

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

BÁRBARA DO NASCIMENTO CALDAS

**O PAPEL DO DIRIGENTE HOSPITALAR:
A percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às
Instituições Federais de Ensino Superior**

**SÃO PAULO
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

BÁRBARA DO NASCIMENTO CALDAS

O PAPEL DO DIRIGENTE HOSPITALAR:

**A percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às
Instituições Federais de Ensino Superior**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de conhecimento: Administração e Planejamento em Saúde

Orientadora: Profª Dra. Ana Maria Malik

**SÃO PAULO
2008**

Caldas, Bárbara do Nascimento.

O Papel do Dirigente Hospitalar: a percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior / Bárbara do Nascimento Caldas. - 2008.

141 f.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Administração. 2. Hospitais universitários - Administração. 3. Hospitais de ensino - Administração. 4. Administradores de saúde. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

BÁRBARA DO NASCIMENTO CALDAS

O PAPEL DO DIRIGENTE HOSPITALAR:

**A percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às
Instituições Federais de Ensino Superior**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de conhecimento: Administração e Planejamento em Saúde

Orientadora: Profª Dra. Ana Maria Malik

Data de aprovação:

28/02/2008

Banca examinadora:

Profª Dra. Ana Maria Malik (orientadora)

Prof. Dr. Djair Picchiali

Prof. Dr. Olímpio J. Nogueira V. Bittar

À minha mãe

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Ana Maria Malik, minha orientadora, pelo grande incentivo e apoio ao longo do caminho. Por sua dedicação, respeito e confiança, meu agradecimento e minha admiração.

Ao Professor Leonardo Justin Carâp por me apresentar a Administração em Saúde como uma possibilidade. Por muitas vezes ter acreditado em mim mais do que eu, testemunhando meu amadurecimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Airton, por me apoiar em minhas empreitadas, mesmo naquelas que ele julga pesadas demais para sua filha.

Aos meus irmãos, Gabriel e Gustavo, por existirem e por aumentarem nossa família com minhas cunhadas, Alessandra e Juliana, e com meus sobrinhos, Joaquim e João Pedro que me lembram das maravilhas de cada descoberta.

Ao Marcelo, por seu amor e carinho. Pelo apoio na operacionalização da pesquisa e na elaboração desta dissertação.

À Cris, minha amiga, pelas conversas sobre as coisas da vida e do trabalho. Pelo acolhimento e carinho de sempre.

Aos colegas da Coordenação de Planejamento do Instituto Nacional de Cardiologia que me apoiaram e compreenderam minhas ausências, em especial, Aline, Ana Helena, Mônica, Regina e Roberta.

À Aline e à Leila, pela ajuda e pelo convívio.

Aos meus colegas da pós-graduação que com suas críticas colaboraram no aprimoramento deste trabalho, em especial, Dorothy, Patrícia Berardi, Luciana Carpanez e Sandra Clinco.

Aos professores Djair Picchiali e Clóvis B. de Azevedo pelas contribuições na banca de qualificação do projeto.

Ao Dr. Alberto Kanamura, à Sra. Karla Larica, ao Prof. Leonardo Justin Carâp e ao Prof. Samuel Gohman, pela disposição em colaborar com este trabalho.

À ABRAHUE, em especial ao Prof. José Roberto Ferraro, à Sra. Berenice Tessari e à Sra. Adriana Rodrigues, pelo auxílio na divulgação da pesquisa.

Aos Diretores de Hospitais Universitários vinculados às IFES que participaram da pesquisa.

À Escola de Administração de Empresas de São Paulo, pelo apoio financeiro.

RESUMO

Os Hospitais de Ensino são componentes estratégicos no sistema de saúde. Para cumprirem seu papel na atenção à saúde, ensino e pesquisa de forma integrada ao sistema necessitam de uma gerência competente. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos profissionais em cargos de direção nos HU vinculados às IFES acerca de um conjunto de papéis e responsabilidades gerenciais. A metodologia utilizada foi a aplicação de um questionário, desenvolvido pela autora, que abordou também aspectos relativos aos HU e aos diretores. O grupo de potenciais respondentes foi composto pelo Diretor(a) Geral, Diretor(a) Clínico(a) e Diretor(a) Administrativo(a) de 42 dos HU/IFES. Ao todo 33 diretores responderam o questionário. De forma geral, os respondentes reconheceram as questões apontadas no instrumento como responsabilidade da gerência. O maior grau de concordância dos diretores com as afirmações constantes no questionário foi identificado nos papéis e responsabilidades relativos à motivação dos funcionários, à coordenação do trabalho das suas equipes, à realização de negociações e ao conhecimento da dinâmica de poderes do HU. O menor grau de concordância foi encontrado em relação à responsabilidade na promoção da comunicação interna no hospital. Outro papel não muito percebido pelos respondentes como pertencente ao trabalho do dirigente foi a responsabilidade em divulgar informações sobre o HU. Tal prática é fundamental para o exercício da transparência de gestão, do controle social e do compromisso com resultados, itens presentes na atual agenda da política pública definida para o segmento de HE.

Palavras-chaves: hospitais de ensino, administração em saúde, papel do dirigente.

ABSTRACT

University Hospitals are strategic components from the health system. To be able to fulfill their role in health care delivery, teaching and research within the health system, they need competent management. This study aimed to identify how professionals working as managers at University Hospitals at Federal Universities perceive managerial roles and responsibilities. The methodology used was the application of a questionnaire, developed by the author, that also helped identifying the managers and the hospitals where they worked. Expected respondents were CEOs, Medical Directors and Administrative Directors from 42 hospitals. 33 directors actually answered the questionnaire. In short, the respondents recognized the issues that were present in the questionnaire as managerial responsibilities. Managers presented the greatest degree of agreement with statements related to their roles and responsibilities regarding motivation of the work team, coordination of teams and knowledge about power structure in University Hospitals. The least degree was regarding their responsibility in promoting internal communication. They also didn't acknowledge as very relevant the need for spreading information about the University Hospital, considered fundamental in order to show managerial transparency, social control and accountability. These roles are present in the public policy agenda regarding Teaching Hospitals.

Key words: teaching hospitals, health management, managerial roles.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 3.1	A natureza das organizações: esquema para o texto.	60
Esquema 3.2	Fatores influenciadores no desempenho gerencial.	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1	Assimetria na administração de um hospital.	65
Figura 5.1	Distribuição geográfica por tipo de unidade dos HU ligados às IFES.	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a influência do seu comportamento no trabalho das demais pessoas da equipe. Brasil, 2007.	100
Gráfico 5.2	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade em orientar o trabalho das pessoas de sua equipe. Brasil, 2007.	100
Gráfico 5.3	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre as negociações serem parte importante do seu trabalho. Brasil, 2007.	101
Gráfico 5.4	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de alocação dos recursos. Brasil, 2007.	102
Gráfico 5.5	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade de promoção da comunicação interna. Brasil, 2007.	102
Gráfico 5.6	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a necessidade de conhecer a distribuição de poderes dentro do HU. Brasil, 2007.	103
Gráfico 5.7	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de intervenção no organograma do HU. Brasil, 2007.	104
Gráfico 5.8	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade em buscar novos recursos para o HU. Brasil, 2007.	105
Gráfico 5.9	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade em propor novos projetos para o hospital. Brasil, 2007.	105
Gráfico 5.10	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade em viabilizar novos projetos para o hospital. Brasil, 2007.	107
Gráfico 5.11	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade pelo cumprimento das metas do Plano Operativo Anual. Brasil, 2007.	107
Gráfico 5.12	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade pela definição da estratégia do hospital. Brasil, 2007.	108

Gráfico 5.13	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de sua equipe de implantar projetos pioneiros. Brasil, 2007.	109
Gráfico 5.14	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a sua freqüência na participação de eventos representando o hospital e/ou a Direção. Brasil, 2007.	110
Gráfico 5.15	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade de disseminar informações sobre o hospital. Brasil, 2007.	110
Gráfico 5.16	Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a contribuição de sua equipe na implantação de uma política pública. Brasil, 2007.	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 3.1	Legislação referente à atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino.	46-47
Quadro 3.2	Comparativo entre competência e habilidade.	55
Quadro 3.3	Papéis e competências das lideranças segundo o <i>Competing Values Framework</i> .	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1	Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, 2006.	28
Tabela 3.2	Número de hospitais no Brasil e número de HUE por sistema de referência segundo tipo de unidade. Brasil, 2006 e 2008.	36
Tabela 3.3	Distribuição dos hospitais e dos HUE por sistema de referência segundo região geográfica. Brasil, 2006 e 2008.	36
Tabela 3.4	Distribuição dos HUE por sistema de referência segundo esfera administrativa. Brasil, 2006 e 2008.	37
Tabela 3.5	Indicadores de capacidade instalada e de procedimentos realizados pelos HE. Brasil, 2006.	37
Tabela 5.1	Distribuição dos HU e das IFES às quais são vinculados segundo região geográfica. Brasil, 2006.	81
Tabela 5.2	Distribuição dos HU ligados às IFES segundo tipo de unidade. Brasil, 2006.	82
Tabela 5.3	Distribuição dos HU ligados às IFES segundo nível de complexidade. Brasil, 2006.	83
Tabela 5.4	Distribuição dos HU ligados às IFES segundo número de leitos. Brasil, 2006.	83
Tabela 5.5	Distribuição dos HU ligados às IFES segundo natureza da organização. Brasil, 2007.	84
Tabela 5.6	Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo região geográfica. Brasil, 2007.	86
Tabela 5.7	Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo nível de complexidade. Brasil, 2007.	86
Tabela 5.8	Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo número de leitos. Brasil, 2007.	87
Tabela 5.9	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo cargo ocupado. Brasil, 2007.	87
Tabela 5.10	Mecanismos de escolha dos ocupantes dos cargos de Direção nos HU respondentes da pesquisa. Brasil, 2007.	88

Tabela 5.11	Pré-requisitos para ocupação dos cargos nos HU respondentes da pesquisa. Brasil, 2007.	89
Tabela 5.12	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo de formados (graduação). Brasil, 2007.	90
Tabela 5.13	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo em que desempenham a atual função. Brasil, 2007.	91
Tabela 5.14	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo em que atua no serviço público. Brasil, 2007.	91
Tabela 5.15	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo como administradores em saúde. Brasil, 2007.	92
Tabela 5.16	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo na Universidade. Brasil, 2007.	92
Tabela 5.17	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo de trabalho no Hospital Universitário. Brasil, 2007.	93
Tabela 5.18	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo serem docente da IFES à qual o HU é vinculado. Brasil, 2007.	93
Tabela 5.19	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo a realização de curso de pós-graduação em gestão em saúde. Brasil, 2007.	94
Tabela 5.20	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo experiência gerencial anterior. Brasil, 2007.	94
Tabela 5.21	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento ou não de outras atividades concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.	95
Tabela 5.22	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento de outras atividades dentro da Universidade concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.	95

Tabela 5.23	Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento de atividades fora da Universidade concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.	96
Tabela 5.24	Distribuição percentual da concordância dos respondentes com relação ao conjunto de papéis e responsabilidades das Direções dos HU. Brasil, 2007.	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRUEM	Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais
ACHE	<i>American College of Healthcare Executives</i>
AMS	Assistência Médico-Sanitária
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
CF	Constituição Federal
CGAIHU	Coordenação Geral de Acompanhamento das Instituições Federais de Ensino Superior e Hospitais Universitários
CGI	<i>Common Gateway Interface</i>
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DENEM	Direção Nacional dos Estudantes de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
EBSCO	<i>Business Source Premier</i>
ENEENF	Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
HE	Hospital de Ensino
HTML	<i>HyperText Markup Language</i>
HU	Hospital Universitário
HUE	Hospitais Universitários e de Ensino
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

RH	Recursos Humanos
SADT	Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde
SIHUF	Sistema de Informações dos Hospitais Universitários Federais
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SUS	Sistema Único de Saúde
URL	<i>Uniform Resource Location</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	OBJETIVOS	25
2.1	Geral	25
2.2	Específicos	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1	O sistema de saúde, os hospitais e seus dirigentes e os Hospitais de Ensino	26
3.1.1	O hospital no sistema de saúde	29
3.1.2	Características dos dirigentes hospitalares no Brasil	31
3.1.3	Os Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil	32
3.1.4	Políticas nacionais para os Hospitais Universitários e de Ensino	38
3.1.4.1	O financiamento dos Hospitais Universitários e de Ensino	39
3.1.4.2	O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde	40
3.1.4.3	A atual proposta para os Hospitais Universitários e de Ensino	41
3.2	O exercício do poder e os Hospitais de Ensino	47
3.2.1	A evolução do hospital	47
3.2.2.	O estabelecimento dos Hospitais de Ensino	48
3.2.3	Características organizacionais dos serviços de saúde	49
3.2.4	Características organizacionais dos Hospitais de Ensino	51
3.3	O trabalho do dirigente e as competências gerenciais	52
3.3.1	Gestão, estratégia e competências	52
3.3.2	Gestão de pessoas e a gestão de carreiras	55
3.3.3	O papel e o trabalho gerencial	57
3.3.4	O papel e o trabalho do dirigente hospitalar	59

3.3.5	Tentando compreender os fatores que influenciam o desempenho gerencial	66
4	METODOLOGIA	69
4.1	Levantamento bibliográfico	70
4.2	Definindo o universo da pesquisa	70
4.3	Levantamento em sítios oficiais	71
4.4	Entrevista como instrumento de pesquisa	72
4.5	Questionário como instrumento de pesquisa	74
4.6	Seleção dos respondentes	75
4.7	O desenho do instrumento da pesquisa	76
4.8	O envio do instrumento	79
4.9	Limitações do presente estudo	80
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
5.1	Descrição do conjunto de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior	81
5.2	Descrição dos Hospitais Universitários e profissionais que responderam ao questionário	85
5.3	Características dos respondentes da pesquisa	90
5.4	Percepções dos Diretores de Hospitais Universitários	97
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
	APÊNDICES	122
	ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

Ensino, pesquisa e atenção à saúde são extremamente interdependentes. Um sistema de saúde não pode existir sem profissionais treinados ou conhecimento gerado por meio da pesquisa. Ao mesmo tempo, ensino e pesquisa necessitam das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento (MCKEE; HEALY, 2002).

Os Hospitais de Ensino (HE) são componentes estratégicos no sistema de saúde. Eles afetam diretamente a qualidade dos formados e indiretamente o sistema de saúde como um todo (MCKEE; HEALY, 2002).

Segundo Médici (2001), os HE representam uma parcela importante do gasto total com saúde. Ao utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento. São, portanto, hospitais caros. Apesar de mantidos, em sua maioria, por verbas públicas, os HE são instituições que cresceram agindo de forma independente, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas. Porém, nas duas últimas décadas do século XX, a autonomia dos hospitais universitários foi modificada, pelo menos nos países desenvolvidos. Aí os hospitais passaram a assumir funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar, progressivamente, à lógica desses sistemas (MÉDICI, 2001).

No caso brasileiro, a primeira estratégia com o intento de integrar os HE ao SUS foi a criação, em 1991, do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Durante a década de 90 e os primeiros anos de 2000 o FIDEPS sofreu diversas alterações, por meio de Portarias que visavam à adaptação desse incentivo à realidade do conjunto de HE e aos objetivos do programa. No entanto, o FIDEPS não serviu para estimular nem fortalecer as atividades de ensino e pesquisa para o SUS, pois seus recursos foram incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas financeiros de natureza variada (BRASIL. MS, 2004).

Em 2003 foi instituída, por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, a Comissão Interinstitucional para a reestruturação dos Hospitais de Ensino, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no Brasil, visando à reorientação e/ou reformulação da política para o setor. O trabalho dessa Comissão teve 2 eixos: o primeiro foi a revisão dos critérios e do processo de certificação dos hospitais como HE. O segundo refere-se à modalidade de financiamento a que os hospitais certificados como de ensino fariam jus.

Após a publicação dos requisitos para a certificação foram criados Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. O primeiro foi o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (Portaria MEC-MS nº 1.006 de 27 de maio de 2004), que engloba os HU vinculados às IFES. Meses depois foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004) que abrange os demais hospitais de ensino, públicos e privados.

Por meio desses instrumentos, os hospitais de ensino são estimulados a aderir a um processo de contratualização onde é redefinido seu papel na rede de serviços e são estabelecidas metas quantitativas e de qualidade, correspondendo a um orçamento global, substituindo o tradicional sistema de pagamento por procedimento (SIH/SUS). Mediante tal processo, estes hospitais se dispõem a cumprir um novo papel na rede assistencial da região em que se situam (pactuado com o gestor local com interveniência do MS e MEC). Em contrapartida, passam a receber recursos sob a forma de orçamento global para efeitos do financiamento das internações hospitalares realizadas, acrescidos do pagamento por procedimento no que tange à produção de alta complexidade.

A revisão da certificação dos hospitais considerados como de ensino e o novo modelo de financiamento baseado num Contrato de Metas são passos considerados necessários para a modificação da posição dos HE no sistema de saúde locorregional, mas não são condições suficientes para garantir tal mudança. Torna-

se imprescindível uma transformação no âmbito do HE com a redefinição de sua missão institucional e de seus valores, bem como a introdução de novos mecanismos de gestão organizacional e de gerenciamento da qualidade dos serviços prestados.

Nesse cenário, os diretores dos HE são atores relevantes para o sucesso ou não da política definida para este segmento de hospitais, negociando as metas com o gestor local, difundindo no hospital os objetivos institucionais, viabilizando as mudanças necessárias e apresentando os planos e resultados da organização.

Considerando que a função básica da gerência é direcionar os esforços de uma organização para a obtenção de seus objetivos (ZUCKERMAN et al, 2000) e que a competência gerencial é um fator determinante do desempenho de serviços de saúde (FINE, 2002 apud SHEWCHUK, 2005), apresentamos a pergunta que motivou este trabalho.

Os diretores de Hospitais de Ensino estão preparados para o desempenho de seu papel como gerentes?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar a percepção dos profissionais que ocupam cargos de direção nos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, no segundo semestre de 2007, acerca de um conjunto de papéis e responsabilidades gerenciais.

2.2 Específicos

- Identificar alguns dos papéis e responsabilidades dos profissionais nos cargos de Direção dos Hospitais Universitários;
- Identificar a existência ou não de expectativas do nível estratégico/financiador quanto a qualificações técnicas e papéis a serem desempenhados pelos diretores de HU;
- Identificar a percepção dos Diretores de HU acerca do conjunto de papéis e responsabilidades estudados nessa dissertação;
- Levantamento de características profissionais dos dirigentes dos Hospitais Universitários em exercício no segundo semestre de 2007;
- Identificar os principais mecanismos de indicação dos ocupantes dos cargos de Direção nos Hospitais Universitários;
- Identificar se há migração da carreira assistencial para a carreira gerencial no caso dos profissionais de saúde que ocupam cargos de Direção nos HU.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O sistema de saúde, os hospitais e seus dirigentes e os Hospitais de Ensino

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sistema de saúde como “todas as atividades cujo propósito primário é promover, restaurar ou manter a saúde” (WHO, 2000, p. 5). Entretanto, este mesmo órgão admite que pode ser difícil definir o que é exatamente um sistema de saúde, assim como precisar seus limites.

O sistema de saúde brasileiro é o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é resultado do movimento da Reforma Sanitária cujo marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), “na qual foram lançadas as bases para a formulação e construção de uma nova política de saúde, a saber:

- a) a utilização de conceito ampliado de saúde;
- b) o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado sua promoção;
- c) a necessidade de controle, pela sociedade, das políticas sociais;
- d) a constituição e ampliação do orçamento social.” (SILVA JUNIOR, 1998, p. 23).

O SUS integra a Constituição Federal (CF) de 1988 como um componente da Seguridade Social e apresenta como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade. A CF/88, em seu artigo 198, refere-se ao Sistema Único de Saúde do Brasil:

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 114).

Apesar de presente na CF/88, só em 1990 foi iniciada a implementação do SUS, por meio da regulamentação trazida pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142. Segundo a Lei nº

8.080/90 compete ao SUS a execução de atividades assistenciais com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com integração das atividades assistenciais e preventivas. Cabe também ao SUS a realização de atividades de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ações referentes à saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica integral, entre outras.

A rede regionalizada e hierarquizada, de que trata o artigo 198 da CF/88, pressupõe que os serviços que a compõem em uma dada localidade atuem de forma integrada e sejam de níveis de complexidade tecnológica diferenciada. A porta de entrada principal dos pacientes seria a atenção básica e, na medida em que cuidados mais especializados fossem necessários, esses pacientes seriam referenciados para serviços mais complexos, como policlínicas e/ou hospitais (CECÍLIO, 1997a).

A Constituição da República Federativa do Brasil, no Capítulo II - da Seguridade Social em sua Seção II - da Saúde, dispõe ainda que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e suas instituições poderão participar de forma complementar ao SUS, segundo diretrizes deste, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Resumindo, o Brasil tem um sistema de saúde, o SUS, que é composto pelos serviços públicos de saúde e, quando necessário, pela contratação de alguns serviços da iniciativa privada. Além disso, temos uma rede assistencial de organizações privadas, com ou sem fins lucrativos, que constitui a Saúde Suplementar. Mas afinal qual a dimensão da rede de serviços de saúde no País?

Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005 (AMS 2005), o Território Nacional contava em 2005 com 77.004 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2006). Destes 7.155 são estabelecimentos com internação, 55.328 estabelecimentos sem internação e 14.521 estabelecimentos que realizam, exclusivamente, Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 - Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, 2006.

Esfera Adm.	Estabelecimentos de Saúde	Estabelecimentos com Internação	Estabelecimentos sem Internação	Estabelecimentos de SADT
Público	45.089	2.727	41.260	1.102
Privado	31.915	4.428	14.068	13.419
Total	77.004	7.155	55.328	14.521

Fontes: IBGE, 2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

O setor público responde por 38% (2.727) dos estabelecimentos com internação, 75% (41.260) dos estabelecimentos sem internação e 7,6% (1.102) dos estabelecimentos exclusivos de SADT (IBGE, 2006). Dos 4.428 estabelecimentos com internação do setor privado 68% atendem ao SUS, não só para internações em enfermarias, mas também para internações em Unidades de Terapia Intensiva e para a realização de procedimentos quimioterápicos, entre outros.

A AMS 2005 destaca um aumento da participação do setor público nos estabelecimentos com internação, em comparação a AMS 2002, e afirma que isso é decorrente tanto da redução do setor privado quanto do aumento do próprio setor público (IBGE, 2006).

Com relação ao número de leitos, a pesquisa aponta que o Brasil contava com um total de 443.210 leitos, 33,6% (148.966) pertencentes ao setor público e 66,4% (294.244) ao setor privado. A AMS 2005 revelou queda de 5,9% do número total de leitos, em relação à pesquisa AMS 2002 (IBGE, 2006).

Apesar da queda no número total de leitos, o número de internações no País aumentou 16,3% em relação à pesquisa AMS 2002. De acordo com a metodologia utilizada, o número de internações levantado é o realizado no ano anterior a pesquisa. Em 2004, foram realizadas 23.252.613 internações, sendo 7.022.089 (30%) no setor público e 16.230.524 (70%) no setor privado (IBGE, 2006).

A relação de leitos/1.000 habitantes para o País em 2005 era de 2,4, sendo 0,8 leito/1.000 habitantes se levarmos em conta apenas os leitos públicos e 1,6 leito/1.000 habitantes considerando-se somente o setor privado (IBGE, 2006).

3.1.1 O hospital no sistema de saúde

A função central de um hospital é o tratamento de pacientes, mas uma análise apenas sob essa ótica seria equivocada. O hospital pode também ser importante cenário para o ensino e a pesquisa e pode oferecer apoio ao sistema de saúde de sua região. Mais além, o hospital pode se constituir em importante empregador local e desempenhar muitos papéis sociais (MCKEE; HEALY, 2002).

Segundo McKee e Healy (2002, p. 74), podemos descrever um hospital de acordo com as seguintes dimensões:

- a) localização: abrangência geográfica e tipo de edificação empreendida (única ou múltipla);
- b) governança: esfera administrativa e gestão;
- c) financeiras: principal fonte de recurso, estrutura de custo e modalidade de financiamento;
- d) tamanho: cobertura populacional, número de funcionários e tamanho do hospital (número de leitos);
- e) complexidade: atividades de ensino, tipo (secundário ou terciário, geral ou de especialidade, cuidado de agudos, convalescentes, paliativos ou vários), especialidades e tecnologia;
- f) desempenho: acreditação¹, resultados, gestão do cuidado, satisfação do paciente, gerenciamento da fila para procedimentos, satisfação dos funcionários, atividade, volume de pacientes, taxa de ocupação, número de admissões e tempo médio de permanência;
- g) resultados: desempenho clínico (taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar).

¹ Segundo Scrivens (1995 apud CLINCO, 2007) acreditação configura-se em um sistema de avaliação externa para verificar o cumprimento de um conjunto de padrões.

