocorre, no aparelho do Estado, uma extensão do poder do soberano, e os seus assessores (servidores) desfrutam da prerrogativa de nobreza real. Este formato de gestão é marcado – e esta pode ser considerada sua característica principal – pela falta de discriminação entre o bem público e o privado, entre o político e o administrador público, enquanto cargo profissional. Sendo assim, tem-se que, corrupção, nepotismo, clientelismo, empreguismo e exercício arbitrário do poder são características muito presentes na administração Patrimonialista (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010; OLIVEIRA, 2013).

O modelo de administração Patrimonialista é uma forma de dominação tradicional, aquela que, Weber (2004) discorre:

[...] Naturalmente tem o senhor o direito de tirar-lhe arbitrariamente a propriedade, e também o costume considera originalmente óbvio o direito dele de dispor sobre as pessoas e os bens que deixa após a morte. A este caso especial da estrutura de dominação patriarcal: o poder doméstico descentralizado mediante a cessão de terras e eventualmente de utensílios a filhos ou outros dependentes da comunidade doméstica, queremos chamar de dominação patrimonial (WEBER, 2004, p. 238).

O caráter pessoal, coronelista e de apropriação do público pelo privado também é discutido por Sérgio Buarque de Holanda em sua obra “Raízes do Brasil”, na qual ele apresenta o entendimento de que o funcionário “patrimonial” compreende a gestão política como algo do seu contexto pessoal, estando os benefícios, empregos e funções advindos desta gestão, relacionados a direitos individuais e não a interesses coletivos (HOLANDA, 1995).

Percebe-se, diante das arbitrariedades e falta de distinção entre a *res publica* e a *res principis*, associadas ao nepotismo e à intensa corrupção presentes no Patrimonialismo, que havia uma premência urgente em se transmutar, no Estado brasileiro, o paradigma administrativo vigente, alcançando-se, desse jeito, uma gestão pública impessoal, baseada na racionalidade e na profissionalização, dentre outros aspectos.

A burocracia, fundamento administrativo que subsidia a dominação racional-legal (OLIVEIRA, 2013), tem em Max Weber seu grande expoente. Decorrente da premissa weberiana de dominação legal, a Gestão Pública Burocrática surge na seara administrativa como uma tentativa de superar as mazelas peculiares ao modelo de gestão Patrimonialista.

Profissionalização, estrutura hierárquica funcional e formalismo são pressupostos essenciais da Administração Pública Burocrática (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010). Da problemática do poder advém as raízes da Burocracia e, neste aspecto, considera-se que – estando os trabalhadores inseridos numa hierarquia sistematizada, sob princípios de conduta previamente designados – exercem autoridade legal (OLIVEIRA, 1970).

No que tange à percepção weberiana acerca da burocracia, tem-se que

a burocracia, conforme visualizada e descrita por Weber é um tipo ideal de organização que, provavelmente não encontra réplica na realidade, mas funciona como importante modelo de análise sociológica e política nas pesquisas e no desenvolvimento da teoria das organizações e, por consequência, no estudo e na formulação da teoria administrativa (OLIVEIRA, 1970, p. 47).

Entretanto, levando-se em conta as inconsistências que a Administração Burocrática apresentava, por exemplo, autorreferência, baixa eficiência, inabilidade em atender às demandas dos cidadãos, de forma a direcionar-lhes a sua prestação de serviço – esse modelo de gestão, implantado desde a década de 30 do século XX, tornou-se passível de constantes tentativas de reforma. Sendo assim, em 1995, no primeiro governo do então presidente, Fernando Henrique Cardoso (FHC), o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), tendo como representante, àquela época, o ministro, Luiz Carlos Bresser-Pereira, promoveu uma reforma administrativa no cenário brasileiro.

A Administração Pública Gerencial, ou a Nova Gestão Pública representa uma visão liberal da administração pública. Foi implantada em um contexto administrativo público brasileiro, cujo arcabouço teórico versava, além de outros aspectos, sobre a diminuição dos custos da máquina estatal, a eficiência administrativa das organizações do Estado e a ênfase nos resultados (OLIVEIRA, 2013; KLERING; PORSSSE; GUADAGNIN, 2010). Trata-se de um paradigma gerencial baseado na lógica do mercado, que inverte a visão da burocracia pública, subvertendo-a aos preceitos econômicos e políticos dominantes (MARTINS, 1997).

Em que pese o fato de a Reforma Administrativa sofrida pelo Estado em 1995 ser descrita por muitos estudiosos como um processo que promoveu grande avanço e eficiência aos serviços públicos (BRESSER-PEREIRA, 1996; PAULA, 2005) faz-se mister destacar que a modificação no *modus operandi* gerencial representou o encolhimento do Estado, que passou a delegar a terceiros a administração de seus organismos, fortalecendo, assim, os pressupostos neoliberais, dos quais decorrem os processos de publicização e terceirização de estatais em todo o país.

Ao estudar a publicização da gestão hospitalar na Bahia, enquanto processo de privatização disfarçada, Reis (2015) encontrou fragilidades na capacidade de gestão das unidades sob gestão indireta, cujas diferenças pareceram relacionadas em grande parte ao tempo de existência do hospital (quanto mais antigo menor a capacidade) e a existência de incentivos, como a acreditação hospitalar, que dotariam o hospital de uma melhor organização dos serviços.

O Quadro 1 evidencia e compara as características dos modelos administrativos Patrimonialista, Burocrático e Gerencial:

Quadro 1 Comparação entre as administrações: Patrimonialista, Pública Burocrática e Pública Gerencial

Administração Patrimonialista	Administração Pública Burocrática	Administração Pública Gerencial
Controle feito discricionariamente pelo soberano e seus auxiliares, visando à obediência total dos súditos.	Controle feito <i>a priori</i> , focando nos processos legalmente definidos.	Controle feito <i>a posteriori</i> , concentrando-se nos resultados.
Direcionada para o autocrata e sua dinastia	Autorreferida	Orientada para o cidadão
Administração ditatorial, discricionária, sem separação entre a <i>res publica</i> e a <i>res principis</i> , corrupção intensa.	Estrutura administrativa centralizada e rígida	Organização político-administrativa flexível, descentralizada, com incentivo à criatividade e à inovação
Divinização do soberano	Falta de confiança no gestor	Confiança limitada, controlada por resultados.
Auxiliares do soberano têm <i>status</i> de nobreza real, ausência de carreiras administrativas.	Funcionários públicos muitas vezes ineficientes no trabalho	Funcionários estimulados à produtividade
Ausência de hierarquia, centralização do poder no soberano, nepotismo, impermeabilidade à participação social-privada.	Organização administrativa com rigorosos níveis hierárquicos	Menos níveis hierárquicos com concessão de autonomia às instâncias subordinadas
Cargos de livre nomeação do soberano, denominados prebendas ou sinecuras.	Cargos-chave ocupados por funcionários de carreira, profissionais especializados, treinados e dotados de tecnologias gerenciais, métodos, e recursos orçamentários.	Cargos-chave da administração preenchidos por indicados, comprometidos com a agenda política partidária

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Oliveira (2010); Paludo (2010); Martins (1997); Bresser-Pereira

Compondo de forma intrínseca o aparato da gestão, tem-se o processo decisório, que se constitui num instrumento extremamente relevante no âmbito das organizações. Neste sentido, para Wendhausen e Cardoso (2007) esse dispositivo da gestão abarca uma série de processos políticos que resultam em elaboração e execução das ações práticas e suscitam a efetivação da política proposta.

Sabbadini (2005) destaca que tomada de decisão e gerência ocupam um espaço comum no micro e no macro ambiente de relações existentes no contexto das atividades organizacionais. Corroborando esta ideia, Hoppen (1992), ao vislumbrar a organização como

um sistema em constante transformação, acredita que os afazeres organizacionais, constituem-se, mormente, em funções de tomada de decisão bem como de resolução de problemas, o que perpassa todos os seus graus hierárquicos. Na perspectiva da gestão em saúde, a tomada de decisão é permeada de subjetividade e incertezas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Tais abordagens poderão viabilizar a compreensão de que gestão e processo decisório são passíveis de alinhar-se numa perspectiva uníssona e indissociável, e que as decisões tomadas no contexto da organização exercem significativa influência sobre sua *performance*. Cabe destaque para o fato de que a tomada de decisões, no âmbito organizacional, pode ocorrer de forma centralizada, verticalizada e diretiva, ou assumir outra conformação: compartilhada, horizontalizada e democrática. A este respeito, Fleury (2002) considera que o modelo societal prima por um gerenciamento mais participativo, dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeitos e atores sociais.

A partir de tais entendimentos, a questão do modelo de gestão mais adequado às necessidades da média e alta complexidade poderá se ampliar, tendo a pesquisa que originou este estudo se direcionado para responder às seguintes questões de investigação: Como os gestores classificam o modelo de gestão presente na organização hospitalar por eles administrada? Como está representado o desenho organizacional dos hospitais estudados? Como se caracteriza o processo decisório no contexto dos hospitais administrados pelo Estado?

Isto posto, esse artigo tem por objetivos: analisar o modelo gestão predominante nas organizações hospitalares administradas pelos gestores participantes desta pesquisa, discutir o desenho organizativo dos hospitais estudados e caracterizar o processo decisório presente no âmbito destas organizações.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma investigação qualitativa, integrante do projeto de pesquisa intitulado “Capacidade de gestão e o cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS”, desenvolvido pelo Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

De acordo com Minayo (2005) a abordagem qualitativa procura aprofundar-se “nos significados das ações e relações humanas dentro de um nível de realidade que não se permite quantificar, sendo este um processo complexo e inacabado, passível de transformação, onde as

verdades são parciais”. Adota-se, neste estudo, a técnica de estudo de caso, que constitui-se num estudo empírico acerca de um evento real (YIN, 2005).

Deste modo, constitui-se por objeto deste estudo, o modelo de gestão hospitalar na rede própria da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB), sob gestão direta. Na impossibilidade de estudar toda a rede, foram selecionadas três unidades hospitalares na modalidade jurídica da administração direta, escolhidas por conta da sua relevância na Rede de Atenção à Saúde, bem como por serem hospitais de grande porte e alta complexidade. Após a autorização concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 2014, obteve-se a anuência institucional e, em seguida, entre julho e dezembro de 2015, procedeu-se à coleta de dados.

O anonimato dos seus participantes foi assegurado, utilizando-se, para tanto, a pseudonímia ao transcrever e divulgar as suas falas. De igual modo, os nomes dos hospitais não foram explicitados. Sendo assim, utilizaram-se os seguintes códigos para as organizações hospitalares pesquisadas: Hospital 1 (H1), Hospital 2 (H2), Hospital 3 (H3).

**Hospital 1 (H1):** Inaugurado na década de 90, do século XX, atuava no segmento médico de alta complexidade e estava classificado como Tipo III, pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014), prestando assistência à demanda espontânea, bem como àquela referenciada pela Central de Regulação do Estado. No momento da coleta, era o maior hospital especializado em trauma do Estado da Bahia; possuía porta aberta para atendimentos de urgências e emergências. Contava com 302 leitos, distribuídos em especialidades médicas e mais 71 leitos de observação (pronto atendimento), na unidade de emergência (BRASIL, 2014).

O referido hospital podia ser acessado, pelos usuários do SUS, por duas portas de entrada: Emergência Adulto e Emergência Pediátrica, sendo considerado, no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), do Estado da Bahia, como hospital referência em serviços de cirurgia de mão, bem como na assistência a usuários com traumatismo raqui-medular. Realizava uma média de 260 atendimentos de urgência e emergência por dia, com os seguintes serviços: neurocirurgia, cirurgia plástica, cirurgia geral, ortopediatraumatologia, bucomaxilofacial, clínica geral, cirurgia de mão, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, traumato-ortopedia, odontologia, dentre outros (BRASIL, 2016).

**Hospital 2 (H2):** Tratava-se de um hospital de grande porte, de alta complexidade, terciário, de caráter assistencial e de ensino. Atendia a uma demanda referenciada pela Central de Regulação, bem como aos clientes que buscam acesso pela demanda espontânea. Era também de ensino, e prestava serviço nas seguintes áreas: emergência, hemorragia digestiva,

nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas.

Inaugurado no final da década de 70, do século XX, possuía 713 leitos, e atendia, diariamente, uma média de 850 pacientes no ambulatório de múltiplas especialidades, contando com três portas de entrada de emergência, que davam acesso à população, a saber: Emergência Adulto, Emergência Pediátrica e Emergência Obstétrica. O hospital realizava, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos, e 3500 partos anualmente. A média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto era de 560 pacientes por dia (BRASIL, 2014). Além disto, esse hospital possuía um dos maiores movimentos de neurocirurgia do país, sendo referência nesta área, e nas especialidades de cirurgia bilidigestiva e cirurgia vascular.

**Hospital 3 (H3):** Unidade hospitalar inaugurada na década de 80, do século XX, tratava-se de um hospital de grande porte, que era referência à população da cidade onde se localiza e a mais outros municípios com ele pactuados, com atendimento de alta e média complexidade, cuja demanda podia estruturar-se via Central de Regulação, ou de forma espontânea (BRASIL, 2016).

Dotado de duas portas de entrada, Emergência Adulto e Emergência Obstétrica (para gestação de alto risco), oferecia aos seus usuários as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopediatraumatologia, clínica geral, neonatologia, neurologia, obstetrícias clínica e cirúrgica, bucomaxilofacial, além outros serviços (BRASIL, 2016). Com uma média de 340 leitos, o Hospital 3 estava cadastrado no CNES como unidade auxiliar de ensino (BRASIL, 2016) e possuía, registrados no CNES, 920 funcionários (BRASIL, 2016). Da população residente e flutuante à qual prestava atenção, estimava-se que o hospital assistia a um quantitativo de quatro milhões de usuários, com uma média de 7 mil atendimentos mensais (BAHIA, 2016).