A complexidade está relacionada com a concentração tecnológica de um dado serviço. Afinal, o que entra na definição de complexidade? O número de especialidades e os tipos de tratamentos disponíveis? Visando definir uma linguagem comum no âmbito nacional, em dezembro de 2002 o Ministério da Saúde (MS) editou a Portaria nº 2.224/GM, que estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Segundo essa Portaria, os hospitais podem ser classificados como de Porte I, II, III e IV, indo do menor nível de complexidade para o maior. Para tanto, os hospitais são avaliados pelos seguintes itens: número de leitos, número de leitos de UTI, tipo de UTI, quantitativo de serviços de Alta Complexidade cadastrados/contratados pelo SUS, existência e nível de referência de unidade de urgência/emergência, existência e nível de referência de unidade para atendimento de gestação de alto risco e número de salas cirúrgicas (BRASIL, MS, 2002a). Apesar da edição da referida Portaria, não é comum adotar-se a classificação nela proposta, possivelmente por se tratar de uma avaliação muito elaborada, tornando-se mais freqüente a caracterização dos hospitais por meio do seu número de leitos e da complexidade dos serviços cadastrados/contratados pelo SUS.

Como lembrado por McKee e Healy (2002), outra forma de caracterizar os hospitais é quanto ao desenvolvimento ou não de atividades de ensino. Como esse é o nosso objeto de estudo, mais à frente teremos uma subseção dedicada a esse conjunto de hospitais. No momento desejamos apenas apontar que muitos HE não compõem a *priori* equipamentos da rede assistencial do SUS, porém sua integração está prevista na legislação que instituiu o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), conforme apresentada em seu art. 45º:

Art. 45º Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990, p. 21).

3.1.2 Características dos dirigentes hospitalares

A concentração de recursos humanos, tecnológicos e financeiros confere ao hospital complexidade, também, organizacional. Isso colabora para o interesse de pesquisadores, no âmbito nacional e internacional, no estudo da gestão dessas unidades. Vários autores escreveram acerca da gerência nos hospitais públicos brasileiros, abordando, entre outras coisas, o perfil de seus diretores (COSTA et al, 2000; BARBOSA, 1996; AZEVEDO, 1995; VECINA NETO; MALIK, 1993). Vários trabalhos apontam que a direção desses hospitais é, quase que exclusivamente, domínio da categoria médica. Barbosa (1996) pondera ainda que o médico, ao desempenhar o papel de dirigente hospitalar, age mais como Diretor Clínico do que como um executivo da organização.

Vecina Neto e Malik (1993) apontam como características dos dirigentes de hospitais a “desprofissionalização”, a dupla militância (atuação nos setores público e privado, simultaneamente) e as dificuldades em garantir que o dirigente tenha compromisso com a coisa pública. O quadro descrito pelos autores em 1993 parece não ter se alterado. Assim como eles, Barbosa (1996) afirma que os diretores hospitalares são, em sua maioria, despreparados para o papel que assumem e lembra que melhores *performances* organizacionais podem ser associadas à competência do gerente.

Azevedo (1995) apresenta em seu trabalho a percepção de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro acerca da função gerencial que desempenham. Os diretores entrevistados realçam as funções de coordenação e liderança, bem como as funções técnicas de planejamento e avaliação. Mas quanto às atividades realizadas, a ênfase se dá nas atividades operacionais, principalmente na esfera da solução de problemas. Ainda segundo a referida pesquisa, não se faz presente o aspecto empreendedor da função do dirigente como agente de mudanças, como aquele que define projetos, identifica oportunidades. Ganha destaque a questão da sobrevivência, associada à necessidade de manter o fluxo de trabalho.

Com o crescimento da complexidade do hospital crescem também os desafios para o(s) seu(s) gerente(s). Por isso, em conjunto com a Portaria para Classificação

Hospitalar do Sistema Único de Saúde, em dezembro de 2002, o MS editou a Portaria nº 2.225/GM que estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao SUS. Apesar da revogação da referida Portaria, a exposição de seu conteúdo demonstra a preocupação do MS com a qualificação dos profissionais para os cargos de direção.

A Portaria nº 2.225/GM define requisitos para o desempenho das funções de Direção Geral, Direção Técnica e Direção Administrativa, esta última apenas para hospitais dos Portes II, III e IV. A Direção Técnica deve ser exercida por profissional médico e as Direções Geral e Administrativa por qualquer profissional com nível superior. As exigências incluem a realização de curso de aperfeiçoamento (180 horas/aula) ou especialização (360 horas/aula) realizado em instituição de ensino superior reconhecida legalmente e experiência comprovada em função gerencial em unidade hospitalar, e são tão maiores quanto maior o Porte do hospital. Como veremos mais adiante, tanto a formação gerencial específica, quanto as experiências em cargos gerenciais são fatores que influenciam o desempenho gerencial.

O cenário da gerência de hospitais é permeado ainda por outra questão bastante pertinente na discussão aqui pretendida, e que será explorada mais adiante: a migração entre carreiras. A distorção da carreira gerencial nas organizações (DUTRA, 2004) é uma realidade presente também nas organizações de saúde (BARBOSA, 1996; VECINA NETO; MALIK, 1993). Quando um profissional é reconhecido por sua excelência técnica ele é premiado com um cargo gerencial, conseqüentemente perde-se o excelente técnico e ganha-se um despreparado e insatisfeito gerente. Mintzberg (1997) acrescenta ainda que as carreiras existentes no hospital (assistencial, docente, pesquisador, administrativa e gerencial) necessitam de competências distintas, por vezes até opostas.

3.1.3 Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil

Ensino, pesquisa e atenção à saúde são extremamente interdependentes. Um sistema de saúde não pode existir sem o suprimento de profissionais treinados ou do

conhecimento gerado por meio da pesquisa. Ao mesmo tempo, ensino e pesquisa necessitam das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento e como fonte de material clínico (MCKEE; HEALY, 2002).

Os Hospitais de Ensino (HE) são componentes estratégicos em qualquer sistema de saúde. Eles afetam diretamente a qualidade dos formados e indiretamente o sistema de saúde como um todo. Ao configurar-se como local de treinamento, suas crenças e valores influenciam os estudantes de medicina e de enfermagem, muitos dos quais trabalharão em outras partes do setor saúde (MCKEE; HEALY, 2002).

Os HE, apesar de mantidos, em sua maioria, por verbas públicas, são instituições que cresceram agindo de forma independente, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas (MÉDICI, 2001). Médici (2001) enfatiza que, nas duas últimas décadas do século XX, foi modificada, nos países desenvolvidos, a autonomia dos hospitais universitários, os quais passaram a assumir funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar, progressivamente, à lógica desses sistemas.

Este autor (2001, p. 149-150) destaca que a concepção tradicional define um hospital universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza por:

- a) ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (por exemplo, de uma faculdade de medicina);
- b) prover treinamento universitário na área da Saúde;
- c) ser reconhecido, oficialmente, como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes;
- d) propiciar atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população.

A Portaria MEC nº 375 de 04 de março de 1991 define que o termo HE é aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários (de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada, ou a ela vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizado), Hospital-Escola (de propriedade ou de gestão das escolas médicas isoladas públicas ou privadas, ou a elas vinculadas, por regime de

comodato ou cessão de uso devidamente formalizados) e Hospitais Auxiliares de Ensino (aqueles que, mesmo não sendo de propriedade ou de gestão de universidade ou escola médica isolada, desenvolvem programas de treinamento em serviço, de curso de graduação ou de pós-graduação na área de saúde, devidamente conveniados com uma instituição de ensino superior, conforme classificação adotada pelo MEC) (BITTAR, 2002; BRASIL. MS, 2004).

A definição de HE no âmbito nacional sofreu modificações nos últimos 3 anos, passando a ter um conceito mais amplo que o dado pela Portaria MEC nº 375/91, porém atrelado ao cumprimento de requisitos mínimos.

Essa definição foi modificada pela Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, marco legislativo da atual política para o conjunto de HE que, em seu artigo 1º, estabelece que podem certificar-se como Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior (BRASIL. MEC-MS, 2004). A partir de então, não basta ser um hospital universitário, hospital-escola ou hospital auxiliar de ensino para ser denominado de HE, mas sim é imprescindível ser previamente certificado pelo MEC-MS para fazer jus à denominação. Recentemente, a Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 estabelece ainda que, para certificar-se como HE, a unidade hospitalar deve estar inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a definição do conjunto dos HE no Brasil recorreremos ao CNES. Em seu item “Hospitais de Ensino” tal cadastro informa a existência de 185 unidades habilitadas (CNES, acesso em 07 jan. 2008). A habilitação é conferida após a certificação de uma dada unidade hospitalar no cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, substituídos pelos presentes na Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007.

Outra referência para apoio ao estudo dos HE é a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). A ABRAHUE é uma sociedade civil, sem

fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado que congrega, por intermédio de seus Diretores, os Hospitais de Ensino, não necessariamente certificados pelo MEC-MS, de qualquer natureza jurídica. O ante-projeto e o estatuto da Associação foram distribuídos a 39 Diretores de Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), em outubro de 1989, durante o XXVII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). A ABRAHUE é uma consequência natural do desenvolvimento do Departamento de Hospitais da ABEM, tendo em vista que sua abrangência ultrapassa os limites da Educação Médica, estendendo-se para outras áreas das Ciências da Saúde.

Segundo o artigo 3º de seu estatuto, a ABRAHUE tem por finalidade:

- I - Zelar pelos interesses de seus associados representando-os em matéria de interesse comum, junto aos Poderes Públicos de Administração Direta ou Indireta, nas esferas Federal, Estadual e Municipal e perante outras associações e/ou instituições nacionais e internacionais;
- II - Servir de instrumento de representação dos seus associados, visando a defesa dos direitos e prerrogativas de natureza institucional;
- III - Cooperar com órgãos e entidades educacionais e de saúde, com vistas à realização dos seus objetivos;
- IV - Promover o contínuo aperfeiçoamento operacional de seus associados, através de permanente intercâmbio e divulgação de informações e experiências;
- V - Promover encontros com vistas ao aprimoramento do sistema de prestação de serviços às instituições e à comunidade, identificando diretrizes e traçando estratégias para sua ação integrada;
- VI - Prestar a seus associados assistência de natureza técnica e jurídica, dentro das suas possibilidades. (ABRAHUE, 2008).

O conjunto de HE no Brasil é composto por organizações heterogêneas (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). Sua heterogeneidade atinge diversos aspectos, como tipo de unidade, natureza jurídica, esfera administrativa, número de leitos, complexidade das ações desenvolvidas etc. Dentro do grupo de HE, existe um grupo bem particular, aquele dos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (HU/IFES). Esse grupo é composto por 45 hospitais (BRASIL. MEC, 2006). Os hospitais pertencentes a esse grupo também são heterogêneos com relação à natureza jurídica, número de leitos e modalidade (geral ou especializado), porém são mais parecidos entre si quando comparados aos demais HE. Além disso, estes hospitais são obrigados a preencher um banco de dados próprio através do Sistema de Informações dos Hospitais Universitários

Federais (SIHUF). O CNES, a ABRAHUE e SIHUF constituem referências para pesquisas cujo objeto de interesse seja os HE, guardadas as respectivas particularidades. Por isso julgamos pertinente uma apresentação comparativa dessas bases (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 - Número de hospitais no Brasil e número de HUE por sistema de referência segundo tipo de unidade. Brasil, 2006 e 2008.

Tipo de unidade	Hospitais no País, IBGE	Hospitais de Ensino, CNES	HE filiados à ABRAHUE	HU vinculados às IFES
Geral	2.727	143	96	32
Especializado	4.428	42	28	13
Total	7.155	185	124	45

Fonte: IBGE, 2006; CNES, jan./2008; ABRAHUE, jan./2008 e MEC/SESu, 2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

As Tabelas 3.3 e 3.4 apresentam a distribuição dos HUE por sistema de referência segundo região geográfica e esfera administrativa.

Tabela 3.3 - Distribuição dos hospitais no Brasil e dos HUE por sistema de referência segundo região geográfica. Brasil, 2006 e 2008.

Região	Hospitais no País, IBGE	Hospitais de Ensino, CNES	HE filiados à ABRAHUE	HU vinculados às IFES
Norte	604	5	8	3
Nordeste	2.251	62	27	16
Centro-oeste	822	10	5	4
Sudeste	2.319	72	56	16
Sul	1.159	36	28	6
Total	7.155	185	124	45

Fonte: IBGE, 2006; CNES, jan./2008; ABRAHUE, jan./2008 e MEC/SESu, 2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

Tabela 3.4 - Distribuição dos HUE por sistema de referência segundo esfera administrativa. Brasil, 2006 e 2008.

Esfera administrativa	Hospitais de Ensino, CNES	HE filiados à ABRAHUE	HU vinculados às IFES
Federal	46	48	45
Estadual	47	36	0
Municipal	8	4	0
Privada	84	36	0
Total	185	124	45

Fonte: CNES, jan./2008; ABRAHUE, jan./2008 e MEC/SESu, 2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

Os HU representam uma parcela importante do gasto total com saúde. Ao utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento. São, portanto, hospitais caros (MÉDICI, 2001). Mesmo tendo alta concentração tecnológica e de especialistas, os HU desenvolvem também atividades de baixa complexidade (como vacinação), sendo este fato uma realidade, sobretudo nos países de menor desenvolvimento, inclusive em muitos HU brasileiros, como lembra Campos (1999).

Para termos uma idéia da magnitude desse conjunto de hospitais, apresentamos a Tabela 3.5, que traz indicadores referentes à capacidade instalada e aos procedimentos executados pelos hospitais de ensino no Sistema de Saúde Brasileiro.

Tabela 3.5 - Indicadores de capacidade instalada e de procedimentos realizados pelos HUE. Brasil, 2006.

Indicadores	Hospitais de Ensino
Rede Hospitalar Brasileira	2,55%
Total de Leitos do SUS	10,30%
Leitos de UTI	25,60%
Procedimentos de Alta Complexidade	37,60%

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada, mar./2006.

Apesar de representarem apenas 2,55% de todos os hospitais do Brasil, os HUE correspondem a 10,30% dos leitos de internação e a 25,60% dos leitos de UTI que

atendem ao SUS (público e privado). O conjunto de HUE foi responsável no ano de 2005 pela realização de 37,60% dos procedimentos de alta complexidade no SUS. Considerando-se apenas os HU/IFES, temos 1,6% do total de hospitais públicos, mas 7% dos leitos públicos para internação no SUS.

3.1.4 Políticas nacionais para os Hospitais Universitários e de Ensino

Os Hospitais de Ensino são organizações estratégicas no sistema de saúde. Por apresentarem alta concentração tecnológica, como profissionais especializados e equipamentos médico-hospitalares para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, são referências no atendimento de alta complexidade. Como campo para a prática de cursos da área da saúde, são responsáveis pela formação de profissionais generalistas e especialistas e, idealmente, pelo desenvolvimento dos técnicos que já atuam no setor. E por fim, mas ainda decorrentes de sua vinculação com Instituições de Ensino e Pesquisa, são locais privilegiados para a realização de estudos na área da saúde e o desenvolvimento de novas tecnologias.

Por isso, faz-se relevante a integração desses hospitais ao sistema, para que eles possam atender - ou pelo menos tentar - as demandas de saúde, de formação de recursos humanos e de pesquisa na população na qual estão inseridos. Importante lembrar que para cada uma das macro-funções (assistência, ensino e pesquisa) dos HE cabe uma população distinta. Por exemplo: com relação à assistência à saúde um dado HE pode atuar como referência para um grupo de municípios. Já em relação ao desenvolvimento de um novo protocolo de tratamento pode tornar-se uma referência nacional (MINTZBERG, 1997).

Antes de apresentarmos as políticas nacionais para este segmento de hospitais é necessário abordarmos o financiamento dos HE, pois políticas públicas e financiamento encontram-se intimamente relacionados.

3.1.4.1 O financiamento dos Hospitais Universitários e de Ensino

O financiamento dos HUE encontra-se em um período de transição. Assim como em outros hospitais, os HE recebem grande parte dos seus recursos através do pagamento por produção, baseado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) (BITTAR, 2002). O principal ponto deste modelo é que ao remunerar o procedimento realizado, assim como os materiais e medicamentos empregados, estimula-se o consumo (VECINA NETO; MALIK, 2007). Esse estímulo pode gerar uma distorção nos procedimentos produzidos pelo hospital levando a um aumento daqueles que são mais bem remunerados em detrimento dos procedimentos necessários para atender as demandas de saúde da população.

Uma alternativa ao modelo apresentado acima, e que influenciou sobremaneira a atual política para o segmento dos HE, é a contratualização. Nela estabelece-se um contrato entre um órgão financiador, quase sempre público, e um prestador de serviços onde são acordadas metas. Ao final de um período, é previsto o pagamento assumindo a produção nas condições estipuladas. O contrato da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com as Organizações Sociais da Saúde é um exemplo de contratualização (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Segundo Bittar (2002), os HE são financiados por múltiplas fontes dependendo da natureza jurídica da organização. Os HE públicos são mantidos com recursos dos orçamentos públicos, de recursos de transferências públicas convencionais (investimento para obras, compra de equipamentos etc.) e recursos provenientes do pagamento de acordo com sua produção, conforme descrito anteriormente. Alguns hospitais recebem também recursos de fontes privadas referentes ao atendimento de pacientes cobertos por operadoras de saúde. Já os HE privados sem fins lucrativos se mantêm com recursos de suas mantenedoras e com aqueles provenientes da prestação de serviços ao SUS.

O financiamento dos HE, públicos e privados, contava também com recursos referentes ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) (BITTAR, 2002). Dada a relevância desse

incentivo na história do financiamento dos HE, ele será tratado em uma subseção a parte.

3.1.4.2 O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS)

Os hospitais de ensino foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº 15, de 08 de janeiro de 1991 que criou, exclusivamente para estes, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Naquele momento, Hospitais de Ensino (HE) eram aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), funcionando regularmente há mais de 5 anos e pertencendo ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do Ministério da Saúde, como centro de referência nacional (BRASIL. MS, 2004).

A Portaria de criação do FIDEPS, no início da década de 90, trouxe a necessidade de conceituar o HE, até então sem uma definição exata (BITTAR; MAGALHÃES, 2007). Daí a edição da Portaria MEC nº 375/91 apresentada anteriormente.

Ao longo da década de 90 e início dos anos 2000, algumas Portarias Interministeriais (MS-MEC) e Ministeriais (MS) referentes a este fator de incentivo foram editadas. A primeira delas (Portaria MS-MEC nº 01 de 16 de agosto de 1994) estabelecia novos critérios para a concessão do FIDEPS, com adicionais de 25, 50 e 75% sobre a receita das internações de acordo com critérios específicos. A Portaria GM/MS nº 1.127 de 31 de agosto de 1999, determinava que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em conjunto com os gestores do SUS que tivessem sob sua gestão hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS, procedesse à verificação *in loco* das condições de funcionamento dos hospitais e do cumprimento dos requisitos definidos pela Portaria conjunta nº 01/94 (BRASIL. MS, 2004).

O objetivo de todas essas medidas era ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde. No entanto, o FIDEPS não serviu para estimular nem fortalecer as atividades de ensino e pesquisa nos hospitais (os recursos

advindos desse incentivo nunca foram utilizados para esta finalidade) (BRASIL. MS, 2004). O programa terminou sendo usado de maneira indiscriminada para favorecer hospitais que, por alguma razão (questões políticas, de organização do sistema etc.), eram considerados merecedores de tratamento especial. Isto levou a que hospitais que não são de ensino fossem incluídos no programa de incentivos. Por outro lado, vários hospitais, efetivamente de ensino, foram deixados fora do programa (BRASIL. MS, 2004).

Este recurso tampouco contribuiu de maneira significativa para promover uma efetiva integração dos hospitais de ensino à rede de serviços do SUS, já que perpetuou a lógica da prestação de serviços. Para piorar a situação, ao longo do tempo, os recursos do FIDEPS terminaram sendo incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas de financiamento de natureza variada (BRASIL. MS, 2004).

3.1.4.3 A nova proposta para os Hospitais Universitários e de Ensino

Durante o ano de 2003 foi retomado o debate, no âmbito do MS e do MEC, sobre a natureza da crise ou das crises que afetavam os HE, apresentadas, em geral, por seu aspecto mais aparente, as dificuldades de financiamento. Apesar da questão financeira ser a mais evidente, reconheceu-se haver outros elementos críticos de caráter estrutural, organizativo e/ou de gestão. Observou-se, então, ser indispensável o desenvolvimento de políticas específicas para o setor que considerassem suas peculiaridades assistenciais, de ensino e de pesquisa, e que contemplassem não apenas as questões financeiras e de pessoal, sem dúvida urgentes, mas também a definição do papel dos HE junto aos sistemas de saúde locais, com vistas à sua inserção definitiva e adequada ao SUS (BRASIL. MS, 2004).

Nesse contexto, a Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, instituiu a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no Brasil, visando à reorientação e/ou reformulação da política para o

setor. A Comissão foi composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil, todos atores com interesses variados em relação aos HE: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES); Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM); Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEENF) (BRASIL. MS, 2004).

A agenda da Comissão incorporou, entre outros tópicos:

- o novo papel reservado aos HE (na saúde, no ensino e na pesquisa);
- a relação desses hospitais com o SUS (inserção, regulação e integração no SUS);
- os desenhos organizacionais e de gestão (autonomia, eficiência e eficácia gerencial);
- o modelo de financiamento (global/por contrato de gestão);
- a democratização e gestão participativa; e
- a revisão e certificação dos HE.

Um dos principais temas trabalhados pela Comissão foi a revisão do FIDEPS e a certificação dos HE. Considerando todos os problemas identificados no FIDEPS, propôs-se a sua extinção e substituição por uma modalidade de vinculação dos hospitais de ensino ao SUS, que contribuísse para o seu fortalecimento gerencial e para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde, formação e pesquisa de maneira articulada com o sistema de saúde (BRASIL. MS, 2004).

Em função de haver impropriedades de inclusão e exclusão de hospitais na categoria de universitário e de ensino, foi instituído um novo processo de certificação, a partir do qual os hospitais efetivamente enquadrados como de ensino

farão jus a uma nova modalidade de contratação pelo SUS. Essa nova modalidade de contratação envolve a definição de metas, negociadas com os gestores locais do SUS e uma nova modalidade de remuneração global com base em metas estabelecidas e pactuadas nos campos da prestação de serviços, da formação e da pesquisa, que devem ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos (BRASIL, MS, 2004).

No âmbito da atual política para este segmento de hospitais, a Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004 foi o primeiro instrumento a definir os novos requisitos para que um hospital seja considerado de ensino. Esses requisitos são mais abrangentes do que aqueles utilizados para o recebimento do FIDEPS. Dizem respeito à estrutura e processos específicos dentro do hospital (p.ex. ter instalações adequadas ao ensino, abrigar atividades regulares de pesquisa, apresentar funcionamento regular das Comissões de Óbito e de Ética em Pesquisa, realizar ações de vigilância epidemiológica), aos processos de integração do hospital à rede de saúde local (p. ex. inserção no Sistema de Urgência e Emergência locorregional) e à implantação de políticas prioritárias do SUS (p. ex. Política Nacional de Humanização). A Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 revoga a Portaria anteriormente citada e define novos requisitos para a certificação como HE. As mudanças trazidas pela Portaria Interministerial nº 2.400 incluem a existência de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas no hospital e a ampliação das comissões que devem estar constituídas e em permanente funcionamento (Ética, Controle de Infecção Hospitalar, Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras). As unidades certificadas de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.000 deverão adequar-se a esta Portaria no prazo de 12 meses.

Os hospitais que desejassem receber o “novo” título de HE, bem como ter direito à nova modalidade de financiamento, deviam enviar toda a documentação solicitada e agendar uma visita da comissão certificadora. A visita para certificação como HE tem a duração de 3 dias. Além de conhecer as instalações do hospital e avaliar outras documentações exigidas, os avaliadores reúnem-se com grupos distintos dentro do

hospital: direção, professores, alunos (graduandos, residentes e pós-graduandos) e funcionários.

Após a publicação dos requisitos para a certificação, foram criados os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. O primeiro foi o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (Portaria MEC-MS nº 1.006 de 27 de maio de 2004), que engloba os HU vinculados às IFES. Meses depois foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004) que abrange os demais hospitais de ensino públicos e privados.

Apesar de serem programas distintos, são bastante semelhantes. A principal diferença são os órgãos acompanhadores dos contratos entre os HE e os gestores de saúde. No caso dos HU vinculados às IFES que forem certificados, tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde farão o acompanhamento do contrato. No caso dos demais HE certificados, apenas o Ministério da Saúde acompanhará o contrato.

O Art. 2º das Portarias que instituíram os Programas de Reestruturação dos Hospitais de Ensino apresenta suas ações estratégicas, a saber:

Art. 2º Estabelecer que o Programa pressupõe as seguintes ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde:

I - definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;

II - definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde;

III - definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e

IV - qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do Sistema Único de Saúde.

Os Programas de Reestruturação dos HE também trazem o Termo de Referência para contratualização entre Hospitais de Ensino e gestores de saúde (ANEXO A). Este se destina à descrição das diretrizes gerais que orientarão a relação entre as

partes, bem como dos serviços e atividades pactuados e formalizados por meio de contrato de gestão, plano operativo e de metas. O contrato, o plano e as metas devem contemplar as ações relativas à atenção à saúde, gestão, educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento.

Com relação ao orçamento anual pactuado, este é proposto considerando-se a produção de procedimentos de média complexidade dos últimos 12 meses e a incorporação do FIDEPS e de outros incentivos a que os HE têm direito. Dessa forma, os recursos referentes ao FIDEPS deixam de ser extraordinários e passam a compor o orçamento definido para o hospital. O modelo de financiamento prevê um componente com valor fixo mensal (85%) e um componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas (15%) - liberado ou não para pagamento mensalmente pelo gestor de saúde. Além do orçamento para os procedimentos de média complexidade, o contrato prevê tetos financeiros para o pagamento por produção de serviços de alta complexidade. Os recursos financeiros recebidos pela composição do orçamento e da produção de alta complexidade destinam-se ao custeio da unidade hospitalar.

O FIDEPS foi formalmente extinto a partir da competência maio de 2007 (Portaria GM/MS nº 1.631 de 20 de julho de 2006). A data inicial de extinção do FIDEPS, conferida pela Portaria GM/MS nº 1.082 de 04 de julho de 2005, era a competência janeiro de 2006. A partir da extinção do incentivo, apenas os HE certificados e que celebraram Contrato de Metas com o gestor local continuaram a receber o montante referente ao FIDEPS, incorporado a seu orçamento. Até janeiro de 2008 havia 185 hospitais certificados, destes 37 são HU vinculados às IFES (CNES, acesso em 07 jan. 2008). A primeira certificação foi conferida em julho de 2004 ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A última unidade certificada, Pronto-socorro Cardiológico de Pernambuco, recebeu o título em dezembro de 2007.

O Quadro 3.1 a seguir apresenta a legislação norteadora da atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino.

Ato/nº	Data	Especificação
Portaria Interministerial MS-MOG-MEC-MCT nº 562	12 de maio de 2003	Constitui a Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000	15 de abril de 2004	Define os requisitos para certificação dos Hospitais de Ensino.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.005	27 de maio de 2004	Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos Incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.000.
Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.006	27 de maio de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde.
Portaria GM/MS nº 1.702	17 de agosto de 2004	Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria GM/MS nº 1.082	4 de julho de 2005	Extingue o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.
Portaria GM/MS nº 35	6 de janeiro de 2006	Prorroga o prazo de extinção do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.
Portaria GM/MS nº 1.631	20 de julho de 2006	Prorroga o prazo de extinção do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e a Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS.

Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400	2 de outubro de 2007	Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Revoga as Portaria Interministeriais MEC-MS nº 1.000/04 e nº 1.005/04.
---	----------------------	--

Quadro 3.1 - Legislação referente à atual política para os Hospitais Universitários e de Ensino.

Fonte: BRASIL. MS, 2004, p. 157-158 e BITTAR; MAGALHÃES, 2007, p. 21.

3.2 O exercício do poder e os Hospitais Universitários e de Ensino

3.2.1 A evolução do hospital

O hospital, tal qual o compreendemos, é uma invenção de meados do século XVIII. Até então, os hospitais eram considerados “morredouros”, destinados aos marginalizados que necessitavam de assistência ou aos portadores de doenças transmissíveis que representavam risco para a sociedade. Eram locais de salvação de almas tanto dos moribundos quanto dos religiosos que lá trabalhavam por caridade (FOUCAULT, 2003). Nessa época os médicos não freqüentavam os hospitais e lazaretos. Suas visitas eram muito esporádicas e apenas em situações especiais. A prática médica era individualista, o trabalho do médico era acompanhar o paciente, estando ao seu lado nos momentos de “crise”. O hospital e o médico eram instituições paralelas.

Aos poucos o hospital vai-se modificando. A introdução de mecanismos disciplinares é feita, de forma mais evidente, pelos militares por razões econômicas, pois alguns tripulantes das embarcações que chegavam simulavam doenças para permanecer de quarentena no hospital e assim burlar as inspeções alfandegárias. Concomitantemente a essa mudança, estudiosos começaram a perceber que a distribuição dos doentes e a configuração dos espaços hospitalares influenciavam na evolução clínica dos pacientes.

A higienização e a disciplinarização do espaço hospitalar possibilitou a sua medicalização. Mas se este poder disciplinar tornou-se médico foi em consequência da transformação do saber e da prática médica. O hospital agora não é o espaço da morte, mas sim instrumento de cura e sua dinâmica de funcionamento um instrumento terapêutico, passando o médico a ser o principal responsável por esta organização. A partir de então, o grande médico é o médico de hospital, aquele que será mais sabido quanto maior for sua experiência hospitalar (FOUCAULT, 2003).

“Nasce”, então, o hospital moderno local para a cura e de exercício do poder médico (FOUCAULT, 2003).

3.2.2 O estabelecimento dos Hospitais de Ensino

No início do século XX, o médico Abraham Flexner recebeu a encomenda de um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos da América. O relatório apresentado disciplinou o aparelho formador naquele país, levando ao fechamento de muitas escolas médicas, e influenciou não apenas a formação, mas também a prática médica, tanto nos Estados Unidos como em todo o mundo. (SANTANA et al, 2007).

O Relatório Flexner (1910) preconizava, entre outras coisas, a inclusão de atividades de laboratório no currículo médico - fruto e reforço da medicina biologicista que nasceu com as descobertas de Pasteur no final do século XIX - e a vinculação dos hospitais de ensino às Faculdades de Medicina. Esse documento influencia até os dias de hoje a formação superior na área da saúde nas seguintes características: segmentação em ciclo básico e profissional, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e ambientado predominantemente no hospital. (SANTANA et al, 2007).

Segundo Feuerwerker et al (1999 apud CECCIM; FEUERWERKER, 2004) as instituições responsáveis pela formação dos profissionais da saúde têm perpetuado modelos conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias

especializadas, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

3.2.3 Características organizacionais dos serviços de saúde

Os serviços de saúde, quando comparados com outros tipos de organização, mostram-se significativamente diferentes e de certo modo únicos, o que traz conseqüências para sua gerência (DUSSAULT, 1992; SHORTELL; KALUZNY, 2000).

Uma das estratégias para a análise do funcionamento das organizações é considerá-las em termos de configurações. Mintzberg (1980 apud DUSSAULT, 1992) considera as organizações em termos de seus sistemas típicos de relações entre atributos básicos, cada uma tendo características, modo de funcionamento e problemas específicos. Os componentes básicos a que o autor se refere são: os “operadores” que produzem os bens ou serviços; o centro de decisão; os gerentes; os especialistas, técnicos ou analistas (tecnoestrutura) e o pessoal de apoio. Todos se relacionam por crenças, representações e tradições que compõem a cultura da organização. Dessa forma, as configurações organizacionais (combinações típicas dos componentes básicos) que dependem de seus operadores para funcionar bem são classificadas como “organizações profissionais”. Esse é o caso dos hospitais e das universidades. Caracterizam-se pela grande autonomia desses profissionais, o que favorece a segmentação em grupos de interesses diversos e mantém muita discricção nas decisões relativas ao tipo e à maneira de produzir os serviços. Isso ocasiona uma limitação do papel da tecnoestrutura, dos gerentes e do *locus* de tomada de decisão.

Na lógica introduzida por Mintzberg, Cecílio (1997b) pontua que no interior do hospital dois antagonismos encontram-se marcadamente presentes: 1) o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, sobretudo dos médicos, *versus* a necessária coordenação das atividades da instituição; e, 2) o poder técnico da base operacional da organização *versus* o poder administrativo da direção.

Segundo Shortell e Kaluzny (2000, p.13), dentre as diferenças dos serviços de saúde mais frequentemente mencionadas estão as seguintes:

- a) a definição e a mensuração dos resultados são mais difíceis;
- b) o trabalho desenvolvido é mais variável e complexo;
- c) a maior parte do trabalho é de caráter emergencial e inadiável;
- d) o trabalho dá pouca margem a ambigüidade e a erro;
- e) as atividades são altamente interdependentes, tornando necessário um alto grau de coordenação entre os diversos grupos profissionais;
- f) o trabalho necessita de alto nível de especialização;
- g) a maior parte dos membros da organização é muito profissionalizada, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
- h) existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho e pelos gastos: os médicos;
- i) em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidade.

A singularidade dos serviços de saúde seria decorrente da combinação das características mencionadas (SHORTELL; KALUZZNY, 2000). Alguns dos elementos pontuados encontram-se presentes no modelo de organizações profissionais de Mintzberg.

Dussault (1992) destaca que os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares no que tange sua organização e gestão. Isso porque atendem necessidades complexas cuja definição depende do cliente, como conseqüência os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades dos usuários. Outra peculiaridade da relação prestador/cliente é o desnível informacional, por isso não podemos comparar a aquisição de serviços em saúde com outros serviços em geral. Esses dois pontos culminam no terceiro, que é a dificuldade de aferir resultados. Por ser um cenário de atores com interesses diversos, a questão ética também é bastante presente, tanto em relação ao

tratamento do paciente quanto em relação à alocação de recursos, como no caso dos gestores.

Feuerwerker e Cecílio (2007, p.969) descrevem o hospital como “uma organização complexa - atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social”. Afirmam ainda que o hospital tem sido local de resistência, reprodutor da lógica de organização do trabalho centrado em procedimentos e num espaço de reprodução dos poderes das corporações, sobretudo médica e de enfermagem (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

3.2.4 Características organizacionais dos Hospitais de Ensino

Além das características descritas na subseção anterior, os HE crescem em complexidade organizacional como consequência da inserção no âmbito do hospital da dinâmica da academia.

A entrada da estrutura universitária no hospital leva à presença dos Departamentos Acadêmicos nos HE ocasionando a superposição de relações de poderes e saberes hierarquizados sob a hegemonia do poder docente, possibilitando o surgimento de tramas variadas de articulação de interesses que se cristalizam nos Serviços Especializados (CARAPINHEIRO,1993). A criação e a estruturação dos Serviços Especializados, reunindo funções assistenciais, de ensino e pesquisa, configura territórios específicos do poder médico, que exacerbam os conflitos internos, ameaçando a unidade institucional (CARAPINHEIRO, 1993).

As contradições entre a lógica assistencial e a lógica do ensino e da pesquisa são uma constante nessas organizações, traduzidas em entrechoques entre a autoridade administrativa e as autoridades acadêmicas que repercutem ou refletem as disputas pela captação e pela alocação de recursos numa situação de escassez. Essa disputa muitas vezes se manifesta na sobrevalorização de uns objetivos em

detrimento de outros, intensificando os conflitos no seio institucional (CARAPINHEIRO, 1993).

Mintzberg (1997) aponta 2 fenômenos que ocorrem, particularmente, nos HE. O primeiro é a confusão gerada pela missão tripla desses hospitais. Tal confusão propicia distorções como o uso de uma posição de chefia para atrair grandes pesquisadores. Neste caso, a chefia de um dado serviço não é vista pelo pesquisador/médico como um cargo gerencial no qual ele é responsável em organizar o atendimento do paciente e garantir condições para que uma assistência de qualidade seja prestada, mas sim como um reconhecimento de sua excelência técnica na carreira assistencial e/ou docente.

O segundo fenômeno diz respeito a reunião de práticas de ensino, pesquisa e assistência no rol de atividades de um mesmo profissional. Isso é possivelmente decorrente da suposição de que as habilidades para a pesquisa e para a clínica andam juntas. Certamente há grandes pesquisadores que são bons clínicos, mas também há grandes pesquisadores que não são tão bem sucedidos na prática assistencial. Assim como existem excelentes clínicos que não têm interesse no desenvolvimento de pesquisas. Assistência e pesquisa podem requerer não apenas habilidades distintas, mas também personalidades bastante diferentes. Mesmo assim, a suposição é de que nos HE todos os médicos devem desempenhar ambas as funções – sem contar ensino e às vezes administração (MINTZBERG, 1997).

3.3 O trabalho do dirigente e as competências gerenciais

3.3.1 Gestão, estratégia e competências

A função básica da gerência é direcionar os esforços de uma organização para a obtenção de seus objetivos e a manutenção da viabilidade organizacional (ZUCKERMAN et al, 2000). O gerente desenvolve suas atividades dentro do modelo de gestão da organização. Um modelo de gestão deve abranger um conjunto de

conceitos e referenciais que ofereçam, a um só tempo, condições de compreender a realidade organizacional e instrumentos para agir sobre ela, aprimorando-a (DUTRA, 2004).

O modelo de gestão tem íntima relação com a estratégia organizacional. Porter (1996) define estratégia como a criação de ajuste entre as atividades de uma empresa. Seu sucesso depende de fazer muitas coisas bem - não apenas algumas - gerando integração entre elas. Nesse contexto, o centro da atividade de um dirigente é a estratégia: definindo e comunicando a posição da empresa, fazendo *trade-offs* e buscando o ajuste entre as atividades desenvolvidas.

O processo de desenvolvimento da organização leva ao surgimento das competências organizacionais. Estas são concretizadas em seu patrimônio de conhecimentos, que estabelece as vantagens competitivas da organização no contexto em que se insere (DUTRA, 2004).

Passando do nível estratégico de formação de competências organizacionais para o nível de formação das competências individuais, Fleury e Fleury (2006) procuram caracterizá-las em 3 blocos, envolvendo a relação do indivíduo com a organização em uma perspectiva sistêmica: competências de negócio (relacionadas à compreensão do negócio, seus objetivos na relação com o mercado, clientes e competidores, assim como com o ambiente político e social), competências técnico-profissionais (específicas para a realização de dada operação, ocupação ou atividade) e competências sociais (necessárias para interagir com as pessoas).

Competência é uma palavra do senso comum utilizada para designar pessoa qualificada para desempenhar algo. Porém, o conceito teórico de competência ainda se encontra em construção.

Muitos autores se dedicaram a esse tema. Boyatzis (1982 apud FLEURY; FLEURY, 2006), a partir da caracterização das demandas de determinado cargo na organização, procurou fixar ações ou comportamentos efetivos esperados das pessoas. Seguindo essa mesma abordagem de tarefas para um referido cargo, encontramos a definição mais usada entre os profissionais de Recursos Humanos

onde competência é definida como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que afetam a maior parte do trabalho de uma pessoa (papel ou responsabilidade), se relacionam com o desempenho do trabalho; a competência pode ser mensurada, quando comparada com padrões estabelecidos e desenvolvida por meio de treinamento (LUCIA; LEPSINGER, 1999 apud SHEWCHUK, 2005).

Mas para alguns autores (DUTRA, 2004; FLEURY; FLEURY, 2006), a competência de um indivíduo não se reduz a um comportamento específico. Para Le Bortef (1994 apud FLEURY; FLEURY, 2006) a competência é resultado do cruzamento de 3 eixos: a formação da pessoa (sua biografia e socialização), sua formação educacional e sua experiência profissional. Segundo esse autor, competência é o conjunto de aprendizados sociais e comunicacionais. Seguindo a abordagem de Le Bortef, Fleury e Fleury (2006) definiram competência como: “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Os autores somam às competências referentes ao cargo a idéia de competências individuais. A definição de Fleury e Fleury nos dá a idéia de que a avaliação das competências de uma pessoa na execução de um determinado cargo é um processo dinâmico. Isso é esperado, já que os autores desenvolvem esse conceito na gestão de pessoas dentro da organização.

Os termos competência e habilidade são muitas vezes usados como sinônimos. Mas no contexto da gestão por competências, definimos habilidade como o saber-fazer necessário para a execução de determinado conjunto de atribuições e responsabilidades dentro da organização, ou seja, o saber-fazer necessário para corresponder às exigências estabelecidas por determinado espaço organizacional dentro da empresa (DUTRA, 2004). O Quadro 3.2 compara os conceitos de competência e habilidade.

	Competência	Habilidade
Definição	Agregação de valor para empresa/negócio	Saber fazer
Mensuração	Nível de complexidade de atribuições e responsabilidades	Certificação por pessoas/entidades legítimas
Características	Resulta em entregas permanentes - passam a integrar o patrimônio do conhecimento da empresa	Resulta na capacidade de executar tarefas, atividades e/ou funções

Quadro 3.2 - Comparativo entre competência e habilidade
 Fonte: DUTRA, 2004.

3.3.2 Gestão de pessoas e a gestão de carreiras

Fischer (2002 apud DUTRA, 2004) define o modelo de gestão de pessoas como sendo a maneira pela qual a empresa se organiza para gerenciar e orientar o comportamento humano no trabalho. Segundo a autora, compõem o modelo de gestão: princípios, orientações de valor e crenças básicas, políticas e diretrizes de ação. Estes elementos traduzem compromissos da organização com objetivos de médio e longo prazo para gestão de pessoas e de processos e cursos de ação previamente determinados e operacionalizados por ferramentas de gestão.

A gestão de pessoas engloba grandes processos que aqui são apresentados com suas respectivas práticas. Estes são: movimentação (captação, internalização, transferências, promoções, expatriação e recolocação), desenvolvimento (capacitação, carreira e desempenho) e valorização (remuneração, premiação e serviços e facilidades) (DUTRA, 2004).

Todos os processos e práticas de gestão de pessoas têm interface com e influência potencial no trabalho do dirigente. Porém a discussão da prática de gestão de carreira faz-se mais relevante no contexto dessa pesquisa.

A gestão de carreira é uma prática fundamental dentro de um sistema de gestão de pessoas. Mesmo assim é negligenciada em muitas organizações. Exemplo clássico nas empresas, bem como nas organizações de saúde, é a migração do melhor profissional técnico para a carreira gerencial e não da pessoa com competência para tal. A carreira gerencial é vista como um prêmio, o reconhecimento da contribuição da pessoa para a organização e não como uma nova carreira ou carreira de natureza diferente. No exemplo citado, a empresa perde um excelente profissional técnico e ganha um gerente insatisfeito com sua carreira e, na maior parte das vezes, despreparado para ela (DUTRA, 2004).

Cada carreira dentro da empresa pode ser caracterizada como um eixo, ou seja, um conjunto de referências que servirá de baliza para que o desenvolvimento de cada pessoa concilie as expectativas individuais com as necessidades da organização e/ou da comunidade. Podemos identificar nas organizações diferentes eixos de carreira. Eles estão articulados aos processos fundamentais da empresa. Processo fundamental é aquele que existirá sempre na empresa, não importa qual seja o desenho organizacional (p. ex. administrativo, gerencial, tecnológico). A empresa deve definir as principais competências de cada um dos seus eixos (DUTRA, 2004).

Nesse contexto, podemos pensar em pelo menos 5 carreiras existentes dentro dos HU: assistencial, docente, de pesquisa, gerencial e administrativa. Apesar de partirmos da suposição que os professores atuam em 3 eixos (assistência, docência e pesquisa), devemos estar atentos para o fato de que cada eixo exige habilidades distintas como, por exemplo, habilidades interpessoais para a assistência e a docência em contraponto à sistematização e concentração pessoal necessária à pesquisa (MINTZBERG, 1997). Outra importante diferença apontada por Mintzberg (1997) é a natureza intervencionista e fragmentada do trabalho médico em contraponto à natureza planejadora e global do trabalho gerencial.

3.3.3 O papel e o trabalho gerencial

O que faz o dirigente de uma organização? Essa foi a pergunta que norteou pesquisa de Mintzberg (1973) acerca do trabalho realizado por 5 dirigentes. Utilizando uma observação estruturada do seu cotidiano, Mintzberg analisou as atividades comuns aos gerentes e propôs um modelo que contemplava 10 papéis que eles desempenhavam. O autor usa como definição de papel aquela de Sabin e Allen (1968 apud MINTZBERG, 1973): um conjunto organizado de comportamentos referentes a um cargo ou posição. O autor afirma ainda que a personalidade do gerente pode afetar a forma como um papel é desempenhado, mas não o fato dele ser ou não desempenhado.

O ponto de partida da análise de Mintzberg é a posição do dirigente na organização. Essa posição define um poder formal. Por meio da autoridade e do *status* vinculados a tal poder surge o primeiro grupo de papéis, os papéis interpessoais, que podem ser decompostos em:

Representante (*figurehead*). O gerente tem o dever de representar sua organização em todos os tipos de formalidade.

Líder. Define a relação do gerente com seus subordinados, motivando-os, treinando-os e coordenando suas atividades.

Elemento de ligação². Conecta a organização com o meio externo, por meio da interação com seus pares e outras pessoas fora da organização, para obter informações e favores.

Os papéis interpessoais põem o gerente em uma posição privilegiada para a obtenção de informações. Como resultado dessa dinâmica, o gerente ocupa o ponto central de um tipo muito especial de informação organizacional. Com isso ele desempenha os papéis informacionais de:

² Tradução de Malik, A.M., 1983.

Monitor. Identifica o gerente como receptor e coletor de informações, permitindo maior compreensão da organização e do meio externo.

Disseminador. Transmite informações recebidas de pessoas externas à organização ou de outros subordinados aos membros da organização. Algumas informações são fatos e outras envolvem a interpretação e a integração de diversos valores organizacionais.

Porta-voz. Transmite informação para o ambiente externo sobre os planos, políticas, ações e resultados da organização. Atua como uma referência no setor em que a organização age.

O acesso privilegiado à informação e sua autoridade colocam o gerente num ponto central do sistema para a tomada de decisões, o que nos leva ao último grupo de papéis gerenciais, os papéis decisórios:

Empreendedor. Busca oportunidades na organização e no ambiente, para iniciar projetos de melhoria e de mudança. Esse papel encerra um forte componente pró-ativo.

Gerente de conflitos. Responsável por tomar ações corretivas quando algo inesperado ocorre e ameaça a organização. Ao contrário do papel anterior, encerra um componente reativo.

Alocador de recursos. Responsável pela alocação de todos os tipos de recursos da/na organização. Inclui atividades de elaboração de escalas de trabalho, do orçamento e da própria agenda do dirigente. Mintzberg lembra que a alocação de recursos é o coração do sistema de efetivação da estratégia organizacional.

Negociador. Responsável por representar a organização nas grandes negociações.

O autor afirma que ao estudarmos os 10 papéis dos dirigentes devemos ter em mente que:

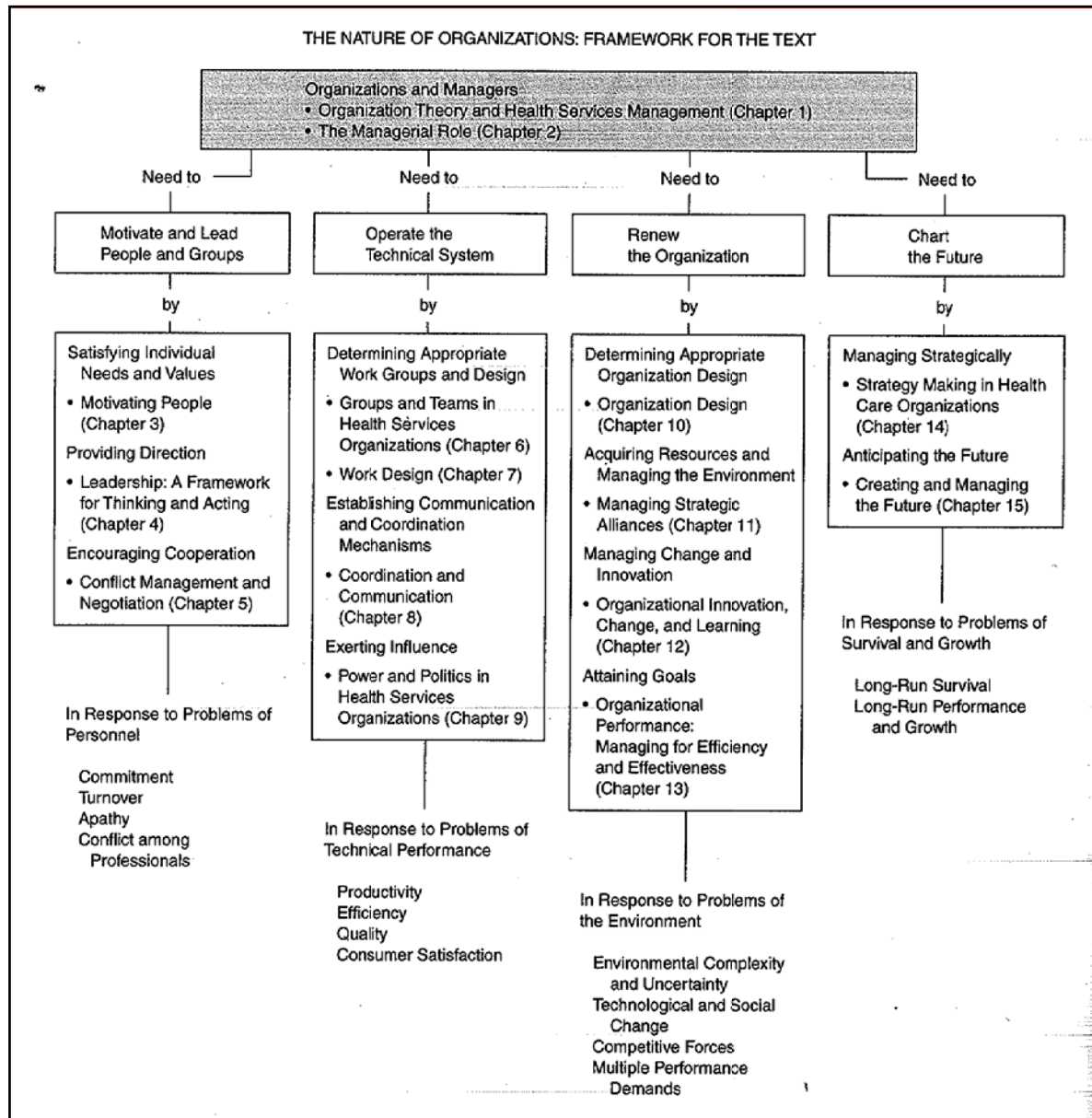
- cada papel é observável;
- todos os contatos e correspondências dos 5 executivos estudados foram considerados no estabelecimento dos papéis, e;
- os papéis são descritos individualmente, mas não podem ser isolados uns dos outros.