Participaram desta pesquisa, de forma livre e consentida, os gestores da alta direção, que integravam as três unidades hospitalares selecionadas, e um apoiador institucional da SESAB, integrante da Diretoria de Gestão da Rede Própria – DGRP, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 Gestores participantes da pesquisa, Bahia, jul-dez, 2015.

		ENTREVISTADOS				TOTAL
		Diretor Geral	Diretor Administrativo	Diretor Médico	Diretor de Enfermagem	
HOSPITAIS	HOSPITAL 1	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 2	1	1	1	1	4
	HOSPITAL 3	1	1	1	1	4
SESAB	DGRP (Apoiador institucional)	—	—	—	—	1
<b>TOTAL GERAL</b>						<b>13</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Para identificar os participantes desta pesquisa, utilizaram-se as seguintes codificações: Entrevistado 1 (E1), Entrevistado 2 (E2), Entrevistado 3 (E3), Entrevistado 4 (E4), Entrevistado 5 (E5), Entrevistado 6 (E6), Entrevistado 7 (E7), Entrevista 8 (E8), Entrevistado 9 (E9), Entrevistado 10 (E10), Entrevistado 11 (E11), Entrevistado 12 (E12).

Após o levantamento das produções científicas acerca deste objeto de estudo, procedeu-se à coleta de dados primários, utilizando-se, para tanto, a técnica da entrevista semiestruturada, por acreditar-se ser a melhor forma para atingir os objetivos propostos para esta pesquisa. Segundo Santana (2010) o instrumento precípua da entrevista é a palavra, através da qual revelam-se valores, códigos, símbolos, conceitos, sentimentos e condições estruturais. As entrevistas foram registradas em gravador eletrônico, com a anuência dos participantes.

Concomitantemente ao uso da técnica da entrevista, foram utilizadas fontes primárias de dados, a saber: organogramas dos hospitais, Relatórios Anuais de Gestão (SESAB), e outros registros que se fizeram relevantes para esta fase da pesquisa, além de outros documentos de livre acesso e domínio público. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi empregado como principal fonte secundária de dados.

Os dados foram analisados à luz da Análise de Conteúdo, sobre a qual, Assis e Jorge (2010) discutem que, apesar de ter emergido de uma proposta iminente quantitativa, hodiernamente percebe-se uma incorporação de elementos qualitativos a este método, tornando possível a sua aplicação em pesquisas de abordagem qualitativa. Ressignificando a perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2002), Triviños (1992) apresenta uma visão mais ampliada acerca da leitura das unidades de registro, propondo uma análise crítica e reflexiva sobre o que os dados empíricos representam. Três fases foram observadas neste momento: Pré-



análise; Exploração do material e; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2002).

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da UEFS, na Plataforma Brasil, sob o parecer de nº 864.183, e todos os princípios éticos, preconizados na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram respeitados. Os participantes receberam todas as informações pertinentes ao estudo, e puderam manifestar sua concordância com os objetivos da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento que foi lido e assinado por eles.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este estudo objetiva analisar os dados obtidos após investigação feita em três hospitais públicos, gerais e de grande porte do Estado da Bahia – os quais estão submetidos ao regime jurídico da Administração Direta – além de discutir o desenho organizativo dos hospitais estudados e caracterizar o processo decisório presente no âmbito destas organizações.

### Modelo de gestão hospitalar: percepção dos gestores

Partindo-se da premissa de que a gestão pode exercer impactos significativos na assistência hospitalar, integrando competências e potencializando resultados (CIANCIARULLO, 2003), essas organizações adquirem centralidade na investigação acerca do modelo de gestão adotado, uma vez que sua administração possui complexidade diferenciada, quando comparada a outros organismos (DAFT, 2013; SHORTELL; KALUZNY, 2012).

Sendo assim, com vistas a analisar o modelo gestão predominante nas organizações hospitalares administradas pelos gestores participantes desta pesquisa, discutir o desenho organizativo dos hospitais estudados e caracterizar o processo decisório presente no âmbito destas organizações, o instrumento de coleta de dados contemplou a seguinte indagação: “Como você classificaria o modelo de gestão adotado por esta organização hospitalar?” Deste modo, puderam-se obter as considerações que se apresentam a seguir.

- a) “Modelo participativo”

Consensualmente, os gestores consideraram que o modelo de gestão predominante na organização hospitalar onde atuavam era “participativo”, “compartilhado”. Neste aspecto, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que as unidades de saúde deverão assegurar uma gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, fomentando o protagonismo dos sujeitos e a democratização da gestão (BRASIL, 2004), premissa corroborada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), ao alvitrar que a gestão hospitalar deverá subsidiar-se no planejamento participativo e democrático (BRASIL, 2013).

Sendo assim, os participantes apresentaram as seguintes ponderações:

Eu digo sempre: uma gestão participativa! Eu gosto muito dessa palavra! Eu acho que quando todos estão envolvidos numa causa, num determinado fator, as coisas fluem de uma maneira mais natural, têm a participação. Claro que como eu disse no início, a hierarquia é fundamental, mas, uma hierarquia participativa. Isso é, ao meu ver, é o modelo de gestão do hospital (E1H1).

É um modelo participativo [...], é um hospital que tem a mesma gestão principal há algum tempo, as pessoas já conhecem, as coisas andam, há muito tempo, porque não há novidade, ninguém está começando do zero. Então *a gente* tem uma harmonia no trabalho, *a gente* tem um respaldo, porque as pessoas que trabalham aqui trabalham há muito tempo (E3H1).

É um modelo de gestão que preza sempre pelo diálogo, pela participação dos sujeitos [...] (E8H2).

Democrático, e altamente responsável. Nós não podemos *ter na mão* um gestor que acha que é dono da vida toda. Nós temos que discutir, temos que ter um grupo, e isso nós fazemos (E9H3).

É um modelo participativo, com certeza (E10H3).

[...] A administração é mais participativa (E11H3).

O E12H3 explica que a existência do Colegiado de Gestão, no âmbito daquela organização, demonstra a adoção de um modelo de gestão participativo, conforme se vê:

É uma gestão participativa, um modelo de gestão participativo, assim, basicamente participativa com suas assessorias, não com todos os trabalhadores de saúde, *a gente* não conseguiu isso ainda, mas existem estruturas que mostram que é um modelo participativo, como o Colegiado de Gestão. Existe um modelo de cogestão, que *a gente* consegue trazer uma ideia de participação nas deliberações, nas resoluções da instituição (E12H3).

Deveras, a presença do Colegiado de Gestão, na esfera das organizações de saúde pressupõe a existência de uma possibilidade plausível para adoção de um modelo administrativo mais democrático e menos centralizado, por ser este uma instância coletiva de gestão, um espaço de diálogo, constituído por gestores, trabalhadores e usuários, que planejam e deliberam

coletivamente, havendo a participação de todos os sujeitos nas decisões que dizem respeito à organização (GOMES et al., 2014; SILVA et al., 2015). Este caráter inovador da gestão colegiada, segundo Cecílio (2010), trata-se do eixo do processo de gestão, constituindo-se numa opção ao “modelo gerencial hegemônico” (grifo do autor).

A presença do Colegiado de Gestão ficou evidenciada, também, na relação interníveis, pois ao ser indagado sobre a existência de espaços específicos para a negociação entre hospitais e a DGRP, o Apoiador Institucional sinalizou:

Nós temos um espaço chamado ‘Colegiado’. O que é esse Colegiado? [...] Esse Colegiado é com toda a Rede Hospitalar, que está sob o cuidado do chefe de gabinete [...]. Esse colegiado trouxe os gestores, é uma vez no mês, todos os gestores se encontram [...] (AI – DGRP/SESAB).

Ao instituir um espaço de diálogo, como o Colegiado de Gestão, a DGRP parece facultar aos gestores de sua Rede a oportunidade de fala, além de horizontalizar a relação entre os diversos sujeitos envolvidos na gestão, o que aponta para uma administração interníveis mais democrática e lateralizada.

O Modelo Participativo, portanto, não se encaixa exatamente em nenhum dos modelos tradicionais descritos (Patrimonialista, Burocrático e Gerencial), embora um dos gestores tenha procurado fazer a articulação da participação no modelo burocrático ao referir a existência de uma “hierarquia participativa”. Mas, o que seria uma hierarquia participativa? Seriam graus de participação de forma hierárquica ou seria participação sem perda das hierarquias?

Então, a participação vem acompanhada de predicativos como diálogo, partilha, democracia e ação grupal. Em suas falas, os gestores, ao buscarem justificar o modelo de gestão, explicitam que essa participação é democrática, dialógica, com envolvimento e harmonia, com discussões nas deliberações e nas resoluções da instituição.

A participação, entretanto, não é afirmada por todos. No H1, a participação parece acontecer apenas no mesmo nível hierárquico. Desse modo, a “participação hierárquica” fica aqui explícita:

A minha gestão é uma gestão compartilhada. É cogestão. A minha, né? É um perfil muito meu. A Diretoria Geral trabalha muito com as coordenações, [...] sempre reúne para discutir essas coisas. [...] Algumas definições da Diretoria [Geral] **a gente não participa diretamente**, como seria uma gestão compartilhada, no modelo da cogestão teria que ter participação da comunidade, *a gente* não tem. *A gente* não caracteriza uma cogestão, porque *a gente* não tem reuniões sistemáticas da Diretoria, de um modo geral, para a tomada de decisões, de definições, sistemáticas. Eu estou falando, em termos sistemáticos que quando *a gente* não tem, *a gente* não tem (E4H1).

Vê-se, portanto, a partir da fala do E4, que, embora mantivesse uma periodicidade na realização das reuniões com as coordenações que lhes eram subordinadas, a Diretoria Geral ainda conduzia, de forma verticalizada, algumas decisões tomadas.

b) Modelo burocrático: ligação umbilical com a Secretaria de Saúde

Contrapondo o que fora dito pela maioria dos gestores, cujas falas foram explicitadas anteriormente, sobre o modelo de gestão horizontalizado e participativo, outros gestores destacaram a predominância de um modelo de gestão centralizador, autocrático e limitante da autonomia dos sujeitos.

Considerando-se os diversos aspectos que atravessam a gestão de hospitais públicos, para Barbosa (1996) é muito comum a administração hospitalar ser marcada pela centralização e baixa autonomia dos gestores locais. Martins (2011) colabora com essa realidade, acrescentando que elementos como a centralização e a burocratização, quando presentes na ambiência hospitalar, são incompatíveis com a geração de serviços de qualidade.

Desse modo, os gestores fazem as seguintes colocações:

É um modelo centralizado (E2H1).

A Diretoria Geral trabalha muito com as coordenações, [...] sempre reúne para discutir essas coisas. [...] Algumas definições da Diretoria [Geral] *a gente* não participa diretamente, como seria uma gestão compartilhada [...]. *A gente* não caracteriza uma cogestão, porque *a gente* não tem reuniões sistemáticas da Diretoria, de um modo geral, para a tomada de decisões, de definições, sistemáticas (E4H1).

[...] É um modelo de gestão misto, onde você tem bastante autonomia para discutir, para os processos, mas você não tem autonomia para a contratação de pessoas estratégicas, você não dispõe de cargos [...] (E5H2).

Ele ainda está mais um modelo burocrático e com ligação umbilical com a Secretaria de Saúde, de fato que a nossa autonomia é uma autonomia parcial (E7H2).

A análise das falas anteriores permite a inferência de que, para alguns gestores inquiridos, um modelo de gestão centralizado interpõe-se à plena autonomia da e para a gestão. E neste sentido, torna-se pertinente resgatar o debate estabelecido por Campos e Campos (2012), ao discutirem que autonomia não é o inverso de dependência, ou liberdade irrestrita, mas a expertise dos sujeitos em conduzirem a sua rede de dependências, bem como a habilidade de atuarem sobre si mesmos e sobre a conjuntura na qual se inserem, seguindo premissas democráticas previamente estipuladas.

Os E5 e E7, ambos do H2, reconhecem haver autonomia para o desempenho da gestão, mas esta autonomia, conforme exprimem em suas falas, ocorre de forma parcial e limitada, sendo comprometida pela burocratização e pelo modelo administrativo que ainda possui uma “ligação umbilical com a Secretaria de Saúde” (E7H2). Ainda à luz das reflexões de Campos e Campos (2012), faz-se relevante pontuar que a co-constituição dessa autonomia decorre, invariavelmente, do próprio sujeito, e subordina-se a uma série de condições alheias a esse indivíduo, dentre elas a existência de leis mais ou menos democráticas, conforme referem esses autores.

A limitação desta autonomia deve-se, também, à questão dos recursos financeiros – condição externa ao gestor –, os quais, no modelo jurídico da administração direta, estão centralizados no nível central e são por ele controlados. As falas dos participantes foram praticamente unânimes, no sentido de que essa centralização financeira restringe e interfere na administração e nos resultados apresentados pelas organizações hospitalares estudadas.

Porque a despeito de se ter uma gestão própria, como se diz, recursos humanos e contratação de pessoal, está muito ligada à Secretaria. O recurso que chega ao hospital depende da Secretaria, equipamento o hospital não tem autonomia para adquirir [...] (E2H1).

Então, eu não consigo melhorar hoje a minha estrutura, não consigo melhorar os meus recursos humanos porque o Estado não me permite isso, pelo menos em curto prazo [...] E o que limita bastante é exatamente essa falta de recursos, a falta de recursos para a *gente* poder otimizar nossos processos (E3H1).

[...] Eu posso dizer que eu não implementei determinadas coisas que a Portaria [nº 3.390, que Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)] exige porque eu dependo de recursos materiais e financeiros, que eu não tenho aporte (E4H1).

Os recursos financeiros são insuficientes, e então, limita (E5H2).

[...] Do ponto de vista financeiro, há uma insuficiência de custeio, para se manter a estrutura hospitalar [...] Não temos controle porque nós não somos uma unidade orçamentária, essa unidade está na SESAB, e a SESAB é quem aloca os recursos aqui, e eu não tenho essa autonomia, não (E7H2).

Existe, portanto, uma recorrência de conteúdo, que diz respeito à escassez de recursos e à limitação de autonomia financeira, que restringem as decisões, diminuem o controle dos processos e contingenciam o planejamento. Além disso, inviabilizam a implantação da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Convergindo com as falas anteriores, tem-se a fala, de um Apoiador Institucional da Diretoria de Gestão da Rede Própria – DGRP da SESAB (AI- DGRP/SESAB), participante deste estudo:

[...] Eu vejo o que não o torna independente: o gestor da Rede Própria não tem independência financeira, ele está atrelado à gestão, então, ele não pode ser

independente! Para cada coisa que ele tem que fazer, ele tem que estar junto aqui! (AI – DGRP/SESAB).

A fala do representante direto da SESAB corrobora a percepção dos gestores acerca da dependência que possuem em relação ao nível central, bem como da falta de autonomia para lidar com as demandas que requeiram a utilização de recursos financeiros, e também, de recursos humanos, como fora explicitado pelos entrevistados. Isso se confirma noutro momento da entrevista, quando, ao ser indagado sobre quais seriam as principais demandas apresentadas pelos gestores, o Apoiador Institucional da SESAB respondeu: “o gestor costuma dizer que tem problemas com Recursos Humanos (RH), que é sempre insuficiente, tem problemas de recurso [financeiro], isso é uma fala [...] de qualquer gestor, você vai ver” (AI – DGRP/SESAB).

### c) Modelo “mercurial”

Este modelo, mencionado por um dos gestores, designa uma forma de administrar decorrente das circunstâncias que se desenham na organização e da “temperatura” que ali se observa. Em que pese a relevância do planejamento para o processo de gestão hospitalar, o “modelo mercurial” parece atender às demandas emergentes do cotidiano hospitalar, dando conta de suprir as necessidades que se julgam prioritárias, mesmo que as ações disso advindas fujam ao planejamento previamente estruturado. Deste feito, E12 destaca:

[...] Mas *a gente* trabalha mais ou menos assim, o ônibus pega andando, *né?* *A gente* não tem tempo nem de treinar, de fazer um treinamento para depois receber. *A gente* recebe, já *bota* na escala, que já está faltando. Então é uma “**administração mercurial**”: dependendo da temperatura *a gente* vai administrando (E12H1).

Para Teixeira e colaboradores (1998), embora seja um instrumento de racionalização, o planejamento não se restringe a uma técnica elementar, passível de reprodução, a despeito das circunstâncias, do tempo ou do lugar em que se insere, pois a sua operacionalização depende de sujeitos imbuídos de vontade política. Partindo dessa perspectiva, observa-se que a administração no H1 segue o ritmo dos acontecimentos, ou das demandas que se apresentam, embora haja, conforme colocado pelos participantes da pesquisa, um processo de planejamento que visa organizar e otimizar a gestão.

E12 evidencia a necessidade de treinamento dos recursos humanos, mas, contrariando esse ponto de vista, quando a “temperatura” do momento exige resoluções rápidas e de curto

prazo, os funcionários recém-contratados são encaixados na escala de serviço, sem que haja qualquer preparo precedente.

d) Modelo “prato feito”

As falas de dois gestores sobre o modelo de gestão centralizado e verticalizado, preponderante na organização hospitalar onde atuavam, são explicitados a seguir:

Eu não posso nem dar opinião, porque não chega para *a gente*, nós já recebemos o **prato feito!** (E9H3).

Não tenho nem como classificar, porque isso quem classifica é a SESAB, *né?* **A gente entrou já numa coisa que já está feita**, mas a administração é mais participativa (E11H3).

Os gestores E9 e E11, ambos integrantes da alta direção do Hospital 3, suscitam uma reflexão de que talvez seja necessária uma maior participação dos gestores nas deliberações ocorridas no nível central (SESAB), a respeito da própria administração das suas unidades de gestão. Para esses gestores, o estabelecimento do modelo de gestão hospitalar vigente no contexto em que atuam, foi algo que ficou sob a responsabilidade da SESAB, cabendo a eles adequar-se àquilo que já estava posto, quando da sua assunção ao cargo.

Para além destas inferências apresentadas, as quais são possíveis após análise das colocações dos entrevistados 9 e 11, torna-se viável, também, aventar outra reflexão: não seria demasiadamente frágil a percepção que esses gestores têm sobre a sua própria autonomia, de modo a considerarem o modelo de gestão instaurado no hospital como “um prato feito”, e sobre o qual não podem praticar interferências e modificações, ou essas falas reverberariam um certo grau de desconhecimento quanto aos modelos de gestão organizacional, previstos no arcabouço teórico da Administração?

e) “Modelo para ser copiado pelos demais!”

Cabe destaque, aqui, para a forma como o gestor, E6, do Hospital 2, classificou o modelo de gestão preponderante em sua organização hospitalar:

É um modelo de gestão muito bom, que está sendo adotado por essa nova gestão aqui, que é um **modelo para ser copiado pelos demais**, *né?* Hoje nós estamos sendo sinalizados que todo mundo quer copiar o nosso hospital, saber o que estamos fazendo. Na verdade, esse modelo de gestão, é um modelo que atende a população com qualidade, *né?* E com isso, na Emergência *a gente*, foi determinado, o atendimento de pacientes graves, que é isso que este hospital atende. Pacientes de menor complexidade são encaminhados, porque geralmente são coisas bobas, que não têm necessidade de ocupar uma vaga aqui, que é para gravidade, *né?* [...] (E6H2).

Em sua fala, E6H2 apresenta divergência entre o que disseram E9 e E11, citado anteriormente. Se por um lado, aqueles dois gestores não conseguem classificar o modelo de administrativo de sua unidade de gestão, E6H2 sugere que o modelo de gestão adotado pela organização hospitalar em que atua é tão bom, que deve ser reproduzido pelos demais hospitais da Rede.

A fala do E6H2, traduz a perspectiva desse gestor, de que, “modelo de gestão a ser copiado” é aquele que preza pela qualidade da assistência e do atendimento às demandas da coletividade. Ademais, o complemento de sua fala, dentro desse mesmo contexto, direciona para a resolutividade das ações e serviços hospitalares como elemento basilar na constituição de um modelo de gestão que pode ser considerado por ele como “muito bom”.

f) “Modelo em construção”

Alguns gestores lançaram mão de verbos no gerúndio para classificarem o modelo administrativo presente em suas unidades de gestão. Levando-se em conta que o gerúndio é uma forma verbal que expressa continuidade de uma ação, ou a concomitância de uma ação em relação a outra (BECHARA, 2009; PASCOALIN; SPADOTO, 2008), as falas dão a ideia de que existe um paradigma administrativo pretendido, e que a organização caminha em direção ao seu alcance, conforme se vê:

Eu poderia dizer assim, que esse hospital trabalha, na busca, **garimpando**, para ser uma gestão compartilhada, uma cogestão (E4H1).

[...] Nós estamos, dentro do nosso projeto novo de gestão, **mudando** um pouco, para que o hospital tenha uma governança institucional melhor (E5H2).

Eu digo que é ‘**em construção**’, ou seja, é preciso uma consolidação desse modelo, você colocar gestores cada vez mais capacitados, na gestão, porque *a gente* ainda tem esse problema, ou seja, às vezes *a gente* tem na linha intermediária, pessoas que não têm a formação específica, que não têm um olhar de gestão, isso dificulta, é o que eu chamo de ‘média gestão’, de ‘gestão intermediária’ (E7H2).

É um modelo de gestão que preza sempre pelo diálogo, pela participação dos sujeitos [...], **tentando** ser mais efetivos no que *a gente* faz [...]. Então *a gente* tem tentado, a gestão tem tentado [...] É um modelo de gestão que tenta incluir os trabalhadores, mas, sempre **pensando** que o objetivo é atender o usuário [...] (E8H2).

Somada à noção de continuidade expressada pelos gerúndios empregados nas falas dos demais gestores, o Entrevistado 7 levanta outra questão a ser considerada: a falta de capacitação dos sujeitos para a administração, dificultaria o processo de gestão. Para E7 há que se contratar gestores devidamente competentes e preparados, a fim de que se promova uma consolidação



do modelo de gestão hospitalar, apesar de não ter havido clareza, em seu discurso, sobre qual seja este modelo.

### Modelo de gestão e o desenho organizacional

Foi requerido aos representantes hospitalares que compuseram este estudo, o organograma institucional, a fim de que se pudesse analisá-lo e/ou utilizá-lo como fonte de dados. Contudo, um dos hospitais não o disponibilizou, e mesmo após procuras exaustivas em *sites* oficiais, bem como em *sites* de busca da *internet*, este instrumento de gestão não fora encontrado. Deste feito, apresentar-se-á, nessa seção, breve análise dos organogramas de apenas dois dos hospitais estudados.

Spagnol e Fernandes (2004) explicam que os desenhos organizacionais são representados por meio de organogramas, que trazem à evidência os setores de uma empresa e a forma como estão estruturadas as inter-relações entre os diversos sujeitos que a compõem. Ainda para as autoras o organograma é deveras relevante para a análise das organizações, uma vez que ele pode possibilitar, dentre outras coisas, a percepção acerca da distribuição de funções no contexto da organização e a contemplação do fluxo de comunicação entre os seus partícipes.

Entretanto, para fins de evitar rotulações e juízos de valor, é importante destacar que o fato de a organização dispor de um organograma não implica, necessariamente, que ela será disciplinada ou organizada, pois, conforme debatem Ruthes e Cunha (2007), o organograma não é um fim em si mesmo, mas um suporte para a administração, sendo, ao mesmo tempo, o reflexo da estrutura organizacional.

Os organogramas dos hospitais que os disponibilizaram, encontram-se na Seção de Anexos deste trabalho, mas não foram identificados a fim de se preservar o anonimato das organizações e dos participantes. Portanto, eles serão reportados como Organograma 1 e Organograma 2, localizados nos Anexo A e Anexo B, respectivamente.

À primeira vista, percebe-se que ambos os desenhos organizacionais possuem estruturas distintas. O Organograma 1 (Anexo A) está disposto em formato horizontalizado, enquanto o Organograma 2 (Anexo B) foi concebido de forma verticalizada. A representação do Organograma 1 pressupõe a existência de níveis hierárquicos mais flexíveis e democráticos, ao passo que o Organograma 2 exibe um recorte mais tradicional, comumente encontrado em estruturas organizacionais mais rígidas e engessadas.

Prosseguindo com a observação, percebe-se a ausência de Colegiados de Gestão nestes arranjos organizacionais, a despeito de um gestor ter feito referência à presença deste espaço em sua organização. Além disso, torna-se claro que os dois hospitais estão organizados por setores especializados, o que converge com as falas dos participantes, quando eles foram inquiridos a respeito de como se organizava o hospital:

Sim! Eu tenho, no organograma, em cada setor desse, eu tenho coordenações, que respondem pelos setores.

Sim, está organizado por setores. [...] Existe um organograma funcional que define a hierarquia e o modo como é constituído o “staff” do hospital.

Sim. Os setores, cada um tem seu coordenador.

Todo hospital, é feito por setores, [...] tem uma divisão estrutural, um organograma.

Por setores, existe um organograma. [...] De forma que são quatro diretorias.

De acordo com Ruthes e Cunha (2007) o organograma pode designar o alcance da gestão, que pode ser tratado, também, como controle. A abrangência da gestão estaria intrinsecamente relacionada ao quantitativo de trabalhadores que se subordinam diretamente a um dado diretor. A análise do Organograma 2 (Anexo B) induz à ideia de que a Diretoria Geral controla as demais Diretorias: Administrativa; de Enfermagem; Médica (de atendimento Odontológico e de Ensino); Médica; e de Apoio Diagnóstico, e que estas, por sua vez, controlam os setores subordinados, bem como as coordenações. Neste sentido, segundo Cecílio e Mendes (2004), a questão do poder, da autoridade e da ordem se evidencia nos organogramas formais.

Para Spangnol e Fernandes (2004) a verticalização da estrutura organizacional pode conferir mais morosidade à organização, diminuindo sua efetividade em resolver demandas de funcionários e usuários. As autoras fortalecem sua reflexão destacando que o grande quantitativo de níveis hierárquicos dificulta o fluxo de informações das instâncias subordinadas à alta direção. O desenho organizativo verticalizado remonta à discussão de Martins (1997), ao se referir à administração pública como influenciada por uma visão ortodoxa, cuja responsabilidade vai desde a base para o topo, ao passo que a direção ocorre do topo para a base.

Ainda abrangendo essa visão, ao serem questionados sobre o rigor da estrutura hierárquica das organizações hospitalares que se encontram sob a sua liderança, os gestores fizeram as seguintes considerações:

Perfeita! Não se pode ter nenhuma administração que não tenha um controle rigoroso de hierarquia e eu cobro bastante isso no hospital, de minhas coordenações, de minhas

diretorias, mas tem toda uma descentralização de comando, mas sempre lembro que “o rei sou eu!” (E1H1).

Com certeza. Um dos pilares aqui, de se conseguir o resultado, é justamente, o respeito à hierarquia. [...] Então, se não tiver esse respeito hierárquico, a coisa não funciona efetivamente (E2H1).

Não! [...] Nós nos conversamos muito bem, nos entendemos muito bem [...]. Apenas nós exigimos dos funcionários o cumprimento das suas obrigações (E6H2).

É uma estrutura em que tem uma abertura muito grande para os trabalhadores, e entre eles [...] (E8H2).

Considero, porque nosso diretor geral é uma pessoa que gosta das coisas certas, entendeu? [...] (E10H3).

Média, se fosse totalmente rigorosa não havia, nunca a flexibilização (E11H3).  
Não. Deve existir uma hierarquia, toda estrutura organizacional deve existir uma hierarquia [...] (E12H3).

As falas dos gestores do Hospital 1, dão margem à compreensão de que a estrutura hierárquica daquela organização podia apresentar maiores níveis de rigidez, à medida em que as falas dos gestores dos Hospitais 2 e 3 podem, em tese, evidenciar a existência de uma hierarquia mais flexível.