Rosemary Stewart (1976, 1982 apud AZEVEDO, 1995) apresenta um modelo, resultado de suas investigações, que considera a flexibilidade no trabalho e as variações no comportamento dos gerentes. A autora questiona as conclusões de Mintzberg quanto às semelhanças no trabalho gerencial e propõem um modelo que traz 3 categorias fundamentais: **demandas**, aquilo que o gerente deve fazer; **restrições**, fatores internos ou externos à organização que limitam a atuação do gerente; e **escolhas**, atividades que não são obrigatórias. Assim, configuram-se possibilidades de realizar diferentes trabalhos, de formas distintas.

O trabalho de Stewart, segundo Azevedo (1995), evidencia as diferenças individuais na dinâmica do trabalho gerencial, pois cada indivíduo tem suas próprias demandas, isto é, aquilo que pensa que deve ser feito, suas próprias restrições, ou seja, preconceitos, falta de habilidade ou de conhecimentos, e sua própria percepção das escolhas.

3.3.4 O papel e o trabalho do dirigente hospitalar

A administração em saúde é considerada como uma carreira à parte, apesar de incorporar conhecimentos de diversas disciplinas (SHORTELL; KALUZNY, 2000). Para auxiliar-nos na definição do papel do dirigente hospitalar apresentamos o Esquema 3.1 abaixo que orienta a organização do livro *Health Care Management* de Shortell e Kaluzny (2000).



Esquema 3.1 - A natureza das organizações: esquema para o texto
 Fonte: SHORTELL; KALUZNY, 2000, p. 2.

Segundo o Esquema 3.1, as organizações de saúde e seus gerentes têm 4 grandes funções. Para o cumprimento de cada função, corresponde um conjunto de papéis e responsabilidades, apresentadas a seguir:

1) **Motivar e liderar pessoas e grupos** por intermédio da satisfação de valores e necessidades individuais, da determinação da direção a seguir e do estímulo à cooperação;

- 2) **Operar o sistema técnico** por meio da determinação de adequada estrutura de trabalho, do estabelecimento da comunicação e de mecanismos de coordenação e do exercício da influência política;
- 3) **Renovar a organização** por intermédio da determinação de adequada estrutura organizacional, da aquisição de recursos e do gerenciamento do ambiente, do gerenciamento da mudança e do cumprimento de metas;
- 4) **Prever o futuro** por meio de uma gestão estratégica e da antecipação do futuro.

Outra abordagem para a definição do papel do dirigente hospitalar foi trazida para a área da saúde por Zuckerman, Dowling e Richardson (2000). Esses autores utilizam o *Competing Values Framework*³ para explorar quais seriam as competências dos gerentes de acordo com o modelo de gestão mais indicado para a situação de cada organização. Esse quadro de referência é composto por 2 eixos: o vertical se refere à estrutura da organização, variando entre a flexibilidade e o controle; o eixo horizontal diz respeito ao contexto de referência (importância, poder), indo da preponderância do ambiente externo à do interno.

Cada quadrante resultante da intersecção desses 2 eixos corresponde a um modelo de percepção da realidade da organização: o **modelo dos sistemas abertos**, o **modelo racional** (administração científica), o **modelo de processos internos** (burocracia) e o **modelo das relações humanas**. Esses quadrantes se subdividem em decorrência do posicionamento da organização mais próximo a cada um dos eixos que o compõem. O quadro de referência a seguir resulta então no estabelecimento de 8 valores gerais que podem liderar a organização. Os modelos descritos acima correspondem a 2 valores ora em cinza ora em branco, iniciando pelo modelo dos sistemas abertos, seguido pelo modelo racional, modelo de processos internos e terminando nos valores referentes ao modelo das relações humanas. A partir desses valores o papel do gerente, bem como suas competências, são estabelecidos.

³ QUINN, R.E. **Beyond rational management**. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1988.

Valores	Papel do Gerente	Competências
Inovação, adaptação	Inovador	Viver com mudanças Pensar criativamente Criar mudanças
Crescimento, obtenção de recursos	Agente da mudança	Construir e manter base de poder Negociar concordância e comprometimento Apresentar idéias
Produtividade, realização	Produtor	Trabalhar produtivamente Promover ambiente de trabalho produtivo Gerenciar tempo e stress
Direcionamento, clareza dos objetivos	Diretor	Vislumbrar, planejar e estabelecer metas Projetar e organizar Delegar de forma efetiva
Estabilidade, controle	Coordenador	Gerenciar projetos Projetar trabalhos Gerenciar por funções
Documentação, gerenciamento da informação	Monitor	Monitorar performance pessoal Gerenciar a performance coletiva Gerenciar a performance organizacional
Participação, abertura	Facilitador	Construir equipes Usar processo decisório participativo Gerenciar conflito
Comprometimento, moral	Mentor	Compreender a si e os outros Comunicar-se efetivamente Desenvolver subordinados

Quadro 3.3 - Papéis e competências das lideranças segundo o *Competing Values Framework*

Fonte: adaptado de ZUCKERMAN; DOWLING; RICHARDSON, 2000, p.41.

É importante perceber que o papel do gerente apresentado no quadro acima, em cada linha, faz referência àquele que deverá ser mais marcante no contexto de cada organização. Isso não implica deixar de lado os demais papéis listados nas outras linhas, nem aqueles apontados por Mintzberg (1973). A visão apresentada pelo *Competing Values Framework* (Quinn) e o trabalho de Mintzberg (1973) não são excludentes, mas sim complementares.

Shewchuk et al (2005) construíram um conjunto de competências necessárias à efetiva gerência em saúde com base na percepção de executivos associados ao

American College of Healthcare Executives (ACHE). A primeira parte desse trabalho foi identificar questões críticas no cuidado à saúde, separando-as em 5 grupos. Posteriormente, foram levantadas e priorizadas as competências para o enfrentamento de tais questões. As referidas competências são apresentadas a seguir, em ordem decrescente de prioridade:

- 1) Grupo A - Gerenciamento do cuidado à saúde: habilidades de comunicação, construção de equipes, credibilidade, habilidades de escuta, habilidades analíticas e capacidade de adaptação às mudanças constantes;
- 2) Grupo B - Foco no paciente ou consumidor: compreensão do *continuum* do cuidado em saúde, conhecimento do público, conhecimento de regulação, conhecimento das necessidades de saúde da população e *political savvy* (conhecimento da dinâmica de poderes);
- 3) Grupo C - Assuntos políticos, legais e éticos: ética em gestão, conhecimentos demográficos, fazer o que é certo para o paciente, conhecimento dos direitos do paciente, competência cultural, estrutura e filosofia organizacionais e habilidades legais gerais;
- 4) Grupo D - Questões financeiras e econômicas: conhecimento da política pública de cuidado à saúde, *stewardship* (responsabilizar-se por propriedade ou recursos financeiros de outrem), habilidades analíticas e gestão da informação, orientação pela qualidade e habilidades de negociação;
- 5) Grupo E - Relacionamento com os médicos: compreensão de processos legais de má prática, habilidades para gestão de conflitos, habilidades para solução de problemas, conhecimento dos princípios de ética em organizações de saúde (pesquisa/organização/bioética), conhecimento de estratégias e técnicas para redução do risco e do erro, construção de consensos e conhecimento do processo educacional dos médicos.

O trabalho de Shewchuk et al (2005) apresenta algumas limitações. Com um índice de resposta de 30%, a generalização dos achados fica comprometida. Como não houve o estudo da associação das competências estabelecidas e o desempenho em termos de resultados relevantes, os autores não avaliaram questões referentes à validade das respostas. Por último, não houve representação dos administradores

em saúde não filiados à ACHE, em particular os gerentes de organizações públicas de saúde.

Alguns autores pontuam ainda outras peculiaridades do trabalho gerencial em saúde. Feuerwerker e Cecílio (2007) apontam que um importante desafio para gerentes no hospital é conseguir a adequada coordenação do conjunto diversificado, fragmentado e especializado de atos cuidadores individuais, na busca de um cuidado eficaz e de qualidade. Considerando essa característica, qualquer proposta de mudança ou solução de problema exigirá do gerente a capacidade de buscar a conciliação dos interesses em questão. Outra postura, bem distinta, é esperada do dirigente, ao buscar recursos ou advogar em prol do hospital, quando se espera que defenda com firmeza os interesses da organização. Mintzberg (1997) chama a atenção para a divergência entre esses papéis (conciliador e “advogado”), lembrando, inclusive, que eles não precisam, necessariamente, ser desempenhados pelo mesmo profissional.

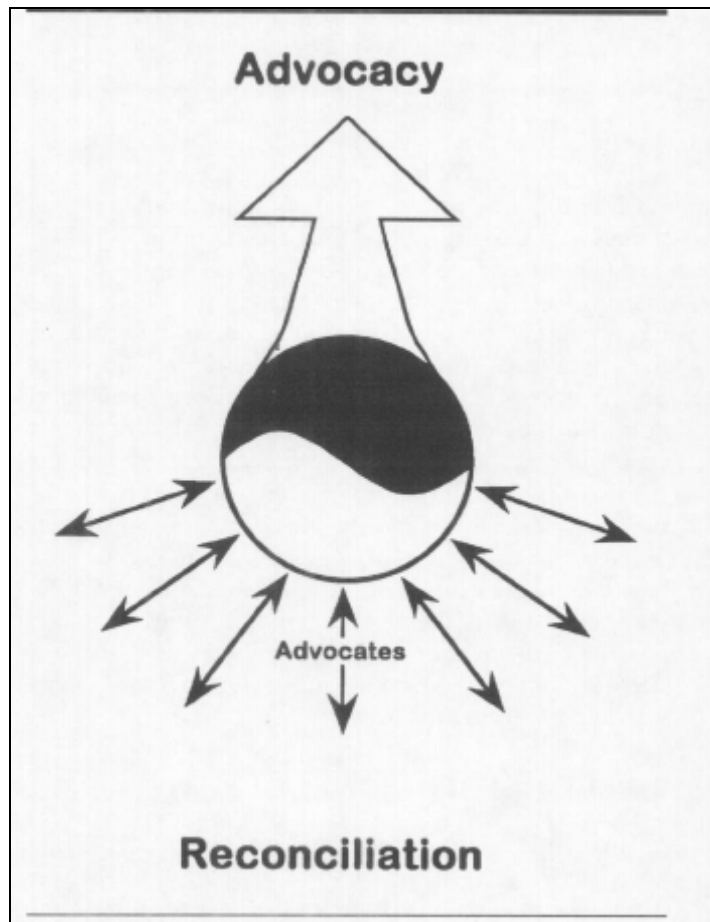


Figura 3.1 - Assimetria na administração de um hospital

Fonte: MINTZBERG, 1997, p. 16

A Figura 3.1 ilustra esse movimento descrito por Mintzberg (1997). O termo “advocacia” tem sua origem no inglês *advocacy* e nasceu das experiências da democracia americana que desenvolveram comportamentos de reivindicação de direito de modo característico e próprio. *Advocacy* significa ações de indivíduos e de grupos organizados que buscam influir sobre as autoridades e os particulares para que fiquem mais sensíveis às carências e necessidades diversas que emergem na sociedade (DALLARI et al, 1996).

Ainda acerca das negociações no âmbito hospitalar, Dussault (1992) e Cecílio (1997b) afirmam que compreender a dinâmica dos poderes dentro do hospital é fundamental para o trabalho dos gerentes em saúde, não só na definição dos papéis que devem ser desempenhados, mas também para saber quais mecanismos de coordenação melhor se aplicam a essa realidade.

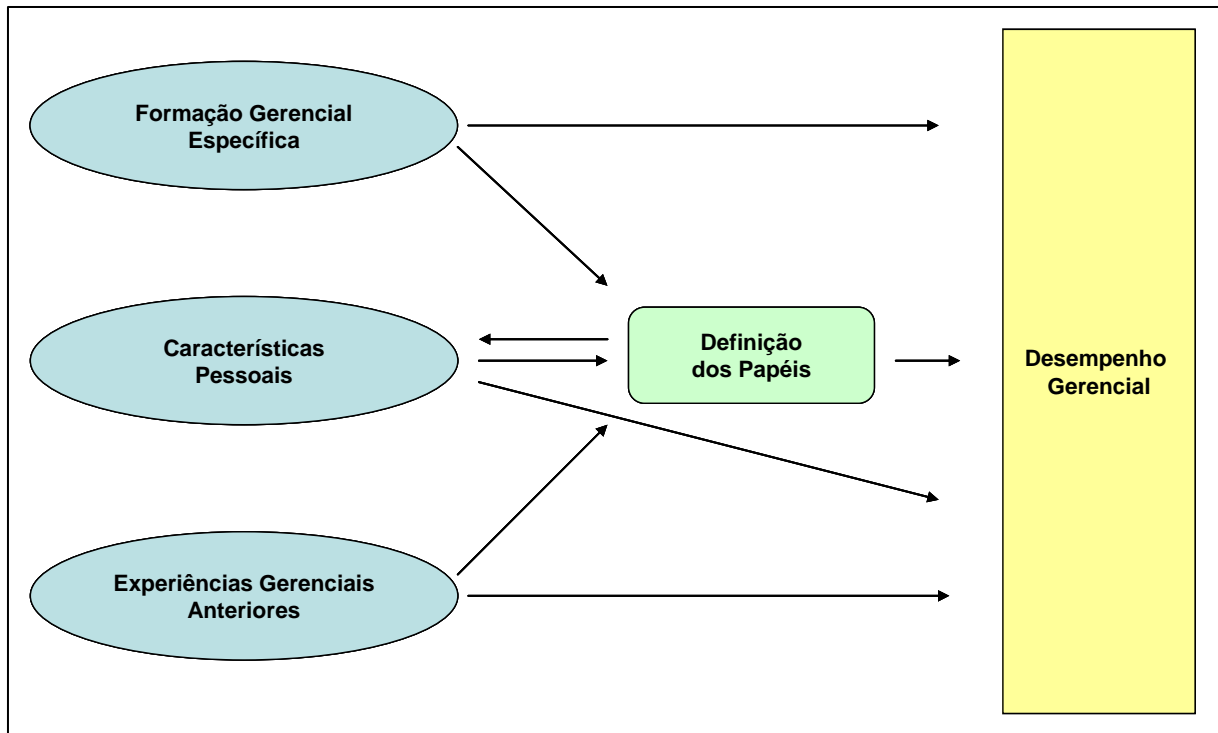
Como a presente pesquisa aborda o trabalho gerencial de diretores de hospitais, optamos por trabalhar, principalmente, com o modelo apresentado por Shortell e Kaluzny (2000).

3.3.5 Tentando compreender os fatores que influenciam o desempenho gerencial

O presente estudo se ocupa da competência gerencial relativa à implementação efetiva do papel definido para o conjunto de Hospitais de Ensino, de acordo com o estabelecido pelo Programa de Reestruturação para este segmento.

Para melhor compreensão dos fatores que influenciam o desempenho gerencial, consultamos bibliografias das áreas de estudos organizacionais, de recursos humanos e da gestão em saúde. Os trabalhos pesquisados tiveram origem em contextos diversos, isto é, por vezes possuem um caráter geral e outras vezes um caráter específico da área da saúde. Alguns trabalhos trazem abordagens distintas dentro de uma mesma área de estudo. Além disso, o viés temporal (ano de publicação) também é importante de ser pontuado.

Considerando as características do referencial teórico apresentado, buscamos construir uma rede relacional que auxiliasse no entendimento dos fatores que influenciam o desempenho dos profissionais nos cargos de gestão (Esquema 3.2). O esquema desenvolvido não encerra todos os determinantes da *performance* gerencial, mas serve como guia na condução do estudo aqui pretendido.



Esquema 3.2 - Fatores influenciadores no desempenho gerencial
 Fonte: Elaboração própria

Iniciamos o esquema com os 3 eixos sugeridos por Le Bortef (1994 apud FLEURY; FLEURY, 2006) que são: a formação da pessoa (sua biografia e socialização), sua formação educacional e sua experiência profissional. Alteramos as expressões para adaptá-las ao contexto do trabalho gerencial. Além disso, optamos por usar a expressão “características pessoais” por entender que estas são decorrentes e mais abrangentes que “formação da pessoa” incluindo aspectos como a personalidade, por exemplo. A peculiaridade de cada indivíduo no desempenho da função gerencial também é ressaltada no modelo proposto por Stewart (1976, 1982 apud AZEVEDO, 1995). Ainda segundo Le Bortef, competência é o conjunto de aprendizados sociais e comunicacionais. Logo, as experiências profissionais contribuem não apenas com o conhecimento técnico, mas também para um conhecimento social.

Além dos 3 fatores descritos anteriormente, no nosso entender, há um elemento intermediário que influencia a *performance* que é a definição dos papéis a serem desempenhados (MINTZBERG, 1973; SHORTELL; KALUZNY, 2000), como um guia para a ação gerencial. Este é um elemento intermediário, pois é decorrente da formação educacional, das experiências profissionais e das características pessoais. Ademais, a adequada definição de papéis não é um passo suficiente para assegurar

impacto positivo no trabalho gerencial, pois é necessário que o profissional disponha das habilidades para desempenhar o conjunto de papéis e responsabilidades definido.

Resumindo, quando existe uma formação gerencial específica, há maior chance para o sucesso no desenvolvimento do papel de dirigente, bem como uma definição de papel mais próxima àquela apontada pela literatura. Por sua vez, um gerente pode ter claro qual deve ser seu papel, mas não conseguir desempenhá-lo em decorrência de características pessoais. As experiências gerenciais anteriores também contribuem como conhecimento tácito que influenciam a competência.

Neste trabalho não pretendemos inferir sobre a competência ou não dos profissionais nos cargos de direção dos hospitais. Queremos sim saber a percepção destes profissionais sobre um conjunto de papéis e responsabilidades que definimos com base na literatura, entendendo que tal conjunto tem influência no desempenho gerencial. Complementando a pesquisa, levantamos dados sobre as suas experiências profissionais e a sua formação na área da gestão já que estes também têm o potencial de gerar impacto positivo na *performance* gerencial.

4 METODOLOGIA

Nosso estudo seguiu 2 caminhos distintos. O primeiro caminho corresponde à análise e identificação das funções gerenciais dos dirigentes de Hospitais Universitários. Para isso contamos com as contribuições teóricas de Mintzberg (1973, 1997), Shortell e Kaluzny (2000) e Dutra (2004). Contamos também com 2 fontes de informação acerca da realidade empírica de que trata esse trabalho. Uma delas refere-se à visão de dois ex-diretores de HU, ambos com sólida formação e experiência em gestão, com respeito ao funcionamento e à gestão desses hospitais. A outra fonte diz respeito ao nível planejador/estratégico, que neste estudo corresponde ao Ministério da Educação, na figura da Comissão de Acompanhamento das IFES e HU, e ao Ministério da Saúde, mais especificamente à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

O segundo caminho, o trabalho de campo propriamente dito, refere-se à pesquisa da percepção de profissionais em exercício nos cargos de direção dos Hospitais Universitários, no 2º semestre de 2007, acerca do trabalho por eles desenvolvido.

Podemos coletar dados sobre a realidade empírica por meio da observação de condições, comportamentos, fatos, pessoas ou processos. Outra abordagem, com o mesmo objetivo, consiste em nos comunicarmos com as pessoas sobre vários assuntos. Para isso podemos fazer entrevistas, pessoal ou telefônica, e/ou questionários. As abordagens comunicacionais (entrevista e questionário) são as mais indicadas quando desejamos tratar de assuntos que dizem respeito diretamente ao respondente, ou seja, itens como atitudes, opiniões, expectativas e intenções (COOPER, 2003). Por isso essas abordagens foram amplamente exploradas nesse estudo.

O principal ponto fraco dessas abordagens é que a qualidade e a quantidade de informações recebidas dependem da capacidade e da disposição dos respondentes em cooperar. Mesmo que os respondentes participem, eles podem não ter o conhecimento exigido para responder o questionário, como são percepções ou opiniões, não há pré-requisito de informações ou não ter opinião sobre o assunto em

questão. Eles também podem interpretar uma questão ou conceito de forma diferente daquela pretendida pelo pesquisador (PEDHAZUR, 1991). Dessa forma, as respostas devem ser aceitas pelo que são - declarações de terceiros que refletem graus variados (e absolutamente pessoais) de verdade.

4.1 Levantamento bibliográfico

A revisão bibliográfica foi sistematizada e baseada na pesquisa por descritores nas bases de dados LILACS, MEDLINE e EBSCO. Os descritores utilizados na pesquisa foram: gerência (*management*), gestão em saúde (*health management*), gestor de saúde (*health manager*), administração hospitalar (*hospital administration*), administradores hospitalares (*hospital administrators*), diretores de hospitais (*chief executive officers, hospital*), hospitais de ensino (*teaching hospitals*) e hospitais universitários (*university hospitals*).

Nossa pesquisa bibliográfica identificou no âmbito nacional 4 dissertações, todas da década de 90, que tiveram como objeto de estudo a função gerencial de diretores hospitalares. Três deles (AZEVEDO, 1995; OLIVEIRA, 1995; SOEIRO, 1995) tiveram como abordagem metodológica entrevistas e 1 (SANTOS, 1998) a observação estruturada das atividades diárias dos dirigentes.

4.2 Definindo o universo da pesquisa

Segundo dados da AMS 2005, o Brasil conta com 7.155 estabelecimentos com internação (IBGE, 2006). Como o presente trabalho visa saber a percepção dos Diretores de HE acerca do seu trabalho, entendendo que isso interfere na implantação de uma política definida para este segmento, nosso grupo de interesse passa a ser composto pelos 185 Hospitais de Ensino, descrito na subseção 3.1.3 (CNES, 2008).

O conjunto dos 185 hospitais certificados como de ensino com base nos critérios definidos pela Portaria Interministerial nº 1.000 de 15 de abril de 2004 é bastante heterogêneo. Essa heterogeneidade não diz respeito apenas ao tamanho do hospital, se este presta atendimento geral ou especializado e ao nível de complexidade de suas ações. Ela se refere também aos diferentes modos de vinculação à alguma Instituição de Ensino Superior e à realização ou não de Contrato de Metas com o gestor local.

O conjunto dos 45 HU ligados às IFES possui uma vinculação à Instituição de Ensino Superior comum quando comparado aos demais HE. Com relação ao estabelecimento de Contrato de Metas, 33 dos 37 HU/IFES certificados assinaram Contrato com o gestor local (CNES, 2008). Além disso, os HU/IFES são obrigados a preencher um sistema de informações próprio, o SIHUF, o que facilita a abordagem desse conjunto de hospitais em um estudo. Por ser um grupo tão particular dentro do conjunto de HE, o Programa de Reestruturação desses hospitais foi constituído por uma Portaria a parte da dos demais HE.

A escolha do conjunto dos HU/IFES como universo da pesquisa possibilita um estudo abrangente, incluindo a quase totalidade do Território Nacional, já que estes encontram-se presentes em 22 dos 27 estados brasileiros.

4.3 Levantamento em sítios oficiais

Ao longo deste trabalho, diversos sítios oficiais foram pesquisados. Algumas pesquisas foram realizadas no intuito de compreender e caracterizar o contexto dos Hospitais Universitários e de Ensino. É o caso dos levantamentos realizados nos sítios do MEC, CNES e ABRAHUE. Os endereços eletrônicos foram visitados mais de uma vez, por isso as informações extraídas são apresentadas considerando-se a data de acesso. Quanto aos documentos neles disponíveis, quando referenciados nesse trabalho, levam em consideração a sua data de publicação.

O outro objetivo do levantamento em sítios oficiais foi definir quais seriam os cargos de Direção a fazer parte da pesquisa. Para isso, nos meses de agosto e setembro de 2007, buscamos os sítios dos 45 HU vinculados às IFES. Primeiro acessávamos o endereço eletrônico da IFES e posteriormente procurávamos o(s) Hospital(is) a ela vinculado(s). De maneira geral, ou o caminho para a página do HU era bem claro a partir da página inicial da IFES ou o HU encontrava-se no item “órgãos suplementares”. As informações buscadas inicialmente eram os cargos de Direção e o organograma do hospital. Durante o levantamento dos sítios dos HU, constatou-se que eles poderiam fornecer os endereços eletrônicos para o envio do questionário. A pesquisa nos sítios oficiais dos HU suscitou o interesse em uma breve análise da divulgação de informações por parte do hospital, por isso avaliamos a existência ou não da declaração da Missão do HU na sua página principal.

Com relação ao grupo Diretor, a estrutura mínima comum aos HU pesquisados foi: Direção Geral e/ou Superintendência, Direção Clínica e Direção Administrativa. Os outros cargos de Direção encontrados foram de Enfermagem, Ensino e Pesquisa, Gestão de Pessoas e de Informática e Instrumentação, sendo os 2 primeiros os mais freqüentes. Durante a pesquisa dos cargos de Direção, encontramos informações acerca das atribuições e responsabilidades de cada um destes em 2 HU.

4.4 Entrevista como instrumento de pesquisa

No contexto da pesquisa científica, a entrevista pode ter finalidades variadas. Pode ser um meio de aproximação do objeto de estudo, pode auxiliar na construção de outro instrumento de pesquisa ou ainda ser o principal instrumento de coleta de dados. A entrevista traz algumas vantagens em relação ao uso de questionários auto-aplicados. Ela permite a abordagem de assuntos complexos com mais profundidade. Por ser flexível pode assumir novos caminhos, permite alterar a ordem das perguntas ou mesmo eliminá-las no processo, tem a possibilidade de motivar o entrevistado a colaborar e reduz a chance de não resposta a algum dos itens. Além disso, na entrevista face a face, a observação do respondente pode trazer informações valiosas (PEDHAZUR, 1991).