#### Caracterização do processo decisório

Em pesquisa realizada na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), cuja ênfase é direcionada para o processo político de gestão da organização ponderado através de análise de documentos e de entrevistas com seus dirigentes, Coelho e Paim (2005) consideraram que a forma como o fluxo decisório era ordenado, no caso estudado, a depender do estilo de gestão do dirigente, se observava maior ou menor controle das decisões nos níveis subsequentes, mais ou menos democráticos. Neste sentido, no que tange à decisão e controle, os referidos autores propuseram, com base no produto empírico da pesquisa, alguns tipos de gestores com seus estilos de decisão, que são metaforizados no quadro a seguir:

Quadro 2 Tipificação de gestor e estilos de decisão.

TIPO DE GESTOR	ATRIBUTOS IDIOSINCRÁTICOS	ESTILO DE DECISÃO
<b>O Cirurgião</b>	Rápido, incisivo, protagonista	Centralizada e sistemática
<b>O Indutor</b>	Persuasivo, sutil, autocrático	Manipulada e interessada

<b>O Participativo</b>	Democrático, progressista, maleável	Compartilhada e técnico-racional
<b>O Formal</b>	Burocrata, normatizado, pragmático	Institucionalizada e cartorial
<b>O Técnico-negociador</b>	Proativo, inovador, entusiasta	Flexibilizada e competente

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Coelho e Paim (2005).

O Quadro 2 aponta para a inferência de que, quanto mais o gestor se insere na perspectiva de um perfil flexível e descentralizado, partilhando o poder e a administração com sua equipe, mais o processo decisório por ele elaborado se aproxima do ideário democrático e participativo. Em contrapartida, os modelos de gestão mais rígidos e centralistas despontam em tomadas de decisão mais isoladas, impositivas e menos democráticas.

A partir dessas situações, e com vistas a conhecer a maneira como o gestor das organizações hospitalares sob administração direta conduzia o processo decisório, o Instrumento de Coleta de Dados contemplava o seguinte quesito: “Como o senhor toma as decisões no cotidiano?”, donde foram obtidas as respostas que se apresentam a seguir:.

a) Decisões compartilhadas

Os gestores referiram que buscavam decidir em sintonia com os demais sujeitos, ouvindo a equipe e deliberando, conjuntamente, com ela, conforme a fala de pelo menos metade dos gestores, explicitadas a seguir:

Com profissionalismo, **ouvindo toda a equipe, todos os setores, para que a gente possa tomar as decisões**, como qualquer ferramenta de gestão [...] (E1H1).

**Eu tomo em conjunto**, eu gosto muito de ouvir a opinião das pessoas, eu não sou centralizador, **preciso entender a situação e compartilhar a opinião dos outros** (E3H1).

A *gente* discute com a diretoria e com os serviços, *né?* Ouve muito, e bastante os serviços, **são decisões colegiadas** (E5H2).

[...] **Tomada de decisões estratégicas elas são avaliadas no conjunto da direção**, a partir de uma análise diagnóstica, a proposta de intervenção, **o processo decisório é participativo** (E7H2).

[...] **Eu ouço as pessoas**, eu ouço os dois lados, **para depois eu tomar as minhas decisões** (E10H3).

A inclusão dos sujeitos nas tomadas de decisão, referida pelos gestores, está em consonância com o que preconiza o Ministério da Saúde, o qual prevê, de igual modo, que esta

inclusão tornar-se-á uma prática de gestão apenas mediante o estabelecimento de condições políticas e institucionais legítimas (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a participação da coletividade nos processos decisórios promoveria uma ampliação da ideia de corresponsabilização, uma vez que a deliberação das tarefas emanaria de pactos entre os sujeitos e não de imposições sobre eles. Como resultante disto, a produção de saúde seria maior e mais qualificada, já que a motivação pessoal estaria aumentada, o que validaria, por sua vez, os princípios éticos que subsidiam a práxis na saúde (BRASIL, 2009).

Estabelecendo uma relação entre as falas dos gestores e as informações contidas no Quadro 2, poder-se-ia dizer que, partindo da análise do estilo de decisão adotado, esses gestores podem ser tipificados como “Participativos”.

#### b) Decisões tomadas “rapidamente”

Alguns gestores concordaram que as decisões no âmbito das organizações hospitalares devem ser tomadas de forma célere e imediata. Sendo assim, eles revelaram agir “rapidamente” quando a pauta era “decisão”, tal como se verifica nas falas a seguir:

**As decisões aqui têm que ser rápidas, né?** Todas as decisões são muito rápidas, e *a gente* não tem muito tempo para pensar, não, porque o hospital é muito dinâmico, ele funciona. A coisa é muito rápida, e as decisões, realmente, têm que ser muito rápidas. [...] Então são coisas que você tem que pensar muito rápido e agir muito rápido (E6H2).

**Rápido e necessário para resolver o problema do paciente deste hospital.** Não tem essa conversa não, **é rápido, e bem rápido** (E9H3).

[...] E esses funcionários eles participam, inclusive, com sugestões, mas não vou lhe mentir que em determinados momentos *a gente* não consegue fazer isso, **algumas deliberações têm que ser tomadas mesmo, verticalmente, principalmente na estrutura que *a gente* vive, de imediatismo, de resolução rápida, de ter que tomar decisão rápido**, às vezes *a gente* precisa tomar algumas decisões imediatas, **ai essas decisões imediatas não são participativas**, não são de participação coletiva (E12H3).

A celeridade das decisões, tal como é colocada pelos gestores, parece vir atrelada a um processo centralizador, menos racional e comunicativo. Corroborando esta percepção, noutro momento o E12H3 ressalta que, em sua gestão, a tomada de decisão concentra-se nele próprio e nos coordenadores que a ele se subordinam, que seriam as “cabeças pensantes” da organização:

[...] Mas todas as decisões tomadas, na Diretoria que eu ocupo, são de acordo com as ‘cabeças pensantes’ daqui, que somos eu e os demais coordenadores (E12H3).

Com base na tipificação proposta no Quadro 2, o perfil desses gestores se enquadraria no tipo “Cirurgião”, no qual o gestor é protagonista do processo decisório, e cuja forma de decidir é centralizada e sistemática.

c) Decisões baseadas em parâmetros

As falas de alguns gestores possibilitaram a apreensão de que sua tomada de decisão baseava-se em processos formais, em parâmetros institucionais, previamente estabelecidos pela organização, como se pode observar:

**Eu tomo a partir de avaliações dos processos, né?** Dos processos de trabalho. Estudando, na verdade, a causa raiz (E4H1).

Existe uma rotina, definida administrativamente, **dentro de decisões, de parâmetros já pré-estabelecidos, né?** [...] A demanda vem de instâncias, digamos assim, da base, e a gente encaminha até o topo (E7H2).

**A gente sempre tenta tomar as decisões baseado no que se apresenta de indicadores,** ou de gestão ou quando a decisão é em relação a recursos humanos, é o que tem sido trazido pelas coordenações [...] (E8H2).

Resgatando a caracterização de gestores sugerida no Quadro 2, tem-se que as falas destes participantes se identificariam com o tipo “Gestor Formal”, o qual toma decisões de modo institucionalizado e cartorial. Reforçando o pressuposto de que o gestor “Formal” tem, como característica idiossincrática, atitudes burocráticas, o E7, que não ocupa o cargo de diretor geral, afirma que as demandas que originam suas decisões surgem da base e são encaminhadas até o topo, dando a ideia de que há uma trajetória institucional a ser seguida, que vai desde o surgimento da necessidade de decidir, até a tomada de decisão propriamente dita.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos demonstraram que no âmbito das organizações hospitalares estudadas, o modelo de gestão caracterizado pelos gestores não reproduz, *ipsis litteris*, apenas

um dos três tipos de administração abordados nesta pesquisa (Patrimonialista, Burocrático e Gerencialista), mas agrega em si características pertinentes a cada um deles.

Ao referirem, consensualmente, que o modelo de gestão presente em sua unidade de atuação é “Participativo”, os gestores das unidades hospitalares pesquisadas se aproximaram do ideário preconizado amplamente nos documentos legais do SUS, os quais arbitram que a administração dos serviços públicos de saúde deve se dar de forma democrática, horizontalizada e com a intensa e efetiva participação dos diversos sujeitos, que devem ser, inclusive, considerados protagonistas do processo de gestão, e não apenas subordinados a eles.

Entretanto, não obstante ao fato de os gestores declararem que praticam uma gestão flexível e participativa, o desenho organizacional de dois dos hospitais estudados, por exemplo, sinaliza a existência de uma estrutura ainda rígida, cujo comando direciona-se do topo para a base, e as responsabilidades caminham da base para o topo. Essa constatação pôde ser feita mesmo quando o organograma se desenhava de forma horizontalizada, dados os demasiados graus hierárquicos nele existentes. Para além disso, em muitos momentos alguns gestores declararam adotar posturas autoritárias e verticalizadas, contrapondo-se em suas falas com afirmativas exatamente contraditórias.

É importante destacar, contudo, que os traços da administração Burocrática são prevalentes nas falas dos participantes e se sobrepuseram às características dos demais modelos estudados. Isso pode ser verificado, principalmente, na centralização dos recursos financeiros, fortemente destacada por eles, e no alto grau de dependência que os gestores demonstraram ter em relação ao nível central, tanto para deliberar sobre determinados assuntos, quanto para consolidar algumas decisões tomadas no contexto organizacional, além da estrutura organizativa com rigorosos níveis hierárquicos, com a predominância de profissionais especializados, treinados e dotados de tecnologias gerenciais.

O processo decisório, a despeito de muitos gestores o reputarem como participativo e demonstrarem compromisso em operacionalizá-lo dessa forma, ainda seguia, de modo geral, uma prática centralizada, verticalizada e diretiva, o que pode ser constatado em muitas das falas dos gestores participantes.

Sendo assim, é possível perceber que a adoção de um modelo de gestão colegiada, com a participação mais efetiva e legítima dos sujeitos, seria uma alternativa para democratizar a gestão, tornando-a mais horizontalizada, menos centralizadora, promovendo ações mediante acordos e não pelo poder da hierarquia. De igual modo, a instauração de processos decisórios mais compartilhados e flexíveis, resultantes de uma comunicação lateralizada, poderia promover melhorias à gestão hospitalar, aproximando-a dos pressupostos teóricos que preveem

que os administradores das organizações públicas de saúde devem rechaçar quaisquer práticas autocráticas ou impositivas em seu modo de gerir.

Este trabalho revelou que ainda há uma lacuna no que se refere ao estudo do modelo de gestão presente nas organizações hospitalares administradas pelo Estado, bem como uma confusão constante entre a natureza jurídico-administrativa e o modelo de gestão propriamente dito. Portanto, sugere-se que mais estudos sejam realizados sobre a temática, uma vez que os resultados deles advindos podem redundar em aperfeiçoamento e avanços das estruturas administrativas estatais.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE; Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. (cap. 7, p.139-159).

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Novo portal**. [Site] < [http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)>. Acesso em: 20 de mar. de 2016.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 2, p. 67-98, 1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BECHARA, Evanildo. **Moderna gramática portuguesa**. 37 ed. rev., amp. e atual. conforme o Novo Acordo Ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)



\_\_\_\_\_. **Resolução 466/12:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 12 de dez. de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31dez. 2013. Seção 1, p. 54-56.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. [Site]. Disponível em: <[http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def)> Acesso em: 07 de jun. de 2014.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. [Site]. Disponível em: <[http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def)> Acesso em: 15 de fev. de 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Administração pública gerencial:** estratégia e estrutura para um novo Estado. 1996. 28 f. (Texto para discussão, 9) Brasília: MARE/ENAP, Brasília, DF, 1996.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p.719-738.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MENDES, Taniella Carvalho. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

\_\_\_\_\_, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. saúde pública**, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.

CIANCIARULLO, T. I. Compromisso institucional do enfermeiro na área da saúde: a questão da gestão do conhecimento. **Revista técnico-científica de enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 101-103, 2003.

COELHO, Thereza Christina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo Decisório e Práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5. p.1373-1382, set/out, 2005.

DAFT, Richard L. **Organization Theory and Design**, 11. ed., Thomson/South-Western College Publishing, 2013.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FLEURY, Maria Tereza Leme. (Org.). **As pessoas na organização**. 1. ed. São Paulo: Editora Gente, 2002. v. 1. 306p.

GOMES, Annatalia Meneses de Amorim et al. Colegiados de Gestão em Hospital Público: uma Estratégia em Direção À Gestão Participativa. p. 55. In: **Anais do Congresso Internacional**

de **Humanidades & Humanização em Saúde** [= **Blucher Medical Proceedings**, vol.1, num.2]. São Paulo: Blucher, 2014. ISSN 2357-7282, DOI 10.5151/medpro-cihhs-10294

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 26. ed., 1995.

HOPPEN, N. Resolução de problemas, tomada de decisão e sistemas de informação. **Caderno de Administração Geral Programa de Eficácia Gerencial**, Porto Alegre, 1992.

KLERING, Luis Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise–Revista de Administração da PUCRS**, v. 21, n. 1, 2010.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.

MARQUES, Iracema Sena de S. **Gestão de hospitais públicos**: Estudo sobre os Modelos Burocrático e Terceirizado de Gestão no Estado da Bahia. Salvador, 2005. 155f. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2005.

MARTINS, Humberto Falcão. Burocracia e a revolução gerencial—a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, v. 48, n. 1, p. 42-78, 1997.

MARTINS, Vidigal Fernandes. Hospitais Universitários Federais e a Nova Reestruturação Organizacional: O Primeiro Olhar, Uma Análise de um Hospital Universitário. **Revista de Administração e Contabilidade da FAT**, v. 3, n. 2, p. 4-22, 2011.

MENEZES, Maria Helena Viana da Fonseca. **Novos modelos de gestão hospitalar**: liderança e satisfação profissional em enfermagem. Vila Real, 2010. 174f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, 2010.

MINAYO, Maria Cecília et al (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, Gercina Alves de. A burocracia weberiana e a administração federal brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 4, n. 2, p. 47-74, 1970.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. Modelos Teóricos da Administração Pública. In: **Administração Pública**. Campinas, SP: IESDE, 2010.

OLIVEIRA, V. C. da S. e. Modelos de Administração Pública. IN: SANABIO, M. T., et al. (org.) **Administração pública contemporânea**: política, democracia e gestão. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. (cap. I, p.11-34).

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PALUDO, Augustinho Vincente. **Administração pública**. Elsevier, 2010.

PASCHOALIN, Maria Aparecida; SPADOTO, Neusa Terezinha. **Gramática**: teoria e exercícios. Ed. renovada. São Paulo: FTD, 2008.

PAULA, Ana Paula de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **©ERA**, VOL. 45, nº1, p. 36-49, Jan./Mar. 2005.

PINTO, I. C. M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, Jainilson Silva; ALMEIDA-FILHO. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. MedBook, Rio de Janeiro, p.231-243, 2014.

REIS, Manoela Cerqueira. **Capacidade de Gestão de Hospitais Públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia**. 2015. 157 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

RUTHES, Rosa Maria; CUNHA, I. C. K. O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n. 35, 2007.

SABBADINI, Francisco Santos. **Análise do processo decisório sob a perspectiva da racionalidade limitada e da formação de conceitos: o caso da sgb-1**. II Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – SEGeT´, 2005.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso metodológico. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa**. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social. Feira de Santana: UEFS Ed., 2010. (cap. 5, p.87-119).

SHORTELL S. M.; KALUZNY A. D. and Associates. **Health Care Management – Organization Design and Behavior**. Sixth Edition. Thompson Delmar Learning, USA, 2012.

SILVA, Atila Mendes da et al. Entre "feudos" e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, 2015.

SOUZA, Antônio Artur de, et al. Controle de gestão em organizações hospitalares. **REGE. Revista de Gestão**, v. 16, n. 3, p. 15, 2009.

SPAGNOL, Carla Aparecida; FERNANDES, Marcia Simoni. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 157, 2004.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc & Saúde Colet**. v.17, n.4, p: 821-828, 2012.

TEIXEIRA, Carmem Fontes et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 1, p. 1301-14, 2010.

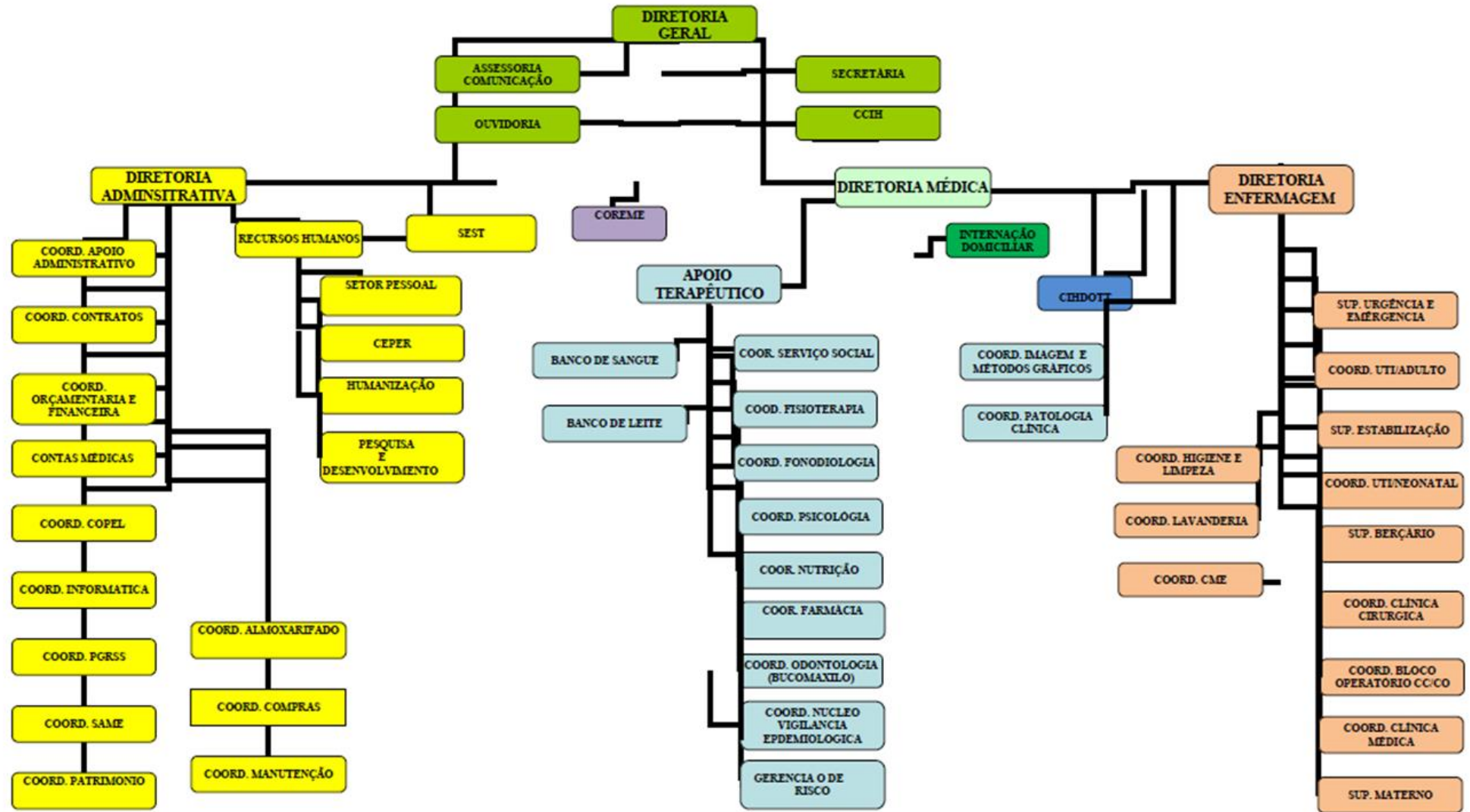
WEBER, Max. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva**. v. 2. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 579-584, 2007.

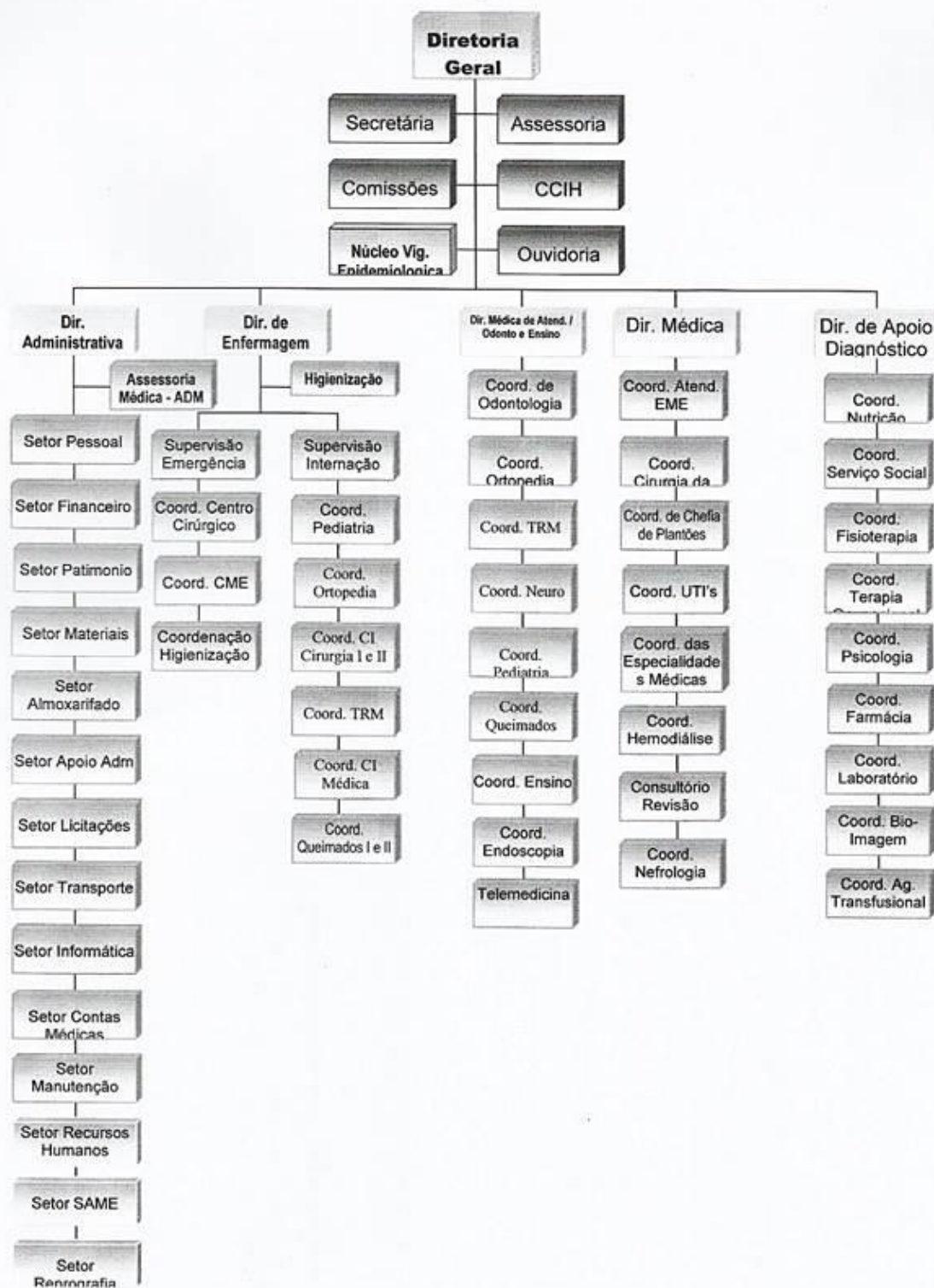
YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.

# ANEXOS

ANEXO A – ORGANOGRAMA 1



## ANEXO B – ORGANOGRAMA 2



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou a compreensão de aspectos relevantes que dizem respeito à gestão de hospitais públicos, administrados diretamente pelo Estado, bem como de vários elementos que permeiam o modelo de gestão neles instaurado. Quanto ao perfil sociodemográfico dos gestores dos hospitais estudados, percebeu-se que os resultados evidenciam que a maioria de homens brancos, com idade média de 48 anos, médicos, com especialização em administração hospitalar e dotados de experiência pretérita.

A percepção dos gestores mostrou que a demanda não programada ainda se sobrepõe à capacidade instalada em suas unidades de gestão, de modo que este foi considerado, pela maioria dos entrevistados, como um dos maiores gargalos das organizações hospitalares, impondo entrave à fluidez dos serviços, resultando em sobrecarga para a equipe de saúde, exiguidade de leitos, superutilização da estrutura, dos equipamentos e insumos, com reflexos negativos sobre a qualidade da assistência prestada, além de tornar-se impeditiva ao acesso do usuário aos serviços hospitalares.

Para os gestores a demanda inadequada representa um problema para o hospital, sendo que numa das unidades, conforme informara o gestor, pelo menos 50% dos atendimentos prestados se dirigiam a usuários que podiam ser absorvidos em outros pontos da Rede. A demanda excessiva, contudo, não fora referida como problema em uma das unidades pesquisadas, já que em seu entorno funcionava uma UPA 24h que absorvia esse excesso sentido pelos demais. Essa pode ser uma solução interessante a ser adotada pelo Estado, com vistas a sanar este problema em outras organizações hospitalares.

O problema da demanda excessiva relaciona-se a outra dificuldade mencionada pelos gestores: a desarticulação da RAS, com conseqüente comprometimento da longitudinalidade do cuidado. Em nenhum momento, os gestores sinalizaram para uma possível sintonia entre o hospital e outros pontos de atenção. Ao contrário disto, este estudo evidenciou que a organização hospitalar era apontada pela grande maioria dos participantes como a protagonista da RAS, equivalendo-se à principal porta de entrada do Sistema, o que destoa do arcabouço teórico do SUS, o qual preconiza que a Atenção Primária deva desempenhar esse papel.

Estrutura física obsoleta, precária e insuficiente, com déficits nas manutenções preventiva e corretiva também foram gargalos ressaltados pelos gestores. Contudo, a despeito dos obstáculos, pode-se inferir que, de modo geral, os gestores explicitaram, em suas falas, que acreditam ser profícuo o serviço prestado por suas unidades de gestão. De igual forma, ficou



patente nas falas, que eles concebem a organização que administram sob uma perspectiva assertiva e otimista.

Os resultados também revelaram que no âmbito das organizações hospitalares estudadas, o modelo de gestão de gestão caracterizado pelos gestores não reproduz, *ipsis litteris*, apenas um dos três tipos de administração abordados nesta pesquisa (Patrimonialista, Burocrático e Gerencialista), mas agrega em si características pertinentes a cada um deles.

Ao referirem, consensualmente, que o modelo de gestão presente em sua unidade de atuação é “Participativo”, os gestores se aproximaram do ideário preconizado amplamente nos documentos legais do SUS, os quais arbitram que a administração dos serviços públicos de saúde deve se dar de forma democrática, horizontalizada e com a intensa e efetiva participação dos diversos sujeitos, que devem ser, inclusive, considerados protagonistas do processo de gestão, e não apenas subordinados a eles.

Entretanto, não obstante ao fato de os gestores declararem que praticam uma gestão flexível e participativa, o desenho organizacional de dois dos hospitais estudados, por exemplo, sinalizava a existência de uma estrutura ainda rígida, cujo comando direcionava-se do topo para a base, e as responsabilidades caminhavam da base para o topo. Essa constatação pôde ser feita mesmo quando o organograma se desenhava de forma horizontalizada, dados os demasiados graus hierárquicos nele existentes. Para além disso, alguns gestores declararam adotar posturas autoritárias e verticalizadas, contrapondo-se em suas falas com afirmativas exatamente contraditórias.