Quando a entrevista constitui o principal instrumento de pesquisa, ela traz duas grandes desvantagens: o custo e o viés do entrevistador. Nos custos da entrevista incluímos aqueles referentes à seleção e treinamento dos entrevistadores, bem como os referentes ao seu deslocamento. Nesse caso, a entrevista por telefone pode ser uma alternativa mais econômica. O viés do entrevistador está relacionado com vários pontos da entrevista, desde sua apresentação até sua conclusão. Os principais problemas são: dificuldade em obter total cooperação do respondente, falha em executar consistentemente os procedimentos, falta de condição em estabelecer um ambiente apropriado para a entrevista, falsificação de respostas individuais ou de toda entrevista, comportamento influenciador impróprio, falha em registrar as respostas de forma acurada e completa e viés causado pela presença física, pois afinal entrevista consiste em interação (COOPER, 2003).

No presente trabalho, fizemos uso da entrevista em 2 momentos diferentes. Após a revisão da literatura, realizamos uma aproximação do campo por meio de 2 entrevistas, nos meses de junho e julho de 2007, com ex-diretores de Hospitais Universitários. A principal contribuição teórica para a construção do roteiro de entrevista (APÊNDICE A) foi do estudo de Azevedo (1995). Com relação ao roteiro para essa entrevista, tentamos elaborá-lo com simplicidade, embora isso nem sempre seja fácil, de forma a servir de guia para uma “conversa com finalidade” como sugere Minayo (2004). Como eram entrevistas preliminares, as perguntas eram mais gerais e as conversas foram gravadas, para que nenhuma informação fosse desperdiçada.

Com a intenção de identificar as expectativas do nível planejador/estratégico com relação ao papel dos Diretores de HU, realizamos mais 2 entrevistas nos meses de setembro e outubro de 2007. Para termos a visão por parte do MEC, entrevistamos um professor de uma IFES, membro da Câmara Técnica para Acompanhamento dos HU no âmbito da Coordenação Geral de Acompanhamento dos HU (MEC/SESu). Quanto à visão do MS, foi feita uma entrevista, por telefone devido à distância, com a Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde. Como a entrevista tinha um

objetivo específico, seu roteiro (APÊNDICE B) foi elaborado com questões muito direcionadas e a entrevista por telefone não comprometeu esse passo da pesquisa.

Na entrevista, a representante do MS ressaltou que a principal expectativa com relação aos Diretores de HU é a implantação, no âmbito do hospital, das mudanças propostas pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS. Já durante a entrevista com o representante do MEC, não conseguimos evidenciar alguma expectativa específica com relação ao papel do Diretor.

4.5 Questionário como instrumento de pesquisa

Assim como a entrevista, o questionário pode ser utilizado como método de coleta de dados em uma pesquisa.

O uso de questionários, quando comparado às entrevistas, possui algumas vantagens. Geralmente são menos dispendiosos e consomem menos tempo em sua aplicação, processamento e análise. Quando enviados por correio ou pela Internet possibilitam maior cobertura da população de interesse. São menos suscetíveis que as entrevistas a vieses por diferenças na instrução e no método de aplicação, sem contar a inexistência do viés do entrevistador. Além disso, a confidencialidade e o anonimato podem ser efetivamente garantidos deixando os respondentes livres de constrangimentos, favorecendo respostas mais verdadeiras (COOPER, 2003). Apresentam como desvantagens o baixo índice de resposta e a necessidade de listas de endereçamento acuradas. No primeiro caso, a realização de contatos posteriores para encorajar a resposta é uma opção, na tentativa de aumentar o índice de participação na pesquisa (COOPER, 2003). Apesar de exigirem menos tempo na sua aplicação, os questionários demandam muito cuidado em sua elaboração. Por serem instrumentos auto-preenchidos, devem ser claramente redigidos.

Atenção especial deve ser dada para a construção de escalas de classificação. As escalas de classificação são usadas para quantificar avaliações, impressões,

juízos e percepções de uma dada pessoa acerca de determinado objeto, contexto etc. Sua grande popularidade advém do fato da relativa facilidade na sua construção e administração e de sua aparente aplicabilidade na medição de quase tudo que se possa imaginar (PEDHAZUR, 1991). Porém, por refletirem um processo de compreensão do respondente, as escalas de classificação são vulneráveis ao uso impróprio e a interpretações equivocadas. Uma das maiores fontes de viés é o efeito halo, em que as respostas são influenciadas pela impressão geral que o respondente tem da pesquisa. Alguns respondentes procuram evitar as categorias dos extremos, concentrando-se nas categoriais próximas ao meio da escala (erro de tendência central) (PEDHAZUR, 1991). Ainda em relação às escalas de classificação, é importante pontuar a necessidade de definição das categorias a serem avaliadas. Quando essa definição não é dada, os respondentes recorrem a seus próprios conceitos, o que não traz nenhuma consequência caso essa seja uma intenção do pesquisador.

4.6 Seleção dos respondentes

Inicialmente, o universo da pesquisa compreendeu os 45 HU vinculados às IFES. Porém algumas unidades foram excluídas da pesquisa. O primeiro critério de exclusão foi a inexistência de unidade de internação no HU, como foi o caso do Hospital Universitário/UFPI e do Hospital Escola São Francisco de Assis/UFRJ, segundo o Relatório de Atividades da Coordenação Geral de Acompanhamento das Instituições Federais de Ensino Superior e Hospitais Universitários de dezembro de 2006. Outro critério de exclusão foi a não inscrição do Centro Pediátrico Hosannah de Oliveira/UFBA no CNES (acesso em ago/2007). Além disso, segundo dados do MEC ela apresenta o mesmo Diretor e endereço de outra unidade hospitalar da mesma Universidade, o que nos faz pensar que o Centro Pediátrico Hosannah de Oliveira seja uma unidade especializada dentro de/vinculada a um hospital geral. Após as 3 exclusões, permaneceram no universo da pesquisa 42 HU.

O presente trabalho não se restringe às funções do Diretor Geral ou Superintendente, mas compreende a alta direção, assumindo que ela constitui um

grupo responsável pelas decisões estratégicas dentro do hospital. Por isso, abordamos também o primeiro nível hierárquico abaixo do Diretor Geral, escolhendo o Diretor Clínico ou responsável pela Área Assistencial e o Diretor Administrativo ou responsável pela Área Administrativa, cargos existentes em todos os HU vinculados às IFES, conforme pesquisa descrita na subseção 4.3.

Após a exclusão de 3 unidades hospitalares e a seleção dos cargos a participarem da pesquisa em cada hospital, definimos a existência de 126 possíveis respondentes da pesquisa.

4.7 O desenho do instrumento da pesquisa

Como o objeto desse estudo compreende o grupo de HU vinculados às IFES em todo território nacional, optamos por desenvolver e utilizar um questionário para obter acesso às informações e percepções de seus Diretores.

Todos os passos descritos nas subseções anteriores subsidiaram a construção do instrumento da pesquisa, que foi dividido em 3 seções. A seção A refere-se ao hospital e ao cargo do profissional respondente. A seção B destina-se à pesquisa da percepção dos Diretores acerca dos papéis que desempenham. E a Seção C traz um levantamento do perfil profissional do respondente (APÊNDICE C).

A primeira seção procura identificar o respondente com relação ao hospital e ao cargo que ocupa. Busca também informações sobre como o profissional foi escolhido para o cargo e se há ou não algum pré-requisito para a ocupação do cargo em questão. As opções de resposta para esses itens foram levantadas a partir da pesquisa bibliográfica, com contribuição do estudo de Costa et al. (2000), do levantamento em sites oficiais e das entrevistas com ex-diretores de HU.

A seção B traz afirmações e perguntas acerca do trabalho dos Diretores de HU e visa saber a opinião do respondente sobre cada item. A construção do conjunto de papéis que os Diretores de HU desempenham teve o embasamento teórico do

estudo de Mintzberg (1973) e das contribuições de Shortell e Kaluzny (2000). A vertente empírica desses papéis foi fornecida pelas entrevistas com ex-diretores de HU e com os representantes do MEC e MS.

Ao todo, 16 itens compõem a seção B do questionário. Os itens foram elaborados de forma a buscar a percepção dos Diretores sobre seu trabalho, suas responsabilidades e sua capacidade ou não de intervenção em determinadas situações. O conjunto de papéis e responsabilidades definido e explorado por essa pesquisa é listado a seguir:

- motivação dos funcionários;
- coordenação do trabalho das equipes;
- importância das negociações;
- capacidade de alocação de recursos;
- promoção da comunicação interna;
- importância do conhecimento da dinâmica de poderes do HU;
- capacidade de adequação da estrutura organizacional;
- busca de novos recursos;
- proposição de novos projetos;
- viabilização de novos projetos;
- cumprimento de metas;
- definição da estratégia;
- previsão de novos cenários;
- representação do HU ou da Direção;
- divulgação de informações sobre HU, e;
- participação na implantação de uma política pública.

Cada item da seção B teve como opção de resposta uma escala de classificação com 5 possibilidades. Duas escalas foram utilizadas. A primeira, para avaliação do grau de concordância com determinada afirmação, variando de “discorda fortemente” a “concorda fortemente”, tendo como alternativas intermediárias “discorda”, “não concorda, nem discorda” e “concorda”. E a segunda, para perguntas referentes à frequência, variando de “nunca” a “sempre”, apresentando ainda as opções “raramente”, “às vezes” e “quase sempre”. O único item da seção B com 6

possibilidades de resposta foi o 11 com a opção “não se aplica”, para o caso de o HU em questão não ter assinado o Contrato de Metas com o gestor local.

Importante pontuar que não existe relação direta entre a percepção dos Diretores apontada no questionário e a execução de determinado papel. Como apresentado no Esquema 3.2 (Fatores influenciadores do desempenho gerencial), o profissional pode definir um grupo de papéis para guiar sua atuação, mas não conseguir executá-los em sua plenitude, em decorrência de suas características pessoais. Outras vezes pode agir como um grande motivador sem ter a clara percepção disso. Afirmar ou não que um determinado papel é desempenhado, só seria possível por intermédio de um estudo observacional, o que não é o caso dessa pesquisa e nem objetivo deste trabalho.

Apesar disso, a avaliação da percepção dos Diretores de HU com relação aos papéis desempenhados tem seu valor, pois aponta qual conjunto de responsabilidades é mais e qual menos identificado por esse grupo de profissionais como atribuição da direção, auxiliando na compreensão de determinados fenômenos.

O formulário utilizado para a pesquisa eletrônica foi escrito em linguagem HTML (*HyperText Markup Language*) simples, sem a utilização de qualquer outra linguagem de programação. Este formulário foi desenhado de forma a que o respondente não fosse obrigado a navegar por diversas páginas, o que possivelmente o desestimularia.

O conteúdo deste formulário foi enviado para o servidor WEB, onde foi manipulado por uma CGI (*Common Gateway Interface*). Os dados de cada campo do formulário foram armazenados pela CGI em um arquivo no servidor WEB para posterior processamento. Para cada resposta recebida, a CGI enviava também uma mensagem eletrônica para o endereço eletrônico da autora contendo os dados fornecidos pelo respondente. Após o término do período de pesquisa, um segundo programa realizou o processamento dos dados armazenados no servidor, gerando uma tabela HTML com todas as respostas obtidas. Esta tabela foi importada para o Excel[®], gerando uma segunda tabela, que serviu como base para as análises

realizadas pela autora: cálculo da frequência absoluta, cálculo da frequência relativa e construção de gráficos.

Anteriormente ao envio do instrumento para os respondentes selecionados, um pré-teste foi realizado com 4 profissionais que ocuparam cargos de direção em hospitais a fim de testar a clareza do texto, a pertinência e/ou ausência das opções de resposta e o funcionamento da programação feita para armazenamento, manipulação e análise dos dados.

4.8 O envio do instrumento

A ABRAHUE é importante referência para estudos sobre os HUE. Fizemos contato com a ABRAHUE explicando o estudo em curso e solicitando ajuda quanto aos endereços dos Diretores. O Presidente e as Secretárias da associação se dispuseram a nos auxiliar também com a divulgação da pesquisa.

Via ABRAHUE tivemos acesso à lista de endereços eletrônicos das Direções Gerais e/ou Superintendências (42) dos HU vinculados às IFES. Esses endereços foram complementados com as informações disponíveis em sítios oficiais dos hospitais correspondendo às Direções Clínicas (8) e Administrativas (8) fazendo um total de 58 destinatários diretos. Quanto aos demais 68 Diretores, Clínicos e Administrativos, solicitamos aos Diretores Gerais de seus hospitais que lhes repassassem o convite para participar da pesquisa.

A pesquisa realizada pela Internet teve seu início em 26/11/07 e término em 24/12/07. O primeiro convite para participação da pesquisa, contendo a URL para acesso ao formulário eletrônico e a Carta de Apresentação da Pesquisa (APÊNDICE D), anexada à mensagem, foi encaminhado para os 58 destinatários a partir da caixa de correio eletrônico da ABRAHUE. A mensagem descrevia o objetivo da pesquisa, fornecia instruções para o preenchimento do questionário e solicitava que a mesma fosse redirecionada aos Diretores Clínicos e Administrativos (APÊNDICE E).

Em cada uma das 3 primeiras semanas do mês de dezembro/2007 foi feita uma reconvocação (*recall*) para a participação na pesquisa, desta vez a partir da caixa de correio eletrônico da autora. Durante o período estipulado para resposta ao instrumento da pesquisa (26/11/07 a 24/12/07), ocorreu o II Congresso Brasileiro de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE. Este evento foi identificado como uma possibilidade para divulgação da pesquisa e para a obtenção do preenchimento de alguns questionários. Novamente com o apoio da equipe da ABRAHUE, a autora era apresentada aos Diretores presentes (aqueles selecionados na subseção 4.6 que ainda não haviam preenchido o formulário eletrônico) e aproveitava a oportunidade para falar sobre a pesquisa em curso, reforçando o convite à participação e oferecendo a possibilidade de preenchimento do questionário impresso durante o Congresso. Nesse último caso, as respostas eram passadas para o formulário eletrônico pela própria autora para que constassem da tabela HTML que serviu de base para a análise.

4.9 Limitações do presente estudo

Como em qualquer pesquisa por questionário, este estudo dependeu da colaboração e da percepção dos respondentes. A realidade apresentada é aquela percebida pelos respondentes e não corresponde necessariamente aos fatos, já que cada observador possui um olhar distinto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição do conjunto de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior

As Tabelas 5.1 a 5.5 a seguir têm o objetivo de caracterizar esse grupo de hospitais. Todas foram elaboradas a partir do Relatório de Atividades da Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e HU de dezembro de 2006. A única exceção é a Tabela 5.5 cujos dados foram retirados do CNES.

A Tabela 5.1 traz a distribuição dos HU e das IFES às quais eles são vinculados, segundo região geográfica. Esta tabela mostra que algumas IFES apresentam mais de 1 HU, sendo que as maiores concentrações, tanto de IFES quanto de HU, encontram-se nas regiões nordeste e sudeste, seguidas das regiões sul, centro-oeste e norte. Na região sul, 1 dos HU não é vinculado à IFES, mas sim diretamente ao MEC.

Tabela 5.1 - Distribuição dos HU e das IFES às quais são vinculados segundo região geográfica. Brasil, 2006.

Região do país	IFES	HU
Norte	2	3
Nordeste	10	16
Centro-Oeste	4	4
Sudeste	9	16
Sul	5	6
Total	30	45

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

O grupo de HU vinculados às IFES é composto de unidades de atendimento geral e especializado, sendo 4 Maternidades (Tabela 5.2). As demais unidades de especialidade concentram atendimento nas áreas de Pediatria (4), Neurologia (1),

Psiquiatria (1), Doenças Infecciosas (1), Ginecologia (1) e Doenças do Tórax (em especial Tuberculose) (1).

Tabela 5.2 - Distribuição dos HU ligados às IFES segundo tipo de unidade. Brasil, 2006.

Tipo de Unidade	Quantidade
Geral	32
Especialidade	13
Total	45

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

A Figura 5.1 reúne as informações das Tabelas 5.1 e 5.2 trazendo a distribuição geográfica por tipo de unidade dos HU vinculados às IFES.

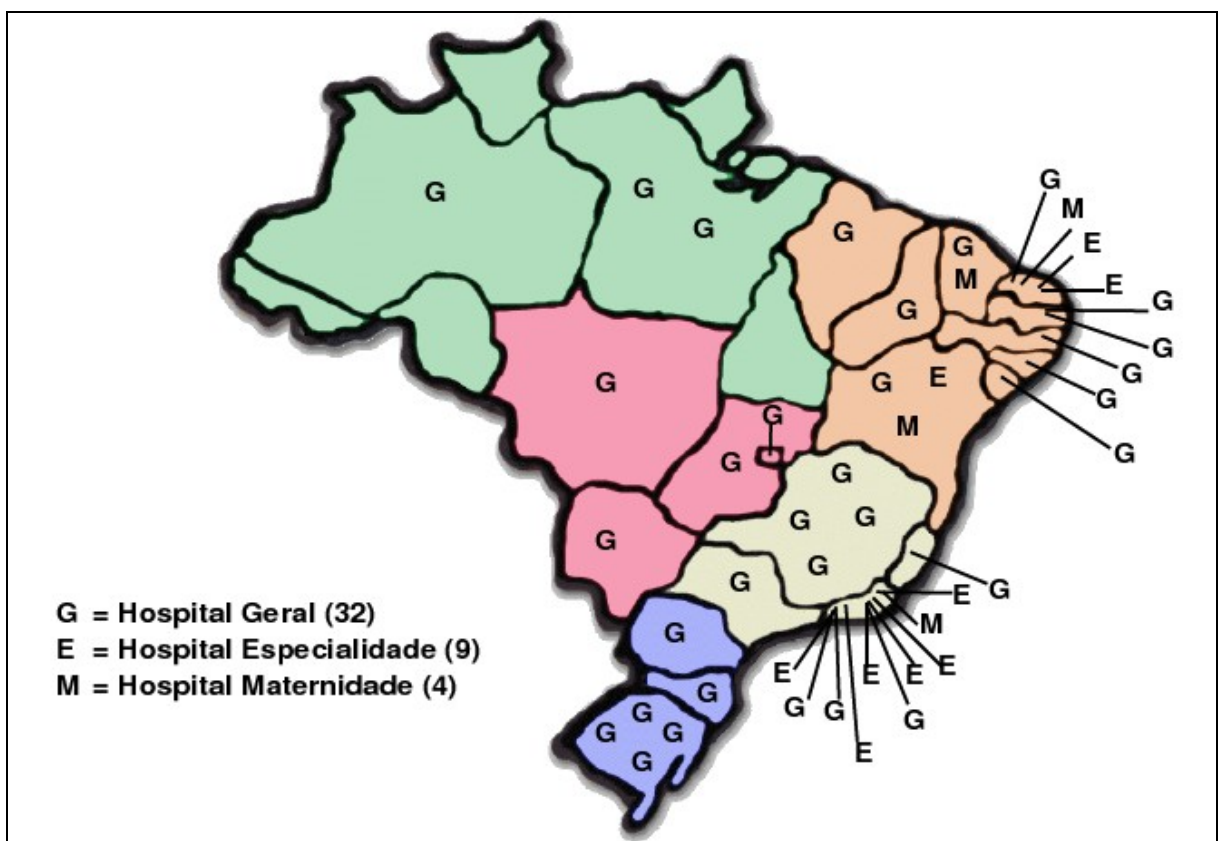


Figura 5.1 - Distribuição geográfica por tipo de unidade dos HU ligados às IFES

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006.

A Tabela 5.3 apresenta a distribuição dos HU ligados às IFES segundo nível de complexidade de suas ações. A classificação aqui apresentada não é aquela

determinada pela Portaria nº 2.224/GM e sim a estabelecida pela CGAIHU/SESu/MEC com base nos procedimentos de alta complexidade para os quais o hospital é credenciado pelo SUS.

Tabela 5.3 - Distribuição dos HU ligados às IFES segundo nível de complexidade. Brasil, 2006.

Nível de complexidade	Quantidade
Baixa complexidade	13
Média complexidade	15
Alta complexidade	8
Não comparado	9
Total	45

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

A categoria “não comparado” diz respeito aos hospitais especializados, à exceção das maternidades que, segundo o Relatório de Atividades da CGAIHU, não são unidades comparáveis entre si. Podemos observar na Tabela 5.3 que uma parcela importante dos HU vinculados às IFES (29%) desenvolve atividades de baixa complexidade, conforme sinalizado por Médici (2001) e Campos (1999).

Considerando-se o número de leitos, os HU vinculados às IFES distribuem-se de acordo com o apresentado na Tabela 5.4.

Tabela 5.4 - Distribuição dos HU ligados às IFES segundo número de leitos. Brasil, 2006.

Número de leitos	Quantidade
300 ou mais	9
150 a 299	19
50 a 149	11
20 a 49	2
19 ou menos	4
Total	45

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006.

Nota: dados trabalhados pela autora.

Apesar de o Relatório de Atividades da CGAIHU não classificar o porte hospitalar com base na Portaria nº 2.224/GM, julgamos pertinente a comparação entre o nível de complexidade e o número de leitos dos HU, já que ambas as informações são analisadas na classificação editada pelo MS. Todos os hospitais classificados como de alta complexidade (8) contam com mais de 300 leitos, porém a relação entre o nível de complexidade e o número de leitos não foi observada nas demais categorias.

Como último item da caracterização desse grupo, foi realizada uma pesquisa no CNES para o levantamento da natureza jurídica dessas organizações (Tabela 5.5).

Tabela 5.5 - Distribuição dos HU ligados às IFES segundo natureza da organização. Brasil, 2007.

Natureza da Organização	Quantidade
Administração Direta de Outro Órgão (MEC, MEx etc.)	22
Administração Direta da Saúde (SMS, SES, MS)	6
Administração Indireta - Autarquia	10
Administração Indireta - Empresa Pública	2
Administração Indireta - Fundação Pública	2
Administração Indireta - Organização Social Pública	1
Ignorado	2
Total	45

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, agosto/2007.

Nota: dados trabalhados pela autora.

Apesar de todas possuírem vínculo com IFES, essas unidades apresentam naturezas jurídicas distintas, o que pode acarretar graus variados de autonomia em relação à Universidade. A categoria “ignorado” faz referência a 2 HU que não se encontravam cadastrados no momento da pesquisa.

Ao analisarmos dados extraídos do CNES devemos ter em mente que cada organização preenche seu próprio cadastro e muitas vezes o profissional que executa essa atividade não está de posse de todas as informações necessárias. Por isso, tais informações podem ser apresentadas como um retrato da realidade, porém com algumas ressalvas.

Ainda com relação à pesquisa realizada na Internet, constatamos que todas as IFES possuem sítio oficial, mas o mesmo não ocorre para os HU. Dez HU não têm página na Internet. Nesses casos as IFES disponibilizam informações como histórico do HU, número de leitos e o nome do Diretor Geral. Dos HU com sítios oficiais (35), 2 estavam em construção e 3 não completavam a operação para acesso à página. Dos 30 sítios oficiais acessados, encontramos a descrição do grupo Diretor em 21, a declaração da Missão em 12 e a apresentação do organograma do hospital em 6 sítios.

5.2 Descrição dos HU e dos profissionais que responderam ao questionário

Apesar de termos recebido 37 formulários eletrônicos respondidos, 4 destes foram descartados por serem repetidos, ou seja, o respondente enviou a resposta para o servidor WEB mais de uma vez. Após esse procedimento, constatamos que 33 profissionais responderam o questionário, o que corresponde a 26% dos 126 diretores definidos como universo da pesquisa.

Considerando apenas o grupo de diretores para os quais foi enviado o convite para participar da pesquisa via correio eletrônico (58) e aqueles convidados pessoalmente (1), totalizando 59 diretores, 24 responderam o questionário, o que confere uma taxa de resposta, para esse grupo, de 41%. Com relação ao período de participação na pesquisa, 7 diretores responderam o questionário na 1ª semana, 7 responderam na 2ª semana, 10 na 3ª, sendo 6 eletronicamente e 4 em meio impresso, durante o II Congresso da ABRAHUE, e 9 na 4ª semana. Esses achados apontam para a importância da repetição das convocações para a participação no estudo. Também mostram a influência positiva da presença da autora no evento anteriormente citado. Apesar disso, julgamos que mesmo com a colaboração da equipe da ABRAHUE, a participação dos Diretores respondendo ao questionário foi tímida.

Vinte e cinco dos 42 HU selecionados para o envio do questionário apresentaram pelo menos 1 profissional que o respondeu, o que corresponde a aproximadamente

60% dos hospitais do universo da pesquisa. Entre essas 25 unidades, 6 HU apresentaram 2 respondentes e em apenas 1 HU os 3 Diretores responderam à pesquisa. As Tabelas 5.6, 5.7 e 5.8 trazem a distribuição dos hospitais participantes segundo região geográfica, nível de complexidade e número de leitos.

Tabela 5.6 - Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo região geográfica. Brasil, 2007.