É importante destacar, contudo, que os traços da administração Burocrática são prevalentes nas falas dos participantes e se sobrepuseram às características dos demais modelos estudados. Isso pode ser verificado, principalmente, na centralização dos recursos financeiros, destacada por eles, e no alto grau de dependência que os gestores demonstraram ter em relação ao nível central, tanto para deliberar sobre determinados assuntos, quanto para consolidar algumas decisões tomadas no contexto organizacional, além da estrutura organizativa com rigorosos níveis hierárquicos, com a presença de profissionais especializados e dotados de tecnologias gerenciais.

O processo decisório, a despeito de muitos gestores o reputarem como participativo e referindo o compromisso de operacionalizá-lo dessa forma, ainda seguia, de modo geral, uma prática centralizada, verticalizada e diretiva, o que pode ser constatado em muitas falas dos gestores.

Sendo assim, tem-se, como perspectiva para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar, que a adoção de um modelo de gestão colegiada, com a participação mais efetiva e legítima dos

sujeitos e da comunidade, seria uma alternativa para democratizar a gestão, tornando-a mais horizontalizada, menos centralizadora, promovendo ações mediante acordos e não pelo poder da hierarquia. De igual modo, a instauração de processos decisórios mais compartilhados e flexíveis, resultantes de uma comunicação lateralizada, poderia promover melhorias à gestão hospitalar, aproximando-a dos pressupostos teóricos que preveem que os administradores das organizações públicas de saúde devem rechaçar quaisquer práticas autocráticas ou impositivas em seu modo de gerir.

Os achados proporcionados por este estudo evidenciam, também, a necessidade de uma melhor articulação da RAS, com papéis, perfis e ações definidos para cada ponto de atenção, a fim de que as demandas dos usuários sejam devidamente direcionadas e assistidas. Isso redundaria, inclusive, em minimização dos problemas relacionados à exiguidade de leitos e de superutilização do espaço e recursos físicos.

Este trabalho revelou, portanto, que ainda há uma lacuna no que se refere ao estudo do modelo de gestão presente nas organizações hospitalares administradas pelo Estado, bem como a presença de equívocos no que tange à natureza jurídico-administrativa e o modelo de gestão propriamente dito. Ademais, compreende-se que é necessária a realização de outros estudos, que discutam e analisem, sob pontos de vista diversos, os vários aspectos que transversalizam a gestão das organizações hospitalares sob administração direta, uma vez que seus resultados e as reflexões deles advindos podem redundar em aperfeiçoamento e avanços das estruturas administrativas estatais contribuindo para que a gestão pública seja cada vez mais fortalecida e efetiva em sua missão, e para que o Estado assuma com competência, a responsabilidade de gerir a máquina pública.

## REFERÊNCIAS

ALWIS, Shrianjani Marie Gina de; HIGGINS, Susan Ellen. Information as a tool for management decision making: a case study of Singapore. **Information Research**, v.7, n.1, 2001. Available from Internet <<http://informationr.net/ir/7-1/paper114.html>>. Acesso em: 13/12/2013.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE; Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: UEFS Ed., 2010. (cap. 7, p.139-159).

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Novo portal**. [Site] <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37)>. Acesso em: 20 de mar. de 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BERTERO, Carlos Osmar. Mudança organizacional e processo decisório. **R. Adm. Emp.**, Rio de Janeiro, v. 16, n 2, Mar./Abr., 1976.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; MENDES, José Dínio Vaz; MAGALHAES, Adriana. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade. **RAHIS**, v. 3, n. 7, p. 30-44, 2012.

BODSTEIN, Regina. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Set./Out., p. 1336-1338, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. v. 139, n.112, Seção 1, p.36.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.132 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011a, 8).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos HumanizaSUS**; v. 3).

\_\_\_\_\_. Consulta pública nº 19, de 1º de novembro de 2012. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 nov. 2012a. Seção 1, p. 40.

\_\_\_\_\_. **Resolução 466/12**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 12 de dezembro de 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2013a. Seção 1, p. 54-56.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. [Site]. Brasília: MS; 2013. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=BAHIA](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291080&NomeEstado=BAHIA) Acesso em: 20 de set. de 2013b.

\_\_\_\_\_. **Conceitos e definições em saúde**. Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Ministério da saúde. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 09 de ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. [Site]. Brasília: MS; 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def> Acesso em: 15 de fev. de 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Administração pública gerencial**: estratégia e estrutura para um novo Estado. 1996. 28 f. (Texto para discussão, 9) Brasília: MARE/ENAP, Brasília, DF, 1996.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; BONASSA, Elvis César. O novo paradigma da gestão de pessoas. IN: GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). **Gestão Hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2009. (cap. 4, p.92-108).

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; FERREIRA, Marina Nagata; SILVA, Poliana Cavalcante. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 290-299, 2011.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 24, n. 1, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; RATES, Susana Maria Moreira. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. **REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS-RMMG**, v. 18, n. 4, 2009.

CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.197-210, 2003.

CLEGG et al. **Handbook de estudos organizacionais** – reflexões e novas direções. São Paulo: Atlas, 2001. 352p. v.2

COELHO, Thereza Christina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo Decisório e Práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5. p.1373-1382, set/out, 2005.

DRUMOND, Alexandre Matos; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SILVA, Edson Arlindo. Predominância ou coexistência? Modelos de administração. **Rev. Adm. Pública**. 48(1):3-25, jan./fev. 2014.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_, Michel. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FREUND, Julien. **A sociologia de Max Weber** 5º Ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GALBRAITH, J. Kenneth. **Anatomia do poder**. Tradução de Hilário Torloni. São Paulo: Pioneira, 1986. 205 p.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. 9. ed. Trad. de Eric Nepomuceno. Porto Alegre: L&PM, 2002. 270p.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. IN: **Política de saúde**: o público e o privado. Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GRAÇA, Luís. **Evolução do sistema hospitalar**: uma perspectiva sociológica. 2000. [Site]. Disponível em: [http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html). Acesso em: 17 de set. de 2014.

GUERRA, Mariana. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. 129f. Dissertação. (Mestrado em Contabilidade e Controladoria). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria (CEPCON), Belo Horizonte, 2011.

HOPPEN, N. (1992). Resolução de problemas, tomada de decisão e sistemas de informação. **Caderno de Administração Geral Programa de Eficácia Gerencial**, Porto Alegre.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

JORGE, Alzira de Oliveira. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

KLERING, Luis Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise–Revista de Administração da PUCRS**, v. 21, n. 1, 2010.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.

LIRA DA ANUNCIACÃO, Alan; ZOBOLI, Elma. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 6, p. 522-8, 2008.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, 2010.

MARÍN, José. **Los condicionantes que se derivan de los procesos de reforma del Estado, de la administración pública y del sector salud a lanu evagestión hospitalaria**. VI Congreso Del CLAD, nov. 2001.

MARSDEN, R.; TOWNLEY, B. Introdução: a coruja de minerva: reflexões sobre a teoria na prática. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W.R. (Orgs.) **Handbook de estudos organizacionais: reflexões e novas direções**. São Paulo: Atlas, 2001, p.31-56.

MARTINS, Humberto Falcão. Burocracia e a revolução gerencial—a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, v. 48, n. 1, p. 42-78, 1997.

MARQUES, Iracema Sena de S. **Gestão de hospitais públicos: Estudo sobre os Modelos Burocrático e Terceirizado de Gestão no Estado da Bahia**. Salvador, 2005. 155f. Dissertação (Mestrado), Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2005.

MATHEUS, M. C. C. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. Porto Alegre: L&PM, 2006.

MELO JÚNIOR, João Alfredo Costa de Campos. Burocracia e educação: uma análise a partir de Max Weber. **Pensamento Plural**. 2010. Pelotas [06]: 147 - 164, Jan/Jun, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

MENEZES, Maria Helena Viana da Fonseca. **Novos modelos de gestão hospitalar: liderança e satisfação profissional em enfermagem**. Vila Real, 2010. 174f. Dissertação (Mestrado), Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, 2010.

MERTON, Robert K. **Sociologia: Teoria e Estrutura**. Tradução de Miguel Maillat. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

MORITZ, Gilberto de Oliveira; PEREIRA, Maurício Fernandes. **Processo decisório**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006, 168p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC. 14<sup>a</sup>. ed., 2014, 407p.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. Modelos Teóricos da Administração Pública. In: **Administração Pública**. Campinas, SP: IESDE, 2010.

OLIVEIRA, V. C. da S. e. Modelos de Administração Pública. IN: SANABIO, M. T., et al. (org.) **Administração pública contemporânea: política, democracia e gestão**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013. (cap. I, p.11-34).

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PALUDO, Augustinho Vincente. **Administração pública**. Elsevier, 2010.

PAULA, Ana Paula de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **©ERA**, VOL. 45, nº1, p. 36-49, Jan./Mar. 2005.

PINOCHET, Luis Hernan C.; GALVÃO, Claudia Raffa. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 498-507, 2010.

PINTO, I. C. M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, Jainilson Silva; ALMEIDA-FILHO. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. MedBook, Rio de Janeiro, p.231-243, 2014.

POMEROL, Jean-Charles; ADAM, Frederic. From Human Decision Making to DMSS Architecture. In: M. Mora, G. A. Forgionne, *et al* (Ed.). **Decision making support systems : achievements, trends, and challenges for the new decade**. Hershey PA: Idea Group Publishing, 2003.

PRADO, Alfredo Marcos do. Modelos de administração pública e o rent seeking. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, Jan. 2014. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=14220](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14220)>. Acesso em 08 de abril de 2015.

PRESTES MOTTA, Fernando C.; **Burocracia e autogestão: a proposta de Proudhon**. 224f. Tese. (Doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1980.

REIS, Manoela Cerqueira. **Capacidade de Gestão de Hospitais Públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia**. 2015. 157 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2015.

SABBADINI, Francisco Santos. **Análise do processo decisório sob a perspectiva da racionalidade limitada e da formação de conceitos: o caso da sgb-1.II Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – SEGeT**, 2005.

SANTANA, Judith Sena da Silva. Percurso metodológico. IN: SANTANA, Judith, S; NASCIMENTO, Maria Angela A. do (org.). **Pesquisa. Métodos e Técnicas de Conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. (cap. 5, p.87-119).

SANTOS, Lenir. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do autoritarismo brasileiro**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Publit Soluções Editoriais, 2007. 290p.

SOUTO, Ana Cristina. **Processo de gestão na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa / Salvador, 2007**. 192f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia– Salvador: 2007.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA.: Sage, 1995.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.4, pp. 821-828. ISSN 1413-8123.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. (Org.) **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, José Manoel de Camargo et al. Planejamento estratégico e operacional em saúde. IN: GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006. (cap. 2, p.38-56).

TRAGTENBERG, Maurício. **Burocracia e Ideologia**. São Paulo, Ática, 1992.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo, Atlas, 1992.

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl 1, p. 1301-14, 2010.

VIEIRA, Arlan Raubach Hoffmann et al. A administração pública patrimonialista e seu caráter dominante. **Revista Gestão Premium/Cursos de Administração e Ciências Contábeis – FACOS/CNEC**. Osório. Dez/2012.

WEBER, Max. Burocracia. In: WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: LTC S.A. 1982. p. 229-282.

\_\_\_\_\_, Max. **Economia e Sociedade: Fundamentos da Sociologia Compreensiva**. Volume 1. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 4ª ed. 1999.

\_\_\_\_\_, Max. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. (Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa). 5. ed., rev., anot., e org. por Johannes Winckelmann. São Paulo: Editora UnB, 2009, v.1.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, Sandra de Mello. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 579-584, 2007.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1) Acesso em: 07 de abril de 2015.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O GESTOR DA DGRP-SESAB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta

**AUTORA:** Samantha Souza da Costa Pereira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O GESTOR DA DGRP – SESAB

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

DATA	ENTREVISTA Nº	CÓDIGO DO ENTREVISTADO	HORÁRIO DE INÍCIO	HORÁRIO DE TÉRMINO
___/___/___				

#### 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GESTOR

QUESTÃO	OBJETIVOS
<b>Sexo</b>	_____
<b>Idade</b>	_____
<b>Estado civil</b>	_____
<b>Formação acadêmica</b>	Identificar se a formação do gestor é compatível com o cargo que ele exerce.
<b>Anos de atuação no mercado de trabalho</b>	Conhecer o tempo de atuação do gestor no mercado de trabalho.
<b>Trabalha em outras instituições?</b>	Verificar se o gestor possui outros vínculos empregatícios ou se trabalha em regime de dedicação exclusiva.

<b>Qual o cargo que ocupa atualmente neste departamento?</b>	Saber qual cargo ocupa o participante da entrevista.
<b>Há quanto tempo trabalha na gestão?</b>	Conhecer os anos de experiência do gestor.
<b>Qual o seu tipo de vínculo trabalhista com a instituição? É concursado?</b>	Saber se o gestor possui vínculo trabalhista estatutário ou trabalha sob outro regime qualquer. Perceber se contratação de gestores se dá apenas por indicação ou considerando, também, outros critérios.
<b>Já atuou como gestor anteriormente?</b>	Reconhecer experiências pregressas do gestor exercendo esta mesma função.
<b>Qual a sua carga horária semanal?</b>	Conhecer o ritmo do trabalho do gestor.
<b>Possui alguma formação específica na área da gestão ou administração?</b>	Saber se o gestor foi qualificador para atuar como tal.
<b>Se sim, considera satisfatória a formação adquirida para a prática da gestão, no exercício da sua atividade?</b>	Conhecer a percepção do gestor acerca de sua própria qualificação.

### 3. ROTEIRO DA ENTREVISTA

<b>QUESTÃO</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>Como funciona esta diretoria? Qual função o senhor desempenha nela?</b>	Conhecer o funcionamento da DGRP; investigar qual é o público para quem o gestor trabalha; conhecer o repertório de ações desenvolvidas pelo gestor.
<b>Dentro da estrutura hierárquica da SESAB, o senhor considera que a DGRP possui autonomia irrestrita para tomar decisões?</b>	Perceber o grau de autonomia do DGRP no contexto da SESAB.
<b>Em sua opinião, a gestão dos hospitais que compõem a Rede Própria, é efetiva?</b>	Apreender a percepção do gestor acerca da eficiência da gestão hospitalar da Rede Própria.
<b>Como é a relação entre esta Diretoria e os gestores hospitalares?</b>	Conhecer de que forma se dá a relação entre os gestores de nível central e os gestores do âmbito hospitalar.
<b>1- Como são negociadas, entre hospitais e DGRP, as demandas existentes?</b> <b>2- Existem espaços específicos para estas negociações?</b> <b>3- Que demandas são continuamente apresentadas pelos gestores?</b> <b>4- Os processos de negociação normalmente redundam em consensos ou dissensos?</b> <b>5- De que forma os conflitos são administrados?</b>	1- Perceber como são feitas as negociações entre hospitais e DGRP diante das demandas que a gestão apresenta. 2- Saber se as negociações ocorrem em espaços específicos. 3- Conhecer os problemas que mais afligem a gestão, e que são apresentados com mais frequência ao nível central. 4- Saber se há efetividade nos processos de negociação, havendo mais acordos ou desacordos. 5- Perceber como o gestor da DGRP gerencia os conflitos.

<p><b>1- Quais os principais espaços de diálogo entre a DGRP e os hospitais? (reuniões, fóruns, Colegiado de Gestão, entre outros).</b></p> <p><b>2- Como funcionam estes espaços de diálogo?</b></p> <p><b>3- Os objetivos estabelecidos para estes momentos são alcançados?</b></p> <p><b>4- Quais são os temas mais frequentemente abordados nestes momentos?</b></p> <p><b>5- Quem participa deles?</b></p> <p><b>6- Que avaliação o senhor faz destes momentos de diálogo entre a gestão hospitalar e a DGRP?</b></p>	<p>1- Saber se há espaços específicos para o diálogo entre DGRP e gestão hospitalar.</p> <p>2- Perceber se são espaços democráticos, participativos, ou centralizadores.</p> <p>3- Perceber se os objetivos propostos para os momentos de comunicação são atingidos.</p> <p>4- Verificar quais são as temáticas mais frequentes nos momentos de comunicação entre DGRP e gestão hospitalar;</p> <p>5- Reconhecer os sujeitos que estabelecem comunicação entre a gestão hospitalar e o DGRP.</p> <p>6- Apreender a percepção do gestor sobre os momentos de diálogo com a gestão hospitalar.</p>
<p><b>1- Os gestores hospitalares possuem autonomia para tomar decisões?</b></p> <p><b>2- Os hospitais possuem Conselho de Gestão? A DGRP participa destes momentos?</b></p>	<p>1- Saber se os gestores têm autonomia para conduzir os processos decisórios.</p> <p>2- Conhecer a se há estrutura de Conselhos de Gestão nos hospitais e se a participação da DGRP é efetiva neles.</p>
<p><b>Esta diretoria estabelece metas a serem cumpridas pelos hospitais?</b></p> <p><b>Quais são elas?</b></p> <p><b>Se sim, como é feito o monitoramento de cumprimento destas metas?</b></p> <p><b>Com que periodicidade estas metas são avaliadas?</b></p> <p><b>Que instrumentos se utilizam para avaliá-las?</b></p> <p><b>O hospital é bonificado quando do alcance das metas?</b></p> <p><b>E no caso de não cumprimento das mesmas, há ônus?</b></p>	<p>Investigar a maneira como o gestor controla os resultados advindos de seu planejamento.</p>
<p><b>A PNHOSP preconiza que “a administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária”. A SESAB ou o Ministério da Saúde realizam atividades que apoiem a qualificação profissional dos gestores hospitalares?</b></p>	<p>Identificar se a formação dos gestores hospitalares é fomentada pelos níveis centrais.</p>
<p><b>Todos os hospitais recebem o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), conforme prevê a Portaria 142/14? Como a DGRP aplica este recurso?</b></p>	<p>Saber se o recurso destinado pelo MS para, dentre outros objetivos, apoiar o fortalecimento da gestão dos hospitais, é utilizado para este fim.</p>
<p><b>A PNHOSP estabelece que os hospitais, enquanto integrantes da RAS, devem atuar de forma articulada à Atenção Básica de Saúde. Os hospitais da Rede Própria se articulam com os demais integrantes da RAS?</b></p>	<p>Conhecer a perspectiva do gestor da DGRP acerca da articulação dos hospitais com a RAS.</p>
<p><b>Que resultados você tem tido com seu trabalho? Está dentro do planejado?</b></p>	<p>Identificar o produto do trabalho do gestor e a relação trabalho X resultado projetado.</p>
<p><b>Qual é sua expectativa com relação ao seu trabalho?</b></p>	<p>Conhecer as expectativas do gestor sobre o seu trabalho.</p>
<p><b>O que ou que situações dificultam, em geral, o resultado positivo do seu trabalho?</b></p>	<p>Conhecer a percepção do gestor acerca dos resultados ou das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho.</p>

<b>O senhor acompanha os resultados dos planejamentos que realiza? De que forma?</b>	Investigar a maneira como o gestor controla os resultados advindos de seu planejamento.
--	---

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GESTORES DOS HOSPITAIS**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta

**AUTORA:** Samantha Souza da Costa Pereira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS GESTORES DOS HOSPITAIS**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

DATA	ENTREVISTA Nº	CÓDIGO DO ENTREVISTADO	HORÁRIO DE INÍCIO	HORÁRIO DE TÉRMINO
____/____/____				

## 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GESTOR

QUESTÃO	OBJETIVOS	CATEGORIAS
Sexo / Idade / Estado civil	_____	_____
Formação acadêmica	Identificar se a formação do gestor é compatível com o cargo que ele exerce.	<b>Formação.</b>
Qual o cargo que ocupa atualmente no hospital?	Saber qual cargo ocupa o participante da entrevista.	<b>Ocupação.</b>
Há quanto tempo trabalha na gestão? Já atuou como gestor anteriormente?	Conhecer os anos de experiência do gestor.	<b>Experiência.</b>
Qual o seu tipo de vínculo trabalhista com a instituição? É concursado?	Saber se o gestor possui vínculo trabalhista estatutário ou trabalha sob outro regime qualquer.	<b>Vínculo e Regime de Trabalho.</b>
Possui alguma formação específica na área da gestão ou administração?	Saber se o gestor foi qualificado para atuar como tal.	<b>Qualificação.</b>

## 3. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E OS MODELOS DE GESTÃO

QUESTÕES	OBJETIVOS	CATEGORIAS
Como o senhor descreve este hospital?	Conhecer a percepção do gestor acerca da organização hospitalar que ele gerencia.	<b>Organização hospitalar.</b>
Este hospital está organizado por setores? De que forma isto se estrutura?	Conhecer a organização do hospital e seus respectivos setores.	<b>Estrutura hospitalar.</b>



<p><b>Quais os principais gargalos relacionados à:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturas física e organizacional;</li> <li>• Organização do trabalho; e aos</li> <li>• Resultados apresentados pela organização?</li> </ul>	<p>Verificar os gargalos relativos às estruturas física e organizacional, à organização do trabalho e aos resultados apresentados.</p>	<p><b>Dificuldades organizacionais.</b></p>
<p><b>Quais as fontes de financiamento deste hospital? São suficientes?</b></p>	<p>Saber quais as Fontes de financiamento.</p>	<p><b>Suficiência/insuficiência de recursos.</b></p>
<p><b>O senhor tem algum tipo de controle sobre os recursos? Como eles chegam?</b></p>	<p>Conhecer grau de controle sobre os recursos financeiros.</p>	<p><b>Controle sobre os recursos financeiros.</b></p>
<p><b>Você poderia caracterizar a estrutura administrativa desse hospital em termos de flexibilidade ou rigidez das ações?</b></p>	<p>Perceber se o gestor classifica a estrutura administrativa como centralizada e rígida, ou flexível e descentralizada, com incentivo à criatividade e à inovação.</p>	<p><b>Centralização versus descentralização; Rigidez versus flexibilidade.</b></p>
<p><b>Quanto à estrutura hierárquica desta organização, você a considera rigorosa?</b></p>	<p>Apreender a percepção do gestor acerca da estrutura hierárquica, verificando se ele considera que ela possui rigorosos níveis hierárquicos ou menos níveis hierárquicos.</p>	<p><b>Hierarquia de comando. (poder informal x poder formal)</b></p>
<p><b>Você acredita que a estrutura hierárquica deste hospital concede autonomia às instâncias subordinadas?</b></p>	<p>Perceber se o gestor considera que a estrutura hierárquica da organização concede autonomia às instâncias subordinadas.</p>	<p><b>Autonomia dos subordinados.</b></p>
<p><b>Em que situações você costuma delegar tarefas de gestão?</b></p>	<p>Identificar se a gestão é descentralizada.</p>	<p><b>Autonomia dos subordinados.</b></p>
<p><b>Como você controla as atividades desenvolvidas no hospital (ou na área específica em que atue o gestor)?</b></p>	<p>Verificar se o controle é feito <i>a priori</i>, focando nos processos legalmente definidos, ou <i>a posteriori</i>, concentrando-se nos resultados.</p>	<p><b>Controle.</b></p>

<b>Em termos de relacionamento com o nível central, você considera que existe confiança em seu trabalho como gestor?</b>	Investigar se há, por parte do nível central, falta de confiança no gestor, ou existe uma confiança limitada, controlada por resultados.	<b>Relação inter-níveis.</b>
<b>Você é exigido em relação aos resultados do seu trabalho? Se sim, como você atende a essa exigência?</b>	Verificar se o gestor é exigido a apresentar resultados do seu trabalho, e de que forma isso é demonstrado às instâncias superiores.	<b>Controle do nível central.</b>
<b>Existe neste hospital alguma política de incentivo à produtividade? Se sim, os funcionários deste hospital são estimulados a produzir? De que forma?</b>	Investigar se os funcionários públicos são estimulados à produtividade.	<b>Estímulo à produtividade.</b>
<b>Você acha que este hospital é efetivo? Em quais aspectos?</b>	Conhecer a percepção do gestor sobre a efetividade do hospital.	<b>Efetividade hospitalar.</b>
<b>Na sua opinião, os hospitais sob gestão indireta funcionam melhor que os hospitais sob gestão direta? Por quê?</b>	Reconhecer a percepção do gestor acerca da efetividade do modelo de gestão adotado pela Rede Própria, quando comparado à administração indireta.	<b>Diferenciais de desempenho por regime jurídico.</b>
<b>Como se dá a contratação dos trabalhadores deste hospital? Todos eles são concursados?</b>	Verificar se os trabalhadores são nomeados de acordo com afinidades políticas ou com base em mérito profissional. Analisar a relação “critérios meritocráticos <i>versus</i> apadrinhamento político/pessoal”.	<b>Contratação profissional e Regime de Trabalho.</b>
<b>Como você classificaria o modelo de gestão adotado por esta organização hospitalar?</b>	Conhecer a percepção do gestor acerca do modelo de gestão predominante em seu lócus de trabalho.	<b>Percepção sobre o modelo de gestão.</b>

#### 4. GESTÃO NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (PNHOSP)

QUESTÕES	OBJETIVOS	CATEGORIAS
<b>Você conhece a PNHOSP?</b>	Identificar grau de conhecimento do gestor sobre a PNHOSP.	<b>Conhecimento.</b>
<b>Como teve acesso a ela? Os funcionários do hospital a conhecem?</b>	Conhecer como se dá o acesso do gestor à PNHOSP e se existe uma preocupação da unidade em disseminar a política.	<b>Acesso à informação.</b>
<b>A PNHOSP determina que a população de referência deste hospital tenha acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. Essa designação é cumprida a contento? Se não, que aspectos dificultam a operacionalização deste regulamento?</b>	Conhecer como se dá o acesso da população de referência à unidade hospitalar; verificar se este acesso está em consonância com o preconizado pelo MS em Portaria específica.	<b>Acesso ao nível terciário.</b>
<b>São pressupostos da PNHOSP que o modelo de atenção hospitalar assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Você considera que o modelo de atenção vigente neste hospital, contempla tais premissas? Por quê?</b>	Verificar se o modelo de atenção adotado pelo hospital contempla as premissas da PNHOSP, no que tange ao acesso, qualidade da assistência e segurança do paciente.	<b>Modelo de atenção hospitalar.</b>
<b>De que forma vocês gerenciam os leitos hospitalares?</b>	Perceber como se dá o gerenciamento dos leitos hospitalares.	<b>Gestão da capacidade dos leitos.</b>
<b>O senhor considera que o Ministério da Saúde implementa e operacionaliza políticas efetivas</b>	Perceber se o gestor considera efetivas as políticas do MS que visam à formação e a qualificação de gestores hospitalares.	<b>Incentivo à formação de gestores.</b>

no auxílio e formação de gestores hospitalares?		
---	--	--

## 5. PROCESSO DECISÓRIO

QUESTÕES	OBJETIVOS	CATEGORIAS
Como o senhor toma as decisões no cotidiano?	Conhecer a maneira como o gestor conduz a tomada de decisão.	<b>Caracterização do processo decisório.</b>
Sua tomada de decisão é rotinizada ou ela se dá de acordo com os problemas emergentes?	Caracterizar o processo decisório (rotinizado ou dinâmico).	<b>Rotina <i>versus</i> Emergência (ações e problemas estruturados e não estruturados)</b>
Que conhecimentos o senhor mais utiliza para decidir?	Identificar os conhecimentos mais utilizados para a decisão e a racionalidade subjacente.	<b>Racionalidade técnica (médica, sanitária?), política, administrativa e econômica.</b>
O senhor considera que dispõe de informações suficientes para decidir no seu cotidiano? Quem ou o que fornece as informações mais relevantes?	Identificar as informações que fundamentam a decisão e quem as fornece (Subordinado? Sistema de Informação? Experiência?).	<b>Informação para decisão.</b>
As decisões seguem algum tipo de planejamento de ações?	Caracterizar o processo decisório.	<b>Planejamento <i>versus</i> improvisação</b>
Os funcionários do hospital participam das decisões que o senhor toma no âmbito da gestão? De que forma?	Conhecer o nível de participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão.	<b>Processo decisório participativo <i>versus</i> autoritário (centralização <i>versus</i> descentralização).</b>
O nível central lhe confere autonomia para decidir? Você considera que o nível central confia em sua tomada de decisão?	Verificar se o nível central confia ou não no gestor, no que diz respeito às tomadas de decisão. Investigar se há, por parte do nível central, falta de confiança no gestor, ou existe uma confiança limitada, controlada por resultados.	<b>Autonomia para a tomada de decisão.</b>