Região do país	Selecionados	Respondentes	Percentual
Norte	3	0	0,00%
Nordeste	14	5	35,71%
Centro-Oeste	4	2	50,00%
Sudeste	15	14	93,33%
Sul	6	4	66,67%
Total	42	25	59,52%

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006 e dados trabalhados pela autora.

O maior percentual de participação foi dos HU das regiões Sudeste e Sul. Este achado pode estar relacionado ao maior desenvolvimento sócio-econômico dessas regiões que apresentam melhor estrutura de tecnologia da informação, assegurando o recebimento do questionário eletrônico.

Tabela 5.7 - Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo nível de complexidade. Brasil, 2007.

Nível de complexidade	Selecionados	Respondentes	Percentual
Baixa complexidade	12	3	25,00%
Média complexidade	15	9	60,00%
Alta complexidade	8	7	87,50%
Não comparado	7	6	85,71%
Total	42	25	59,52%

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006 e dados trabalhados pela autora.

Setenta e cinco por cento dos HU de alta complexidade encontram-se nas regiões Sudeste (4) e Sul (2). Os 25% restantes (2) localizam-se na região Nordeste, sendo que em apenas um deles nenhum diretor respondeu ao questionário da pesquisa (BRASIL. MEC, 2006).

Tabela 5.8 - Distribuição dos HU respondentes da pesquisa segundo número de leitos. Brasil, 2007.

Número de leitos	Selecionados	Respondentes	Percentual
300 ou mais	9	7	77,78%
150 a 299	19	10	52,63%
50 a 149	10	5	50,00%
20 a 49	2	2	100,00%
19 ou menos	2	1	50,00%
Total	42	25	59,52%

Fonte: MEC/SESu/Relatório de Atividades da CGAIHU, dezembro/2006 e dados trabalhados pela autora.

O grupo de respondentes é composto por 17 Diretores Gerais ou Superintendentes (40% do total de Diretores Gerais), 6 Diretores Clínicos ou responsáveis pela área assistencial (14% do total de Diretores Clínicos) e 10 Diretores Administrativos ou responsáveis pela área administrativa (24% do total de Diretores Administrativos) (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo cargo ocupado. Brasil, 2007.

Cargo ocupado	Selecionados	Respondentes	Percentual
Diretor(a) Geral	42	17	40,48%
Diretor(a) Clínico(a)	42	6	14,29%
Diretor(a) Administrativo(a)	42	10	23,81%
Total	126	33	26,19%

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A diferença encontrada na proporção entre os diretores é justificada pela dificuldade de acesso ao endereço eletrônico dos Diretores Clínicos e Administrativos, pois a lista fornecida pela ABRAHUE limitava-se aos dados das Direções Gerais e muitos dos sítios oficiais pesquisados não disponibilizavam essa informação. Além disso, é possível que parte dos diretores ou daqueles que receberam as mensagens eletrônicas não as tenham encaminhado para os demais, apesar de solicitação explícita. A metodologia de envio de questionários por terceiros não se mostrou

adequada, ficando evidente a necessidade de listas de endereçamento acuradas como nos lembra Cooper (2003).

A Tabela 5.10 traz as maneiras pelas quais foram escolhidos os ocupantes dos cargos de Direção nos HU respondentes da pesquisa. Segundo os dados recolhidos, a maioria dos Diretores Clínicos (66,67%) e dos Diretores Administrativos (80,00%) são indicados pelo seu superior imediato, neste caso o(a) Diretor(a) Geral. Isso demonstra que nesses casos, o(a) Diretor(a) Geral tem a possibilidade de compor sua equipe de trabalho e reforça a idéia da existência de relações baseadas em confiança, colaborando para que os diretores atuem como um grupo.

Tabela 5.10 - Mecanismos de escolha dos ocupantes dos cargos de Direção nos HU respondentes da pesquisa. Brasil, 2007.

Mecanismo de escolha para o cargo	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Escolha pelo superior imediato	29,41% (5)	66,67% (4)	80,00% (8)	51,52% (17)
Eleição direta	29,41% (5)	33,33% (2)	10,00% (1)	24,24% (8)
Eleição com elaboração de lista tríplice para escolha pelo superior imediato	35,29% (6)	0,00% (0)	0,00% (0)	18,18% (6)
Outro	5,88% (1)	0,00% (0)	10,00% (1)	6,06% (2)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Os outros mecanismos de escolha presentes na pesquisa (2) consistem na indicação do profissional para o cargo de Direção a partir de órgãos superiores, externos ao hospital. No caso do(a) Diretor(a) Geral, uma consulta à Comunidade Universitária e no caso do Diretor(a) Administrativo(a), a indicação é feita pelo Conselho de Administração da Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina⁴.

Com relação à escolha para Diretor(a) Geral do HU, os dados dessa pesquisa não apontam para um meio de escolha prevalente. Encontrou-se, em proporções semelhantes, a escolha pelo superior imediato, a eleição direta e a eleição com

⁴ Sociedade civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, que tem um Conselho de Administração que entre suas atribuições deve homologar a indicação dos Diretores Financeiro, Secretário, Superintendente, Clínico e de Enfermagem do Hospital São Paulo e dos Hospitais vinculados à Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

elaboração de lista tríplice para escolha pelo superior imediato (Tabela 5.10). Como o número de respondentes é pequeno, não se pode dizer que estas percentagens sejam repetidas em todos os hospitais, mas possivelmente estas três formas devem responder pela ampla maioria dos modelos.

Segundo os diretores que responderam ao questionário, há pré-requisitos para a ocupação do cargo de Diretor Geral em 82,35% (14) dos hospitais respondentes, para o cargo de Diretor Clínico em 100% (6) e para o cargo de Diretor Administrativo em 60% (6) (Tabela 5.11).

Tabela 5.11 - Pré-requisitos para ocupação dos cargos nos HU respondentes da pesquisa. Brasil, 2007.

Pré-requisitos para o cargo	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Formação específica	7,14% (1)	0,00% (0)	50,00% (3)	15,38% (4)
Idade	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
Ser professor da Faculdade de Medicina	71,43% (10)	50,00% (3)	0,00%(0)	50,00% (13)
Ser professor da Universidade	21,43% (3)	0,00% (0)	16,67% (1)	15,38% (4)
Tempo de graduado	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
Outro	0,00% (0)	33,33% (2)	16,67% (1)	11,54% (3)
Não respondida	0,00% (0)	16,67% (1)	16,67% (1)	7,69% (2)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Os outros pré-requisitos apontados na pesquisa, para o cargo de Diretor Clínico, foram: “conhecimento da instituição e bom relacionamento” e “experiência em gerência hospitalar”. Para o cargo de Diretor Administrativo o outro pré-requisito apontado foi “qualificação técnica”.

Chama a atenção na Tabela 5.11, o fato de que em 71,43% (10) dos HU participantes da pesquisa “ser professor da Faculdade de Medicina” seja um pré-requisito para o cargo de Diretor(a) Geral, segundo as respostas obtidas. Esse achado demonstra que o HU é subordinado à Faculdade de Medicina à qual ele é vinculado, fato que dificulta em muito a sua integração no sistema de saúde, já que a

lógica do ensino e da pesquisa predomina sobre a lógica da atenção à saúde em consonância com as necessidades da população sob sua responsabilidade.

5.3 Características dos respondentes da pesquisa

Dos 33 respondentes da pesquisa, 75,76% (25) são do sexo masculino. Aproximadamente 90% (29) têm idade superior a 40 anos, dos quais 42,42% (14) estão na faixa entre 50 e 59 anos. Todos os Diretores Gerais (17) e Diretores Clínicos (6) são médicos, sendo que um dos Diretores Gerais possui também graduação em Administração. O grupo de Diretores Administrativos apresenta graduados em administração (2), economia (1), engenharia (1), farmácia (1), medicina (2) e outras (2) como contabilidade e direito. Um dos Diretores Administrativos é Assistente em Administração. Estes achados são muito semelhantes àqueles encontrados em pesquisas anteriores realizadas em hospitais públicos do município do Rio de Janeiro (AZEVEDO, 1995) e das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo (COSTA et al., 2000), apesar do tempo decorrido entre esses estudos e o presente trabalho.

Em relação ao tempo de formado, 75,76% (25) dos diretores se graduaram há 21 anos ou mais, o que demonstra experiência profissional consolidada. Os Diretores Administrativos são aqueles com menor tempo de formados (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo de formados (graduação). Brasil, 2007.

Tempo de graduação	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
De 1 a 5 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	20,00% (2)	6,06% (2)
De 6 a 10 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
De 11 a 15 anos	5,88% (1)	0,00% (0)	40,00% (4)	15,15% (5)
De 16 a 20 anos	0,00% (0)	16,67%(1)	0,00% (0)	3,03% (1)
21 anos ou mais	94,12% (16)	83,33% (5)	40,00% (4)	75,76% (25)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A Tabela 5.13 traz a distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo de desempenho da atual função. Enquanto 70,59% (13) dos Diretores Gerais e 90% (9) dos Diretores Administrativos se concentram na faixa de 1 a 4 anos, 83,33% (5) dos Diretores Clínicos se encontram na faixa de 3 a 6 anos. Dos Diretores Gerais, 4 estão no cargo há mais de 7 anos, demonstrando continuidade na gestão.

Tabela 5.13 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo em que desempenham a atual função. Brasil, 2007.

Tempo na atual função	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	5,88% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,03% (1)
De 1 a 2 anos	52,94% (9)	16,67% (1)	40,00% (4)	42,42% (14)
De 3 a 4 anos	17,65% (3)	33,33% (2)	50,00% (5)	30,30% (10)
De 5 a 6 anos	0,00% (0)	50,00% (3)	10,00% (1)	12,12% (4)
De 7 a 8 anos	11,76% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	6,06% (2)
9 anos ou mais	11,76% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	6,06% (2)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A maioria dos diretores respondentes (75,76%) atua há mais de 21 anos no serviço público, evidenciando familiaridade desses profissionais com as características do setor (Tabela 5.14). A vivência relativamente menor de serviço público por parte dos Diretores Administrativos que responderam o questionário está relacionada com sua concentração em faixas etárias mais baixas que os demais diretores.

Tabela 5.14 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo em que atuam no serviço público. Brasil, 2007.

Tempo de serviço público	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
De 1 a 5 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	10,00% (1)	3,03% (1)
De 6 a 10 anos	0,00% (0)	16,67% (1)	10,00% (1)	6,06% (2)
De 11 a 15 anos	5,88% (1)	0,00% (0)	10,00% (1)	6,06% (2)
De 16 a 20 anos	5,88% (1)	16,67% (1)	10,00% (1)	9,09% (3)
21 anos ou mais	88,24% (15)	66,67% (4)	60,00% (6)	75,76% (25)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Com relação ao tempo em que os diretores respondentes atuam na administração em saúde, a Tabela 5.15 traz o ponto entre 5 e 6 anos como uma linha que grosseiramente divide esse grupo ao meio.

Tabela 5.15 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo como administradores em saúde. Brasil, 2007.

Tempo como adm. saúde	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	5,88% (1)	16,67% (1)	0,00% (0)	6,06% (2)
De 1 a 5 anos	41,18% (7)	50,00% (3)	40,00% (4)	42,42% (14)
De 6 a 10 anos	41,18% (7)	33,33% (2)	40,00% (4)	39,39% (13)
De 11 a 15 anos	5,88% (1)	0,00% (0)	10,00% (1)	6,06% (2)
De 16 a 20 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	10,00% (1)	3,03% (1)
21 anos ou mais	5,88% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,03% (1)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Reunindo as informações contidas nas Tabelas 5.12 (tempo de formado), 5.15 (tempo como administrador em saúde), 5.16 (tempo na Universidade) e 5.17 (tempo no HU), percebemos que elas podem apontar um movimento muito comum em diversas organizações: a migração de um profissional técnico para a carreira gerencial sem que ele esteja preparado para isso (DUTRA, 2004; MINTZBERG, 1997; BARBOSA, 1996).

Tabela 5.16 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo na Universidade. Brasil, 2007.

Tempo na Universidade	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
De 1 a 5 anos	0,00% (0)	0,00% (0)	10,00% (1)	3,03% (1)
De 6 a 10 anos	0,00% (0)	16,67% (1)	0,00% (0)	3,03% (1)
De 11 a 15 anos	11,76% (2)	16,67% (1)	20,00% (2)	15,15% (5)
De 16 a 20 anos	11,76% (2)	0,00% (0)	10,00% (1)	9,09% (3)
21 anos ou mais	76,47% (13)	66,67% (4)	60,00% (6)	69,70% (23)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

As Tabelas 5.16 e 5.17 nos mostram que os diretores respondentes têm uma experiência Universitária e dentro do HU consolidada, sendo isso um facilitador para a gestão. A comparação das referidas tabelas demonstra que alguns profissionais atuaram primeiro em outras unidades da Universidade antes de ingressarem no HU.

Tabela 5.17 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo tempo de trabalho no Hospital Universitário. Brasil, 2007.

Tempo no HU	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Menos de 1 ano	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)
De 1 a 5 anos	5,88% (1)	0,00% (0)	30,00% (3)	12,12% (4)
De 6 a 10 anos	5,88% (1)	16,67% (1)	0,00% (0)	6,06% (2)
De 11 a 15 anos	11,76% (2)	16,67% (1)	30,00% (3)	18,18% (6)
De 16 a 20 anos	11,76% (2)	0,00% (0)	10,00% (1)	9,09% (3)
21 anos ou mais	64,71% (11)	66,67% (4)	30,00% (3)	54,55% (18)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Todos os Diretores Gerais que responderam a pesquisa são docentes da IFES à qual o HU é vinculado. Com relação aos Diretores Clínicos, 66,67% são docentes e 33,33% não, sendo que essa relação se inverte quando se toma os Diretores Administrativos respondentes (Tabela 5.18).

Tabela 5.18 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo serem docente da IFES à qual o HU é vinculado. Brasil, 2007.

Professor da Universidade	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Não	0,00% (0)	33,33% (2)	70,00% (7)	27,27% (9)
Sim	100,00% (17)	66,67% (4)	30,00% (3)	72,73% (24)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A Tabela 5.19 nos mostra que, assim como nos estudos de Azevedo (1995) e Costa et al. (2000), aproximadamente metade dos respondentes da pesquisa (17) realizou algum curso de pós-graduação em gestão em saúde, em sua maioria (13) um curso de especialização.

Tabela 5.19 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo a realização de curso de pós-graduação em gestão em saúde. Brasil, 2007.

Pós-graduação em gestão	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Não	52,94% (9)	50,00% (3)	40,00% (4)	48,48% (16)
Sim	47,06% (8)	50,00% (3)	60,00% (6)	51,52% (17)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Considerando o desempenho de cargos gerenciais anteriores, apenas 15,15% dos diretores respondentes afirmaram ser esta sua primeira experiência gerencial (Tabela 5.20). Apesar de ser um número baixo (5), chama a atenção que profissionais assumam um cargo de tamanha importância, dada a complexidade do HE e seu papel estratégico no sistema de saúde locorregional, sem experiência prévia. Por mais que um curso teórico auxilie na construção da prática gerencial, existe um componente tácito do aprendizado que não pode ser negligenciado. Situações como essa só são possíveis, pois o compromisso maior é com uma categoria profissional e não com o desempenho da organização e a clientela por ela atendida (pacientes e alunos).

Tabela 5.20 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo experiência gerencial anterior. Brasil, 2007.

Experiência gerencial anterior	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Não	11,76% (2)	33,33% (2)	10,00% (1)	15,15% (5)
Sim	88,24% (15)	50,00% (3)	80,00% (8)	78,79% (26)
Não respondida	0,00% (0)	16,67% (1)	10,00% (1)	6,06% (2)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

O último tópico para caracterização profissional dos diretores respondentes da pesquisa é a análise do desenvolvimento ou não de outras atividades concomitantes à função gerencial no HU (Tabela 5.21).

Tabela 5.21 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento ou não de outras atividades concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.

Atividades concomitantes à função gerencial	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Dentro da universidade	29,41% (5)	16,67% (1)	10,00% (1)	21,21% (7)
Fora da Universidade	11,76% (2)	16,67% (1)	30,00% (3)	18,18% (6)
Dentro e fora da Universidade	52,94% (9)	66,66% (4)	40,00% (4)	51,52% (17)
Não desenvolve outras atividades	5,88% (1)	0,00% (0)	20,00% (2)	9,09% (3)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Notamos que 90% dos diretores respondentes desenvolve uma ou mais atividades concomitantemente à função gerencial. Apenas 1 Diretor(a) Geral e 2 Diretores Administrativos afirmaram não desenvolver qualquer outra atividade concomitante à função de dirigente.

As tabelas a seguir apresentam a análise das respostas dos diretores de acordo com o desenvolvimento de atividades tanto dentro (Tabela 5.22) quanto fora (Tabela 5.23) da Universidade.

Tabela 5.22 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento de outras atividades dentro da Universidade concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.

Atividades dentro da Universidade	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Não	17,65% (3)	16,67% (1)	50,00% (5)	27,27% (9)
Sim	82,35% (14)	83,33% (5)	50,00% (5)	72,73% (24)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Em referência à Tabela 5.22, do grupo de Diretores Gerais, 4 desenvolvem também atividades de assistência, docência e pesquisa, 4 desenvolvem atividades de docência e pesquisa, 2 de assistência e docência, 3 apenas docência e 1 é membro do Conselho Universitário. Quanto aos Diretores Clínicos, 3 desenvolvem também atividades de assistência, docência e pesquisa, 1 atividades de assistência e 1 atividades docentes. Já dos Diretores Administrativos, 1 desenvolve atividades de

assistência e docência, 2 realizam atividades docentes, 1 realiza pesquisas e 1 atua como contador em outra unidade da Universidade.

Tabela 5.23 - Distribuição dos profissionais respondentes da pesquisa segundo o desenvolvimento de atividades fora da Universidade concomitante à função gerencial. Brasil, 2007.

Atividades fora da Universidade	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Não	35,29% (6)	16,67% (1)	30,00% (3)	30,30% (10)
Sim	64,71% (11)	83,33% (5)	70,00% (7)	69,70% (23)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Já com relação às atividades desenvolvidas fora da Universidade, todos os Diretores Gerais (11), os Diretores Clínicos (5) e 2 Diretores Administrativos se dedicam à assistência à saúde. Os demais Diretores Administrativos referiram estar envolvidos em atividades docentes (1), cursando mestrado (1) ou realizando consultoria organizacional (4).

Frente aos dados apresentados, identificamos que o tempo de dedicação ao papel de dirigente no HU pode se configurar em uma restrição para um melhor desempenho gerencial.

Quando perguntados sobre quais atividades se imaginavam desenvolvendo em 5 anos, apenas 7 Diretores Gerais, 4 Diretores Clínicos e 2 Diretores Administrativos responderam considerar que estariam desempenhando atividades gerenciais. Isso denota que poucos profissionais vêem a gestão em saúde como uma nova carreira na qual estão ingressando, mas sim como algo complementar onde estão apenas “de passagem”. O espaço para resposta sobre atividades futuras serviu também como canal para os respondentes escreverem comentário, relatando problemas estruturais quanto à gestão nos HU, como verificado nos relatos abaixo de um(a) Diretor(a) Geral e um(a) Diretor(a) Clínico(a).

“A minha qualificação em gestão foi feita às minhas expensas, não vejo interesse da instituição em capacitar seus profissionais.”

“Função de gerente em qualquer setor da Maternidade aonde trabalho e se fosse o meu próprio desejo função apenas assistencial, porém poucas pessoas se dispõem a ter um cargo de gerência dentro de uma Universidade pública e principalmente sem remuneração, apenas com o salário de médico 40h sem nenhuma gratificação.”

5.4 Percepções dos Diretores de Hospitais Universitários acerca dos papéis que desempenham

A seção B do questionário aplicado teve como objetivo captar a percepção dos Diretores dos HU vinculados às IFES acerca do conjunto de papéis e responsabilidades definido por essa pesquisa e compõe o ponto principal desse trabalho.

A Tabela 5.24 sintetiza as respostas concordantes dos diretores que preencheram o instrumento (33), de acordo com cada um dos 16 itens da seção B. O percentual apresentado considera o somatório das opções “concorda fortemente” e “concorda” ou “sempre” e “quase sempre” para os itens referentes à frequência.

Tabela 5.24 - Distribuição percentual da concordância dos respondentes com relação ao conjunto de papéis e responsabilidades das Direções dos HU. Brasil, 2007.

Papéis e responsabilidades das Direções dos HU	Diretor(a) Geral	Diretor(a) Clínico(a)	Diretor(a) Administrativo(a)	Total
Motivar seus funcionários	100% (17)	100% (6)	100% (10)	100% (33)
Coordenar o trabalho das equipes	94% (16)	100% (6)	100% (10)	97% (32)
Fazer negociações	100% (17)	83% (5)	100% (10)	97% (32)
Alocar recursos	65% (11)	67% (4)	100% (10)	76% (25)
Promover a comunicação interna	53% (9)	67% (4)	60% (6)	58% (19)
Conhecer a dinâmica de poderes do HU	100% (17)	83% (5)	100% (10)	97% (32)
Adequar a estrutura organizacional	94% (16)	83% (5)	90% (9)	91% (30)
Buscar novos recursos	94% (16)	33% (2)	70% (7)	76% (25)
Propor novos projetos	88% (15)	100% (6)	90% (9)	91% (30)
Viabilizar novos projetos	94% (16)	83% (5)	80% (8)	88% (29)
Cumprir metas	100% (17)	100% (6)	60% (6)	88% (29)
Definir a estratégia	94% (16)	83% (5)	70% (7)	85% (28)
Prever novos cenários	100% (17)	67% (4)	80% (8)	88% (29)
Representar o HU ou a Direção	94% (16)	67% (4)	60% (6)	79% (26)
Disseminar informações sobre HU	76% (13)	83% (5)	60% (6)	73% (24)
Participar da implantação de uma política pública	100% (17)	83% (5)	60% (6)	85% (28)

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Ao analisarmos a Tabela 5.24 no sentido vertical, notamos que alguns papéis e responsabilidades não são percebidos pelo grupo de diretores respondentes como parte do seu trabalho. Isto é particularmente claro com relação à promoção da comunicação interna (58%) e um pouco menos evidente no caso da disseminação de informações sobre o HU (73%). Interessante pontuar que essas 2 responsabilidades encontram-se relacionadas a 2 dos 3 papéis informacionais dos gerentes definidos por Mintzberg (1973).

A análise da referida Tabela no sentido horizontal nos traz informações sobre a distinção dos papéis e responsabilidades percebidos pelos diretores respondentes de acordo com o cargo exercido. Os Diretores Administrativos (100%) têm a percepção de maior capacidade de alocação de recursos em relação aos demais (Diretores Gerais, 65% e Diretores Clínicos, 67%). Tal achado pode estar relacionado à compreensão de recursos como apenas, ou sobretudo, recursos financeiros, desconsiderando a alocação de pessoal ou da estrutura física.

Os papéis e responsabilidades que apresentam caráter mais externo à organização, como o cumprimento das metas do contrato com o gestor local, a representação do HU ou da Direção, a disseminação de informações sobre o HU e a participação na implantação de uma política pública, são menos percebidos como componente do trabalho dos Diretores Administrativos respondentes em comparação aos demais. Outra diferença evidenciada pela Tabela 5.24 é que a representação do HU ou da Direção é mais freqüentemente exercida pelos Diretores Gerais (94%). Esses achados vão de encontro à idéia apresentada por Mintzberg (1997) de que deve haver uma divisão de alguns papéis entre os componentes da Direção do hospital. Os contatos e as negociações externas à unidade podem ser mais reconhecidas como pertinentes ao papel do Diretor Geral. Já os contatos e negociações internas podem ser mais presentes no trabalho dos Diretores Clínico e Administrativo.

Apesar de a Tabela 5.24 nos fornecer muitas informações, julgamos pertinente a apresentação de todas as respostas dadas aos 16 itens no intento de subsidiar a discussão aqui pretendida.

O Gráfico 5.1 traz a distribuição percentual da percepção dos diretores respondentes sobre a influência do seu comportamento no trabalho das demais pessoas da equipe. Essa influência é um dos componentes do papel de líder definido por Mintzberg (1973). Parece não haver discordância dos respondentes com relação a essa afirmação, porém é importante pontuarmos que tal influência pode ser positiva ou negativa no trabalho dos demais profissionais.