<b>Os recursos disponíveis (financeiros, físicos, humanos e organizacionais) são suficientes para que sua tomada de decisão seja autônoma, ou estes são elementos limitadores do processo decisório?</b>	Observar se o gestor possui suporte do nível central, no que tange à provisão dos recursos, para subsidiar sua tomada de decisão.	<b>Suficiência/insuficiência de recursos para a tomada de decisões.</b>
<b>Os recursos financeiros interferem na sua tomada de decisão? De que maneira?</b>	Conhecer as limitações oferecidas pelo financiamento à tomada de decisão.	<b>Financiamento como elemento limitador na tomada de decisões.</b>
<b>Como você supera a escassez de recursos e as urgências? (Se o gestor considerar que há escassez).</b>	Conhecer as estratégias do gestor para lidar com o déficit de recursos frente às urgências.	<b>Superação da escassez.</b>
<b>Que fatores mais facilitam ou limitam a sua tomada de decisão?</b>	Conhecer elementos facilitadores e dificultadores dos processos decisórios.	<b>Facilitadores e dificultadores.</b>
<b>As decisões tomadas no âmbito da gestão são cumpridas a contento do esperado?</b>	Verificar se as decisões tomadas pela gestão são operacionalizadas.	<b>Operacionalização das decisões.</b>
<b>Diante dessas questões todas colocadas o senhor poderia caracterizar o modelo de gestão desse hospital?</b>	Conhecer a forma como o gestor classifica o modelo de gestão hospitalar.	<b>Caracterização do modelo de gestão.</b>
<b>Existe alguma informação sobre a gestão desse hospital que o senhor considere importante e não tenha sido mencionada?</b>	Conhecer as informações complementares, caso existam, que o gestor queira acrescentar, acerca da gestão hospitalar, que não tenham sido contempladas até este momento da entrevista.	<b>Informações complementares sobre a gestão hospitalar.</b>

## APÊNDICE C – QUADRO PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta

**AUTORA:** Samantha Souza da Costa Pereira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### QUADRO PARA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GESTOR	HOSPITAL 1				HOSPITAL 2				HOSPITAL 3				DGRP	SÍNTESE
	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	G2	G3	G4	G1	
Sexo														
Idade														
Estado civil														
Formação acadêmica														



Centralização <i>versus</i> descentralização; Rigidez <i>versus</i> flexibilidade.																
Rigor hierárquico.																
Relação interníveis.																
Cobrança do nível central.																
Estímulo à produtividade.																
Autonomia dos subordinados.																
Efetividade hospitalar.																
Desempenho do regime jurídico.																
Contratação profissional.																
Aprensão do gestor sobre o modelo de gestão.																
<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CATEGORIA 2</b> <b>Gestão na perspectiva da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)</b>															







## APÊNDICE D – QUADRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta

**AUTORA:** Samantha Souza da Costa Pereira

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Thereza Christina Bahia Coelho

### QUADRO PARA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

DOCUMENTO	AUTOR	DATA	SÍNTESE	PERCEPÇÕES DA PESQUISADORA
		___/___/___		
		___/___/___		
		___/___/___		
		___/___/___		

## APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**Av. Transnordestina, S/N. Campus da UEFS. Módulo 6.**  
**Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). CEP 44031-460. Feira de Santana, Bahia.**  
**Fone: (75) 3161- 8116**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Samantha Souza da Costa Pereira, sou aluna regular do Mestrado Acadêmico em saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e estou realizando, na condição de pesquisadora-colaboradora, uma Pesquisa intitulada “**Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta.**”, a qual tem como orientadora e pesquisadora-responsável a Professora Dr<sup>a</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho. A pesquisa tem como objetivo principal: Analisar o modelo de gestão de hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Os resultados advindos deste estudo poderão auxiliar na promoção de melhorias do desempenho da gestão hospitalar, portanto, gostaria de convidá-lo (a) a participar dele. Para tanto, informo que sua colaboração é voluntária, por isso o (a) senhor(a) não receberá nenhum incentivo financeiro caso aceite participar deste estudo. O seu nome não será revelado e o (a) senhor(a) terá liberdade de desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Caso aceite participar da pesquisa, peço sua permissão para gravar sua fala, o que muito ajudará na realização deste trabalho. Após a entrevista o (a) senhor(a) poderá ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. A entrevista poderá causar risco de constrangimento ou o (a) senhor(a) poderá se emocionar durante sua realização. Entretanto, o (a) senhor(a) terá total liberdade para não responder às perguntas que lhe causem algum desconforto, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após ter sido iniciado. Os resultados deste estudo serão publicados em minha dissertação de Mestrado, em congressos e em Revistas científicas, e estarão também à sua disposição. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, o (a) senhor(a) pode entrar em contato com os pesquisadores na própria UEFS, ou através do telefone citado no cabeçalho desta página. Sendo assim, se o (a) senhor(a) concordar em participar da referida investigação, gostaria que assinasse o termo de consentimento, em duas vias, sendo uma cópia para mim e o outro ficará em sua posse. Os dados ficarão guardados por cinco anos sob os cuidados da pesquisadora-responsável, sendo destruídos ao final deste prazo. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa. Desde já, nossos sinceros agradecimentos.

Salvador, \_\_\_\_ de dezembro de 2015.

---

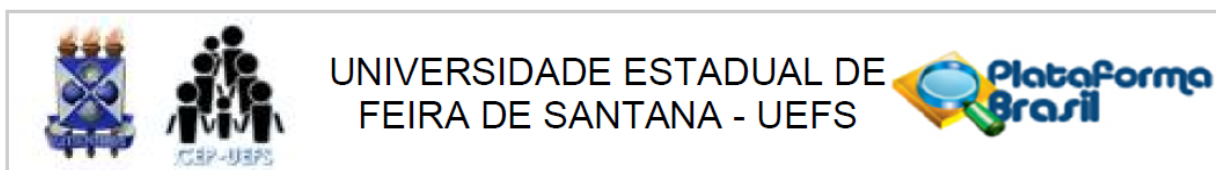
Participante

---

Samantha Souza da Costa Pereira  
 Pesquisadora colaboradora

# ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS

**Pesquisador:** Thereza Christina Bahia Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34392314.1.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO  
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 864.183

**Data da Relatoria:** 10/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa que agrega cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes do mestrado de Saúde Coletiva, Manoela Cerqueira Reis (FAPESB), Samantha Souza da Costa Pereira (CAPES) e Marcos Vinícius Santos Silva. De acordo com os autores, "o primeiro projeto faz uma ampla caracterização de toda uma rede hospitalar da SESAB e fornecerá informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4, são projetos de dissertação de mestrado que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizando-se de recortes teóricos e metodologias diferenciadas (...). O quinto e último projeto aproveita os desenvolvimentos teóricos-metodológicos de pesquisa anterior, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica (...) e os utiliza na Atenção hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Plataforma Brasil). Quanto à metodologia a ser utilizada, os autores esclarecem que: "No Subprojeto 1, a caracterização parte de uma descrição de atributos que qualificam certo objeto, no caso os hospitais, principalmente, em seus aspectos estruturais, que incluem informações sobre: a localização geográfica do hospital e população alvo; o tempo de funcionamento; os Contratos de Gestão firmados com seus PRAZOS DE DURAÇÃO E METAS. As principais características sobre a operadora ou entidade gestora também serão buscadas. As fontes de

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

**Bairro:** Módulo I, MA 17

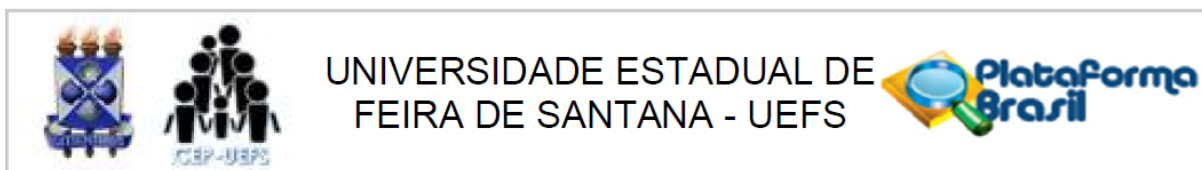
**CEP:** 44.031-460

**UF:** BA

**Município:** FEIRA DE SANTANA

**Telefone:** (75)3161-8067

**E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

dados serão primárias e secundárias. Como fontes primárias, serão utilizados documentos como os Relatórios de Gestão, Contratos de Gestão e outros documentos que compõem os indicadores de estrutura e que devem ser disponibilizados nas unidades, ou na Vigilância Sanitária do Estado da Bahia, e que poderão auxiliar na complementação de dados. A principal fonte secundária a ser usada será o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O subprojeto 2, partindo da caracterização do projeto 1 elegerá 3 hospitais sob gestão indireta cuja capacidade de gestão será avaliada por meio de análise qualitativa das entrevistas realizadas e documentos analisados, com identificação das diferenças nos modelos de gestão adotados e discussão da congruência desses modelos e as diretrizes do SUS. Os subprojetos 2 (sob gestão direta) e 3 também utilizam dados qualitativos oriundos de entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de unidades hospitalares de Feira de Santana e observação participante, focando o primeiro no modelo de gestão burocrático ainda presente nas unidades enquanto o segundo direciona sua análise para os efeitos da incorporação tecnológica no processo de trabalho dos profissionais de saúde. O subprojeto 5 aprofunda a análise dos processos de trabalho destes profissionais enfatizando as repercussões dos processos na saúde e vida destes profissionais. Os dados quantitativos serão tabulados e agrupados com o intuito de construir indicadores para a contextualização da rede hospitalar. Já os dados qualitativos serão tratados por meio de análise de texto e análise de discurso utilizando categorias operacionais e analíticas próprias para os objetivos de cada subprojeto (Formulário Plataforma Brasil). Orçamento no valor de R\$ 83.000,00 e posteriormente refeito e apresentando o valor de R\$ 89.880,00, pleiteia financiamento do CNPq e conta com contrapartida da UEFS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Geral:

Analisar o desempenho da gestão e atenção de hospitais que compõem a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período 2014-2015.

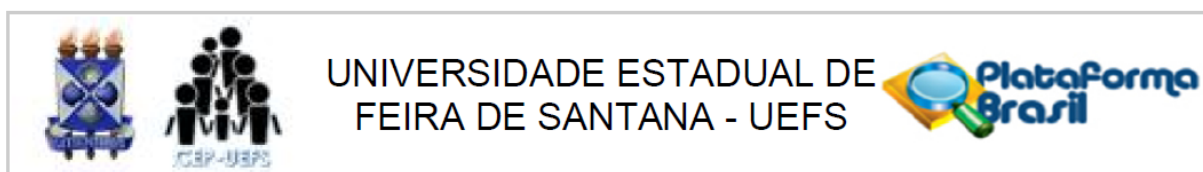
Específicos:

Sub-projeto 1. Caracterizar a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB);

Sub-projeto 2. Avaliar a capacidade de gestão de três organizações hospitalares, que compõem a Rede Própria da SESAB, sob gestão indireta;

Sub-projeto 3. Analisar os modelos de gestão adotados em hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), sob gestão direta;

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

Subprojeto 4. Analisar a incorporação tecnológica e seus efeitos na humanização da gestão e da atenção hospitalar.

Subprojeto 4 (sic). Analisar o processo de trabalho de profissionais e gestores que atuam em unidades hospitalares da rede própria da SESAB".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos." (TCLE)

**Benefícios:**

"[...] este estudo será importante, pois poderá contribuir para melhoria da gestão dos hospitais do SUS e, conseqüentemente, da saúde da população baiana." (TCLE)

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é detalhado e bibliograficamente fundamentado, possui metodologia exposta de maneira que facilitou o entendimento e a delimitação dos projetos e subprojetos. O projeto é viável do ponto de vista ético, tem relevância social e científica.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo contém os documentos de apresentação obrigatória.

#### **Recomendações:**

Embora já tenha apresentado a autorização da SESAB para a realização da pesquisa, sugiro que encaminhe aos Hospitais onde serão realizadas as coletas de dados um ofício informando sobre a pesquisa e a autorização da SESAB.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

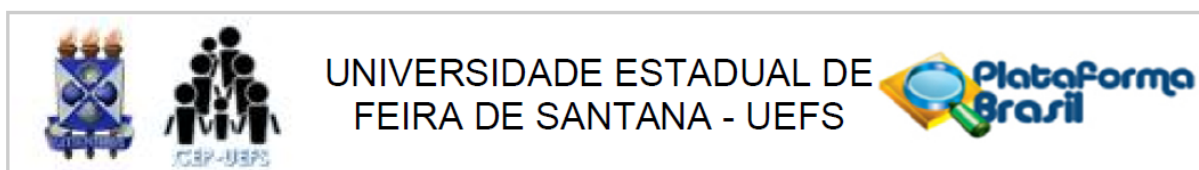
Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br





Continuação do Parecer: 864.183

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

FEIRA DE SANTANA, 10 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br

**ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SESAB**

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS

**DECLARAÇÃO**

Declaro, em nome da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em consonância com a Lei nº 8.080/90, Artigo 5º, inciso X, a anuência para a realização da pesquisa intitulada "Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS" em unidades hospitalares da Rede Própria da SESAB sob gestão direta e indireta, a qual pretende contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão em hospitais da rede SUS, sob a Coordenação da Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, Pesquisador Responsável, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Profa. Titular do Departamento de Saúde da UEFS.

Salvador, 22 de julho de 2014.

  
Gisélia Santana Souza  
Superintendente