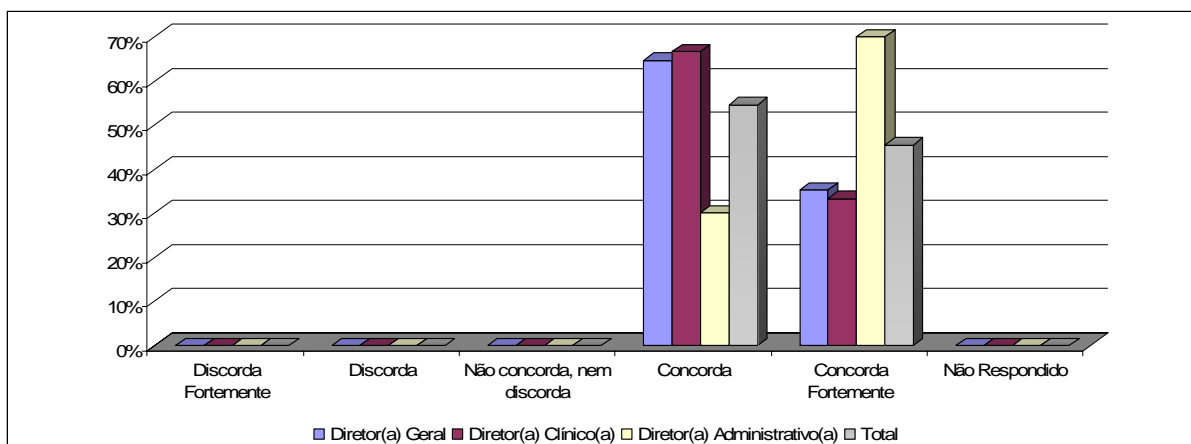


Gráfico 5.1 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a influência do seu comportamento no trabalho das demais pessoas da equipe. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Encontramos distribuição semelhante com relação à percepção de responsabilidade sobre a coordenação dos trabalhos realizados pela equipe (Gráfico 5.2). Essa função gerencial definida por Shortell e Kaluzny (2000) também tem íntima relação com o papel de líder (MINTZBERG, 1973), pois ao oferecer a direção o gerente se legitima frente à sua equipe como uma pessoa de referência. Além disso, está associada ao desdobramento da estratégia organizacional para o nível tático e operacional, buscando e efetividade e maior eficiência nas ações empreendidas.

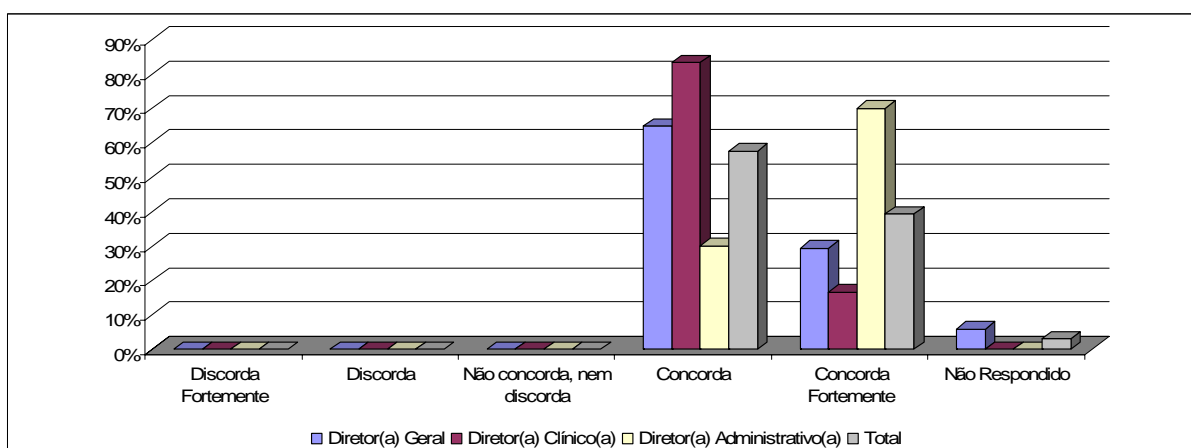


Gráfico 5.2 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade em orientar o trabalho das pessoas de sua equipe. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Quase todos os diretores respondentes percebem que as negociações são parte importante do seu trabalho (Gráfico 5.3). O que chama atenção no Gráfico 5.3 é a grande concentração de respostas “concorda fortemente” já que, conforme pontuado na subseção 4.4, muitos respondentes evitam a escolha de opções nos extremos da escala. Possivelmente, essa é uma das atribuições mais marcantes da função gerencial.

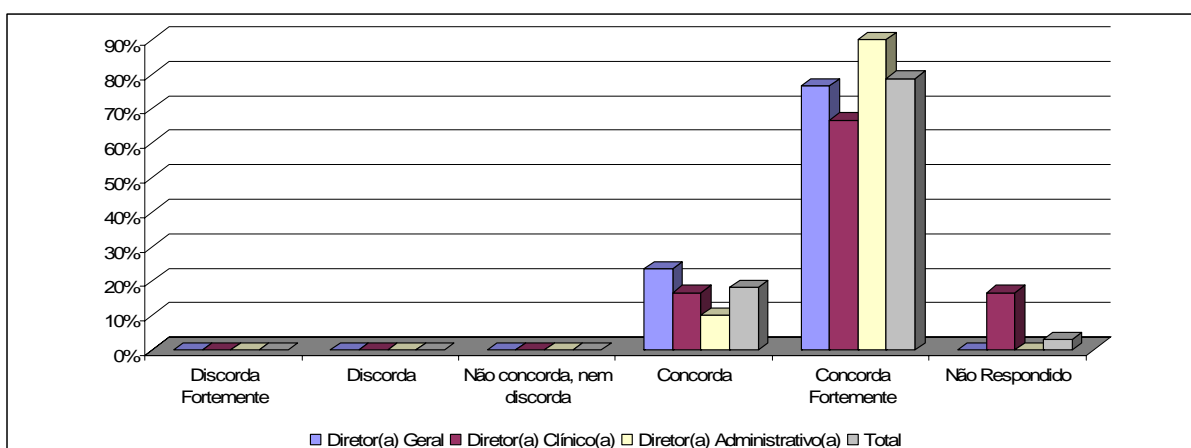


Gráfico 5.3 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre as negociações serem parte importante do seu trabalho. Brasil, 2007.
Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Devemos lembrar que negociações distintas podem requerer posturas distintas. Em determinadas situações um tom mais conciliatório é necessário, principalmente na realização de pactos internos à organização. Outras vezes a defesa dos interesses do hospital na negociação com financiadores ou com fornecedores exige uma postura mais rígida (MINTZBERG, 1997). Apesar disso, nossa pesquisa não se aprofundou com relação a que tipos de negociações são mais relevantes no contexto das Direções dos HU.

Como dito anteriormente, os Diretores Administrativos que responderam ao questionário têm a percepção de que definem como os recursos sob sua responsabilidade serão utilizados (Gráfico 5.4). O mesmo não ocorre em relação aos demais diretores. As diferenças apontadas nesse caso dizem respeito não só à percepção de cada respondente como também ao conceito que empregam na definição de “recurso”.

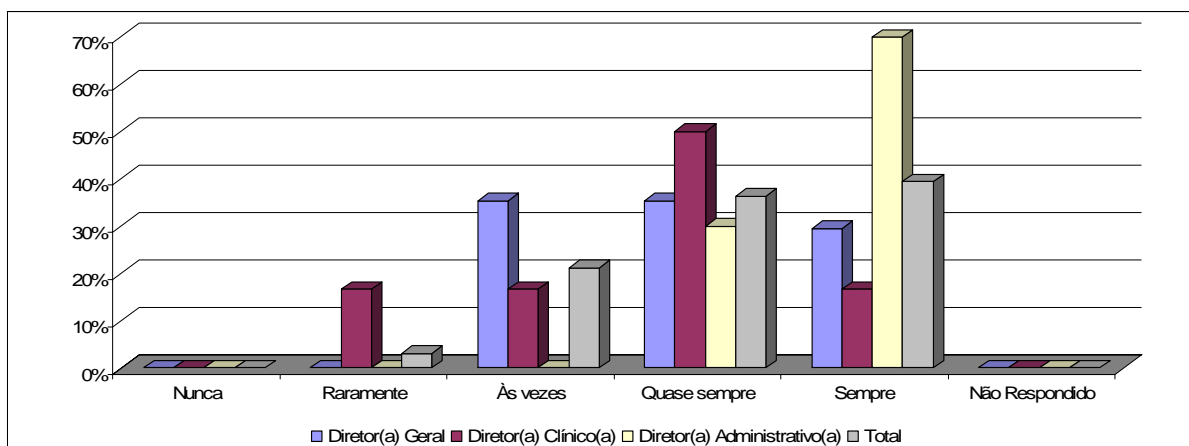


Gráfico 5.4 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de alocação dos recursos. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Se estivermos falando apenas de recursos financeiros, por que os Diretores Gerais não têm a mesma percepção, já que eles são os ordenadores de despesa? Pode haver inclusive uma separação entre definir como os recursos serão utilizados considerando as restrições da administração pública (p. ex. rubricas) e como se imaginaria usar esses recursos caso não houvesse tais restrições. Outro ponto que pode afetar esse item do questionário é a percepção do grau de autonomia administrativa dos Diretores de HU.

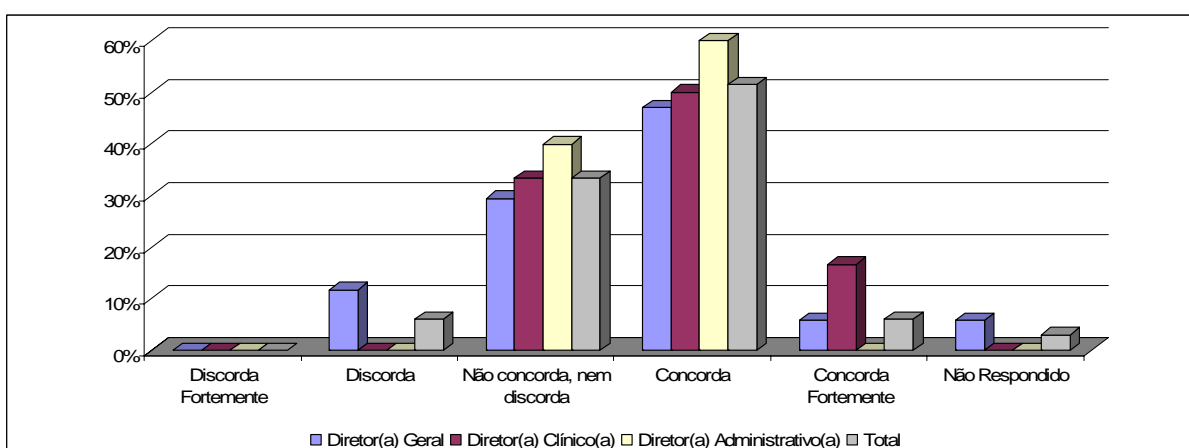


Gráfico 5.5 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade de promoção da comunicação interna. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Das responsabilidades apontadas como referentes ao grupo de Diretores, a promoção da comunicação interna foi, segundo a percepção dos respondentes, aquela que apresentou menor grau de concordância, e até certa discordância

(Gráfico 5.5). Além disso, aproximadamente 30% dos respondentes preferiram não opinar em relação a esse item.

O papel disseminador do dirigente (MINTZBERG, 1973) está relacionado com a função de motivar e liderar pessoas e grupos, de oferecer a direção, apontado por Shortell e Kaluzny (2000) como uma das responsabilidades dos diretores de organizações de saúde. Relaciona-se também com outra responsabilidade que é a de operar o sistema técnico estabelecendo mecanismos de comunicação (SHORTELL; KALUZNY, 2000). Não imaginamos como seja possível gerar mudanças dentro de uma organização sem um processo de comunicação efetivo. Como transformar o cumprimento das metas contratadas com o gestor local em um compromisso dos profissionais das áreas envolvidas se eles, muitas vezes, nem sabem da existência de tal contrato?

O Gráfico 5.6, a seguir, nos traz a distribuição percentual da percepção dos respondentes sobre a importância de conhecer a distribuição de poderes dentro do HU na execução do seu trabalho. Tal distribuição é semelhante àquela apresentada no Gráfico 5.3 (importância das negociações), trazendo também grande percentual (60%) de respostas “concorda fortemente”.

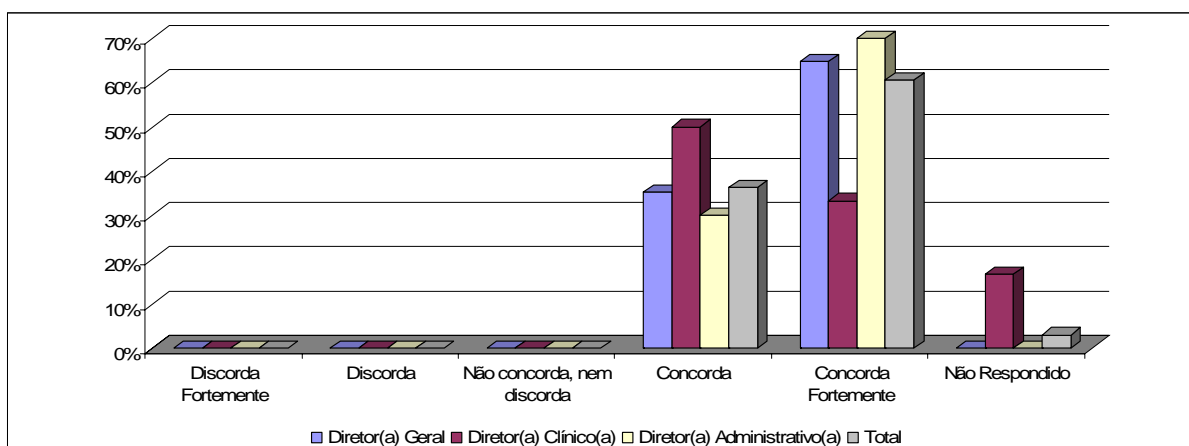


Gráfico 5.6 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a necessidade de conhecer a distribuição de poderes dentro do HU. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Possivelmente, a semelhança na distribuição das respostas encontra-se relacionada ao fato de que negociações são feitas com atores importantes num dado cenário e tal importância está relacionada com o poder que eles encerram. Logo, o conhecimento da distribuição de poderes no HU é importante para a definição das pessoas e situações em que devem negociar.

Os próximos cinco itens trazem a percepção dos diretores sobre suas ações referentes à renovação da organização. Serão abordadas questões como a determinação de adequada estrutura organizacional, a aquisição de recursos, o gerenciamento da mudança e o cumprimento de metas (SHORTELL; KALUZNY, 2000).

A maioria dos diretores respondentes afirma ter capacidade de intervenção no organograma do HU para melhor adequá-lo à realidade da organização (Gráfico 5.7).

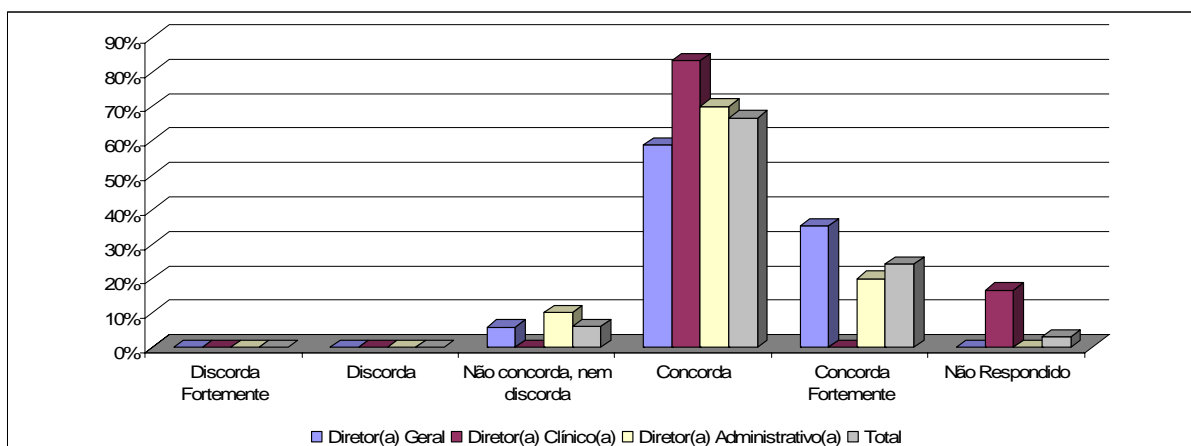


Gráfico 5.7 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de intervenção no organograma do HU. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A responsabilidade na busca de novos recursos para o HU é percebida de forma distinta entre os diretores respondentes. Com base no Gráfico 5.8, percebemos que o grupo de Diretores Gerais é quase unânime em assumir essa responsabilidade. O inverso observa-se em relação aos Diretores Clínicos, que discordaram dessa afirmação ou preferiram não se pronunciar.

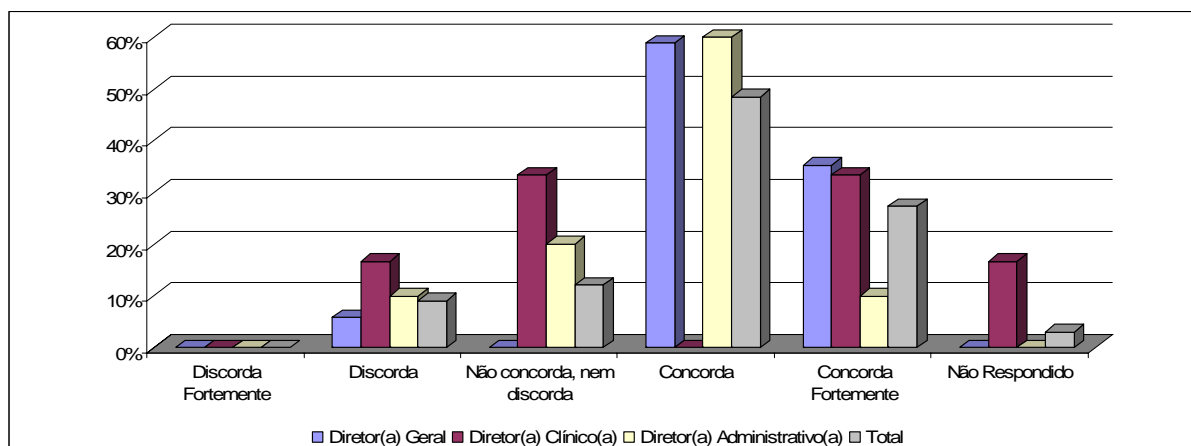


Gráfico 5.8 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade em buscar novos recursos para o HU. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A busca por novos recursos pode estar atrelada à proposta ou execução de projetos que, no âmbito de um HU, podem se referir à implantação de um serviço, uma linha de pesquisa, entre outros.

Além disso, espera-se da atuação dos HU um componente inovador com o desenvolvimento de novas tecnologias no cuidado e na gestão do cuidado em saúde. Por isso, a importância em saber qual a percepção dos Diretores com relação a sua responsabilidade quanto à proposição e a viabilização de projetos no hospital, apresentadas nos Gráficos 5.9 e 5.10 a seguir.

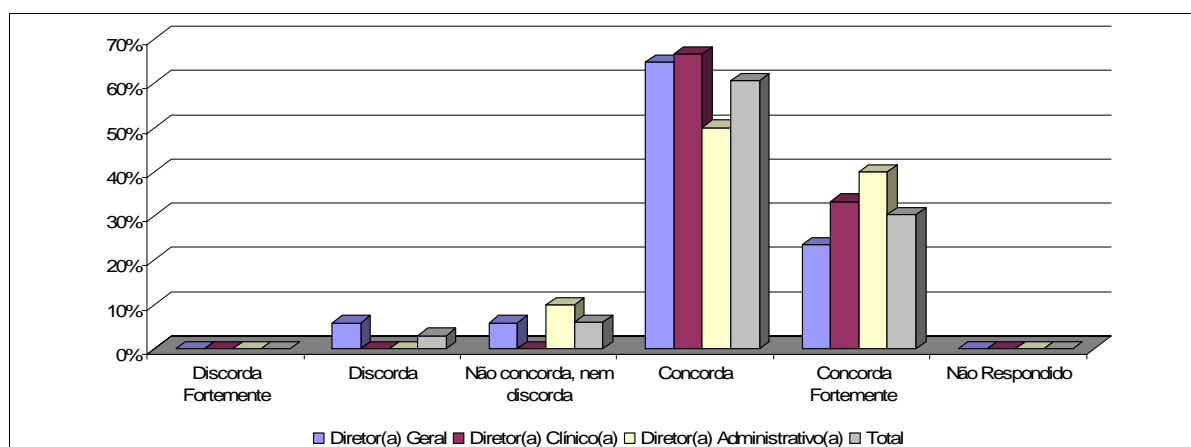


Gráfico 5.9 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade em propor novos projetos para o hospital. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A proposição de projetos traz o lado empreendedor do dirigente, que busca no hospital e no ambiente oportunidades de mudança e revela ou não uma postura pró-ativa (MINTZBERG, 1973). Já para a viabilização de projetos, o dirigente precisa primeiro que a proposta chegue até ele, recebida a proposta, reconhecer a sua relevância para o hospital, para então realizar as negociações ou reunir os recursos necessários. Ambos os movimentos (proposição e viabilização) evidenciam o dirigente como agente de mudanças e são importantes para o desenvolvimento do hospital e de seus profissionais.

Comparando os Gráficos 5.9 e 5.10, notamos haver uma pequena diferença na percepção dos Diretores sobre a sua responsabilidade em propor e em viabilizar novos projetos no hospital, sendo que a primeira ação apresenta maior nível de concordância.

A percepção dos Diretores de HU com relação ao seu papel empreendedor difere dos achados de Azevedo (1995). Existem algumas alternativas para a interpretação desses resultados. Primeiramente, cabe ressaltar a diferença metodológica entre as duas pesquisas. Se no presente trabalho um conjunto de papéis e responsabilidades foi apresentado aos diretores para que estes expressassem a sua concordância ou não, nas entrevistas semi-estruturadas realizadas por Azevedo (1995) era necessário que a função inovadora do dirigente estivesse presente no discurso dos diretores. A segunda possibilidade está relacionada às diferenças na população dos estudos. Enquanto a pesquisa conduzida por Azevedo (1995) englobou diretores de hospitais públicos, o presente estudo restringiu-se aos dirigentes de HU. Estes hospitais trazem em sua missão um componente de desenvolvimento tecnológico e iniciativas inovadoras podem compor a realidade da organização. Por último, podemos considerar o viés introduzido pelo período decorrido entre os dois trabalhos (12 anos). O termo empreendedor é mais presente nos dias de hoje do que há uma década, isto pode influenciar a percepção dos dirigentes atuais sobre o seu papel como agente da mudança.

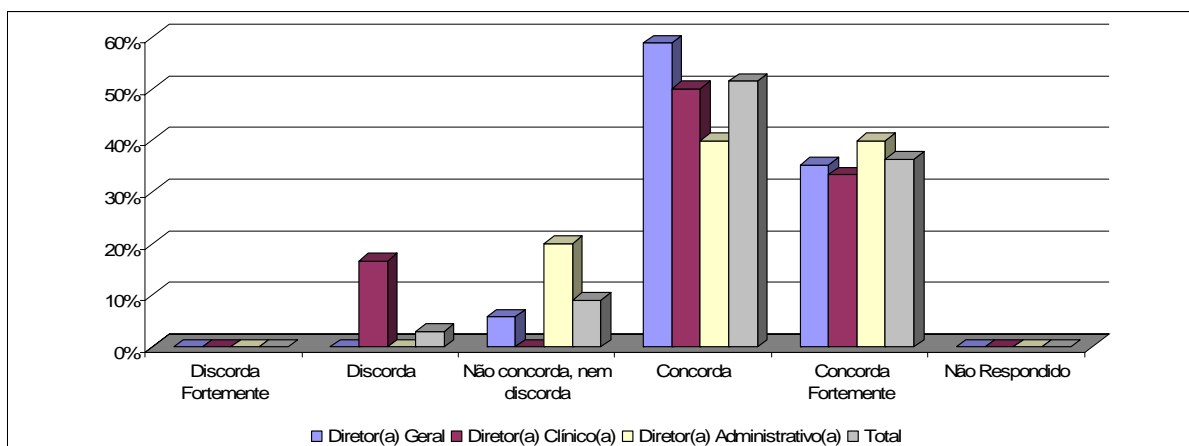


Gráfico 5.10 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade em viabilizar novos projetos para o hospital. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Cabe ainda uma última reflexão acerca desse item. Se a responsabilidade em apoiar novos projetos não é da Direção, então de quem é? Se for de cada profissional, não estamos falando de projetos institucionais e sim de projetos pessoais desenvolvidos na instituição.

O Gráfico 5.11 apresenta a distribuição percentual da percepção dos respondentes sobre sua responsabilidade pelo cumprimento das metas do Plano Operativo Anual e nos mostra grande concordância dos Diretores com tal afirmação, com exceção dos Administrativos.

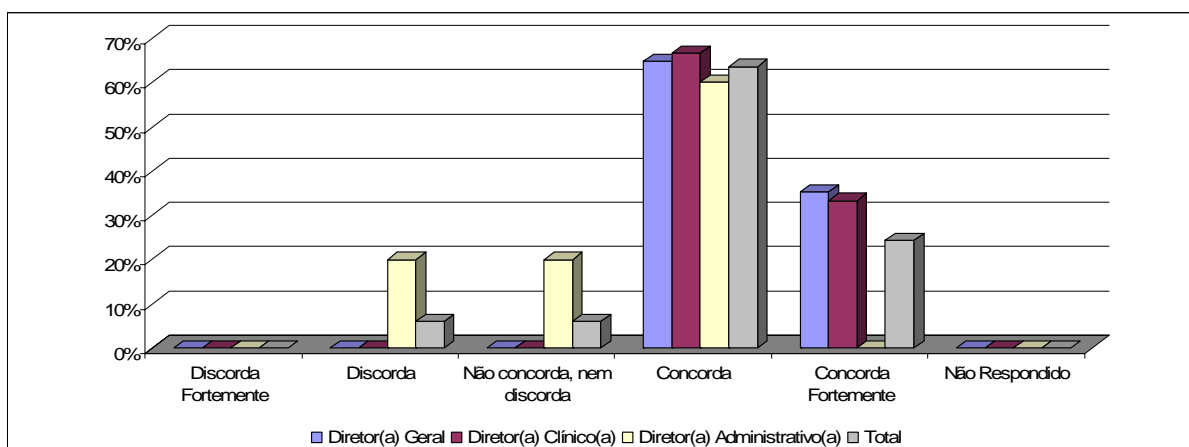


Gráfico 5.11 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade pelo cumprimento das metas do Plano Operativo Anual. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

A área administrativa desempenha atividades meio no HU e isso pode colaborar para que não haja uma identificação com os objetivos do hospital expressos nas atividades de assistência, ensino e pesquisa. Mesmo considerando essa possibilidade, existem metas relacionadas diretamente à gestão administrativa. Porém mecanismos de comunicação interna ineficientes podem comprometer a compreensão de tais metas pela área administrativa.

Com relação à responsabilidade na definição da estratégia do hospital, apesar de a maioria dos diretores respondentes concordar com tal afirmação, alguns assumiram uma posição neutra e outros até discordaram, inclusive um(a) Diretor(a) Geral (Gráfico 5.12).

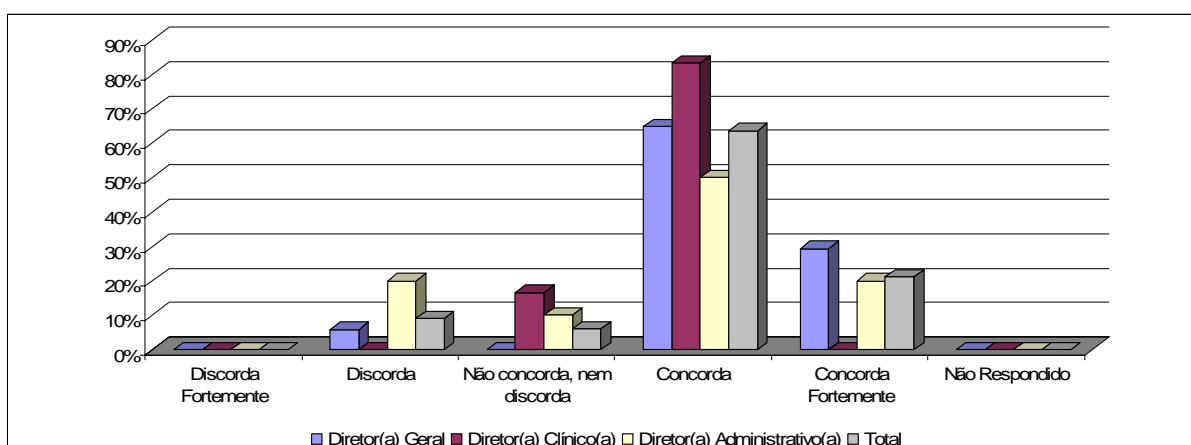


Gráfico 5.12 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a responsabilidade pela definição da estratégia do hospital. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

De acordo com Porter (1996), o centro da atividade de um dirigente é a estratégia. Na sua definição devem ser consideradas as características do hospital e de seu funcionamento. Por isso a definição da estratégia não pode ser um exercício solitário, pois ela terá desdobramento nas grandes áreas do hospital e deve-se buscar o ajuste entre as atividades desenvolvidas.

O Gráfico 5.13 traz a distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de sua equipe de implantar projetos pioneiros com repercussão no Setor Saúde.

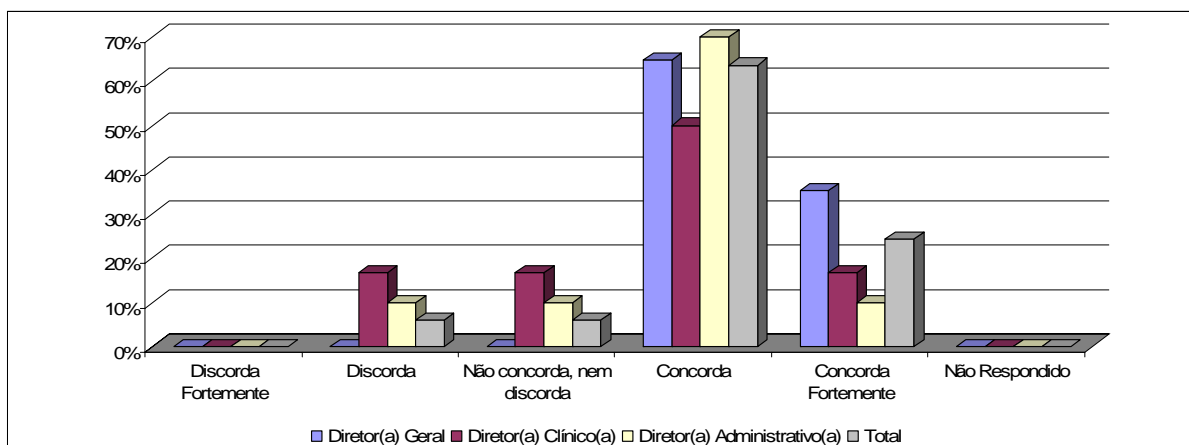


Gráfico 5.13 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a capacidade de sua equipe de implantar projetos pioneiros. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Ao analisarmos o Gráfico 5.13, notamos que os Diretores Gerais concordaram unanimemente com essa afirmação, o que não ocorreu no caso dos Diretores Clínicos e Administrativos. No caso dos Diretores Administrativos, a separação entre a área administrativa e a assistencial (CECÍLIO, 1997b) pode contribuir para o não reconhecimento dos projetos do hospital como sendo também projetos da área. Ou então, pode julgar que sua equipe não é apta a desenvolver tecnologias referentes à administração em saúde. Já no caso dos Diretores Clínicos, esse achado é curioso, pois estamos abordando aqui hospitais de ensino, onde supostamente há também desenvolvimento de pesquisa.

Quando se trata da representação do HU ou da Direção, os Diretores Gerais são aqueles que percebem dedicar mais tempo a essas atividades (Gráfico 5.14). Importante lembrar que o papel de representante abre caminho para outros papéis. Ao representar a Direção para a comunidade interna do hospital, tem-se a oportunidade de reforçar processos de liderança. Ao representar o hospital, o dirigente tem a possibilidade de comunicar a estratégia da organização e apresentar os resultados alcançados, o que tem a ver com o item discutido a seguir.

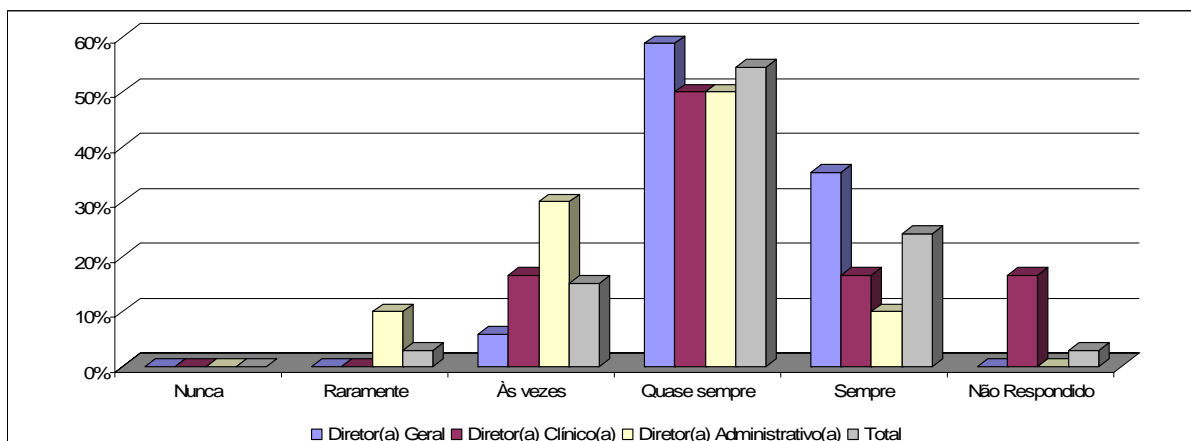


Gráfico 5.14 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a sua freqüência na participação de eventos representando o hospital e/ou a Direção. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Com relação à responsabilidade em disseminar informações sobre o hospital, o Gráfico 5.15 nos mostra certa dispersão das respostas dos diretores com um percentual razoável (20%) de posicionamentos neutros (opção “não concorda, nem discorda” ou não respondeu).

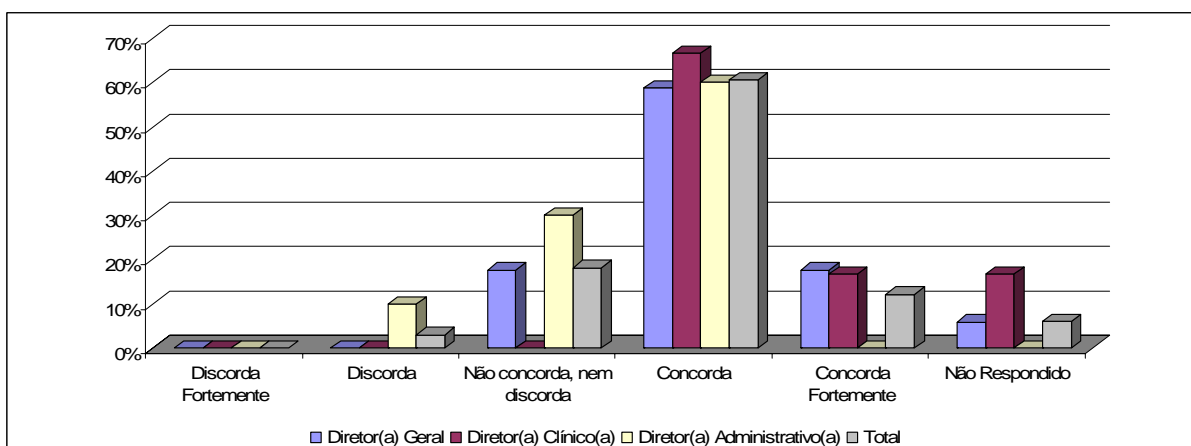


Gráfico 5.15 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre sua responsabilidade de disseminar informações sobre o hospital. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

Além de compor um dos papéis informacionais propostos por Mintzberg (1973), o de porta-voz, a disseminação de informações sobre o HU se faz relevante no contexto do Programa de Reestruturação dos Hospitais do Ministério da Educação no SUS.

Ao assinar o Contrato de Metas com o gestor local, é previsto o acompanhamento da produção do hospital por uma comissão composta por membros do HU e das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Mas o fato de que 85% do orçamento mensal é repassado sem nenhuma apresentação da produção do hospital, pode colaborar para o desinteresse em divulgar informações sobre o HU. A postura expressa pelos diretores respondentes está em consonância com afirmação de Machado e Kuchenbecker (2007, p. 875) de que “questões como transparência, controle social e compromisso com resultados (*accountability*) ainda estão por ser melhor compreendidas e exercidas na conformação das políticas públicas”. Além disso, divulgar informações no Conselho Municipal de Saúde pode ser uma estratégia para a obtenção de apoio na negociação de novas metas ou novos tetos de financiamento junto ao município e/ou aos Ministérios da Educação e da Saúde.

O último item da seção B do questionário visa saber a percepção dos diretores de HU sobre a contribuição de sua equipe na implantação de uma política pública, que nesse trabalho se refere à redefinição do papel dos HU no sistema de saúde locorregional (Gráfico 5.16).

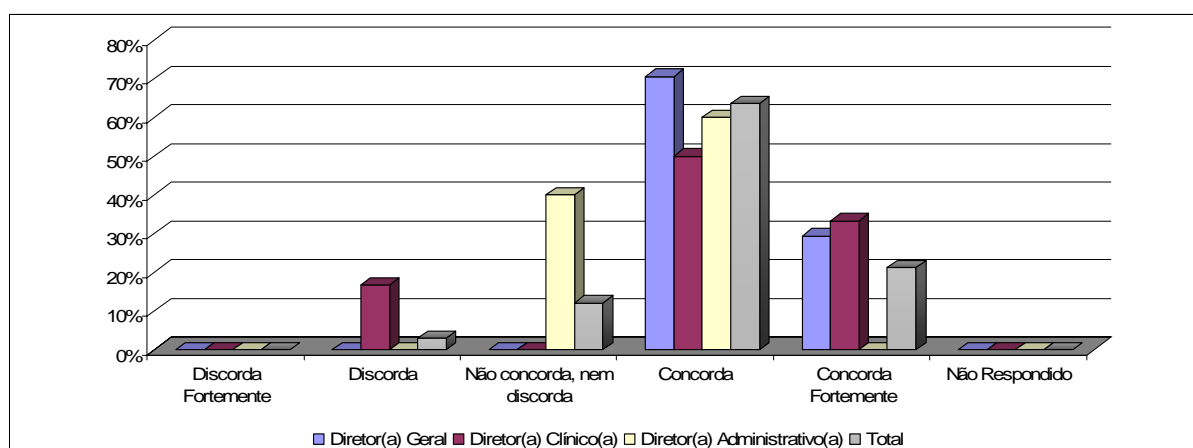


Gráfico 5.16 - Distribuição percentual da percepção dos Diretores sobre a contribuição de sua equipe na implantação de uma política pública. Brasil, 2007.

Fonte: Dados trabalhados pela autora.

O Gráfico 5.16 demonstra que nem todos os diretores têm a dimensão de que seu trabalho está relacionado à execução de uma política pública. O fato de 40% dos Diretores Administrativos terem assumido uma posição neutra aponta para a

dificuldade que eles têm em assimilar a missão do HU como sendo da área administrativa também.

6 CONCLUSÃO

Nesta dissertação identificamos um conjunto de 16 papéis e responsabilidades com potencial de influenciar positivamente o desempenho dos profissionais nos cargos de Direção dos Hospitais Universitários. Esse conjunto compreende questões relativas a motivação dos funcionários, coordenação do trabalho das equipes, importância das negociações, capacidade de alocação de recursos, promoção da comunicação interna, importância do conhecimento da dinâmica de poderes do HU, capacidade de adequação da estrutura organizacional, busca de novos recursos, proposição de novos projetos, viabilização de novos projetos, cumprimento de metas, definição da estratégia, previsão de novos cenários, representação do HU ou da Direção, divulgação de informações sobre HU e participação na implantação de uma política pública. O último item corresponde à expectativa de um dos órgãos do nível estratégico/financiador, o Ministério da Saúde, quanto ao papel a ser desempenhado pelos diretores dos Hospitais Universitários vinculados às IFES.

De forma geral, os diretores que participaram da pesquisa, respondendo o questionário, reconhecem as questões apontadas anteriormente como responsabilidade do dirigente. Essa informação é expressa pelo alto grau de concordância com as afirmações presentes no instrumento de pesquisa referentes a cada um dos 16 itens. O maior grau de concordância dos diretores com as afirmações constantes no questionário foi identificado nos papéis e responsabilidades relativos a motivação dos funcionários, coordenação do trabalho das suas equipes, realização de negociações e o conhecimento da dinâmica de poderes do HU.

Alguns desses papéis e responsabilidades não são percebidos como parte do trabalho dos diretores. Os dois itens que obtiveram menor grau de concordância no grupo de diretores respondentes, promoção da comunicação interna e disseminação de informações sobre o HU, estão relacionados ao grupo de papéis informacionais definidos por Mintzberg (1973). Apenas 58% dos diretores concorda que a promoção da comunicação interna seja uma das responsabilidades da sua função gerencial. Mecanismos eficientes de comunicação na organização são imprescindíveis na

execução de outras funções dos dirigentes como a motivação dos funcionários, a coordenação do trabalho das equipes (SHORTELL; KALUZNY, 2000) e a disseminação, no interior do hospital, da estratégia expressa na missão institucional, na visão de futuro e nos valores da organização (PORTER, 1996). Quanto à disseminação de informações sobre o HU, 73% dos respondentes entende esse item como um componente do trabalho do dirigente. Essa pode ser uma das explicações para a escassez de informações sobre os HU nos sítios oficiais dos mesmos. O fato de ter um orçamento garantido pode desestimular a prática de divulgação de dados e resultados referentes ao hospital. Além das questões pontuadas, faz-se pertinente, no contexto deste trabalho, lembrar da importância em se divulgar informações acerca do hospital. Tal prática é fundamental para o exercício da transparência de gestão, do controle social e do compromisso com resultados itens presentes na atual agenda das políticas públicas (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007), inclusive no Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no SUS.

Os outros dois itens com os quais a concordância dos diretores não foi elevada foram a capacidade de alocação de recursos (76%) e a responsabilidade na busca de novos recursos (76%). Nos dois casos encontramos diferenças significativas nas respostas de acordo com o cargo exercido. Com relação à capacidade de alocação de recursos, 100% dos Diretores Administrativos afirmaram definir como os recursos sob sua responsabilidade são utilizados. Nesse caso, existe a possibilidade de que na definição de recursos os diretores tenham considerado apenas os financeiros. Esse dado também pode apontar para uma divisão de papéis na Direção dos HU, onde assuntos referentes a recursos financeiros e compras são definidos, sobretudo, pela Direção Administrativa. Mesmo tendo de autorizar os pagamentos, os Diretores Gerais podem se sentir com pouca capacidade de intervenção. Já com relação à responsabilidade na busca de novos recursos, 94% dos Diretores Gerais reconheceram essa como uma das responsabilidades de seu trabalho.

A pesquisa de campo mostrou que o cenário da gerência nos HU ainda é caracterizado pela forte presença do sexo masculino (76%). A faixa etária de maior concentração está compreendida entre os 50 e 59 anos (42%). Os Diretores Clínicos e Administrativos concentram-se em faixas etárias mais baixas que os Diretores Gerais. O conjunto dos diretores respondentes é composto, em sua maioria, por

médicos (76%) docentes da IFES à qual o HU é vinculado (73%). Quanto à experiência profissional, um dos eixos propostos por Le Bortef (1982 apud FLEURY; FLEURY) na determinação da competência, grande parte dos diretores tem vivência profissional consolidada, familiaridade com o serviço público, bem como com a dinâmica da Universidade e do HU. Fechando o foco para a área da gestão propriamente dita, a maioria dos respondentes já teve outras experiências gerenciais, sendo que 42% dos diretores atuam na gestão em saúde entre 1 e 5 anos e 40% entre 6 e 10 anos. Cinco diretores afirmaram estar ocupando um cargo de gerência pela primeira vez.

O outro eixo determinante da competência (Le Bortef, 1982 apud FLEURY; FLEURY) diz respeito à formação educacional. Aproximadamente 52% dos diretores respondentes realizaram algum curso de pós-graduação na área de gestão em saúde, sendo em sua maioria um curso de especialização. Esse achado é semelhante ao da pesquisa de Azevedo (1995) com diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Apesar do tempo decorrido desde a publicação do referido trabalho e um crescimento do número de cursos na área, não conseguimos constatar mudança com relação à formação gerencial dos diretores de hospitais. Importante lembrar que a análise feita com relação a esse tópico diz respeito apenas a dados quantitativos, não há como avaliar a qualidade dos cursos que certamente apresentam-se com graus variados.

Ainda em relação às características profissionais dos respondentes, analisamos o desenvolvimento de outras atividades concomitantemente à função gerencial. Cinquenta e dois por cento (17) dos diretores afirmaram desenvolver outras atividades dentro e fora da universidade, 21% (7) estão envolvidos com outras atividades apenas dentro da Universidade e 18% (6) desenvolvem outras atividades apenas fora da Universidade. Somente 3 diretores (9%) afirmaram não desenvolver outra atividade concomitantemente à função gerencial. O tempo dedicado ao papel de dirigente no HU é potencialmente uma restrição para o melhor desempenho gerencial.

Com relação aos mecanismos de indicação para o cargo de Diretor Geral nos Hospitais Universitários, de acordo com as respostas obtidas, 3 se apresentaram em

proporção semelhante: indicação pelo superior imediato, eleição com elaboração de lista tríplice para escolha pelo superior imediato e eleição direta. No primeiro caso existe maior possibilidade de interferência direta dos jogos políticos da Universidade na dinâmica e funcionamento do HU, podendo ter como consequência a descontinuidade de projetos, traço marcante da administração pública. Os cargos de Diretor Clínico e Diretor Administrativo são, em sua maioria, de indicação pelo superior imediato, conferindo ao Diretor Geral a possibilidade de composição de membros estratégicos da sua equipe.

O último tópico analisado nesta dissertação refere-se à migração ou não da carreira assistencial para a carreira gerencial no caso dos profissionais de saúde que ocupam cargos de Direção nos HU. Segundo dados levantados pela pesquisa, apenas 41% (7) dos Diretores Gerais, 67% (4) dos Diretores Clínicos e 10% (1) dos Diretores Administrativos imaginaram estar desenvolvendo atividades gerenciais num prazo de 5 anos. Esses dados apontam que poucos profissionais vêm a gestão em saúde como uma nova carreira na qual estão ingressando. Dessa forma, o desenvolvimento de profissionais dentro da carreira gerencial é empobrecido, apresentando restrições ao desempenho da função de dirigente.

O trabalho aqui apresentado limita-se ao estudo de algumas características dos profissionais nos cargos de Direção dos HU e, em especial, à sua percepção acerca de um conjunto de papéis e responsabilidades gerenciais. Entendemos que os dirigentes de HU são atores relevantes na implantação da política definida para este segmento de hospitais e por isso julgamos que esta dissertação pode auxiliar na compreensão dos fatores que influenciam o desempenho desses gerentes. Esforços devem ser empreendidos na condução de estudos com relação à(s) forma(s) como as mudanças nos HU têm se efetivado em decorrência do processo de contratualização com o gestor local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAHUE, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. Disponível em: <www.abrahue.org.br>. Acessos em: 10 jun. 2007 e 7 jan. 2008.

ABRAHUE. Estatuto **da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino**. Brasília, sem data. Disponível em: <<http://www.abrahue.org.br/pdf/estatuto.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2008.

AZEVEDO, C.S. Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 33-58, jul./set. 1995.

BARBOSA, P.R. A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 24-34, set. 1996.

BITTAR, O.J.N.V. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 17, p. 9-18, out./dez. 2002.

BITTAR, O.J.N.V; MAGALHÃES, A. (eds.) **Hospitais de ensino no Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Assessoria de Hospitais de Ensino, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei orgânica da saúde/Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. 2.ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, p. 7-22, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/Secretaria de Educação Superior/Departamento de Desenvolvimento da educação Superior. Material eletrônico: **Acompanhamento das IFES e HU's - Relatório de Atividades 2006**. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 07 jun. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.000, Brasília 15 de abril de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Interministerial nº 2.400, Brasília 02 de outubro de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.224, Brasília 05 de dezembro de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.225, Brasília 05 de dezembro de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.082, Brasília 04 de julho de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada. Material eletrônico: **Política de atenção hospitalar no Brasil: uma estratégia de organização e financiamento**. Brasília, mar./2006.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <www.cnes.datasus.gov.br>. Acessos em: 27 jul. 2007 e 7 jan. 2008.

CAMPOS, G.W.S. Educação médica, hospitais universitários e Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar., 1999.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.

CECÍLIO, L.C.O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CLINCO, S.D.O. **O hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 97f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em administração.** Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L. B. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

DALLARI, S.G.; BARBER-MADDEN, R.; TORRES-FERNANDES, M.C.; SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q.; WATANABE, H.A. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

DUTRA, J.S. **Competências:** conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

FEUERWERKER, L.C.M; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FLEURY, A.; FLEURY, M.T.L. **Estratégias empresariais e formação de competências:** um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**/Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado. 18 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Biblioteca Karl A. Boedecker. **Normas para apresentação de monografia.** 5 ed. São Paulo: FGV-SP, 2007. 97 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/Departamento de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

MALIK, A. M. **Processo decisório em instituições de saúde**. 1983. 161f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MCKEE, M.; HEALY, J. (Ed.). **Hospitals in changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002.

MÉDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work**. New York: Harper Collins Publishers, 1973.

MINTZBERG, H. Toward healthier hospitals. **Health Care Management Review**. v. 22, n. 4, p. 9-18, 1997.

OLIVEIRA, J.M. **Gerência em saúde e concepções sobre a natureza humana nas organizações: a visão dos diretores de hospitais gerais do município de Campinas**. 1995. 216f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

PEDHAZUR, E.L.; SCHMELKIN, L.P. **Measurement, design and analysis: an integrated approach**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1991.

PORTER, M.E. What is strategy? **Harvard Business Review**, v. 74, n. 6, p. 61-78, nov./dec. 1996.

SANTANA, J.P.; CAMPOS, F.E.; SENA, R.R. Material eletrônico: **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf>. Acesso em: 26 de jul. 2007.

SANTOS, N.A.A.P. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul em convênio com Universidade de Caxias do Sul.

SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. **Health care management: organization design and behavior**. New York: Delmar, 2000.

SHEWCHUK, R.M.; O'CONNOR, S.J.; FINE, D.J. Building an understanding of the competencies needed for health administration practice. **Journal of Healthcare Management**, v. 50, n. 1, p. 32-47, jan./feb. 2005.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SOEIRO, E. **Negociação como função gerencial: a visão dos dirigentes de organizações de saúde**. 1995. 205f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Alternativas para a gestão pública da função saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 41, p. 30-33, dez. 1993.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul/ago. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

ZUCKERMAN, H.S.; DOWLING, W.L.; RICHARDSON, M.L. The managerial role. In: SHORTELL, S.M.; KALUZNY, A.D. **Health care management: organization design and behavior**. New York: Delmar, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com ex-diretores

Identificação

Nome:

Idade:

Cargo ocupado:

Tempo no cargo:

Tempo de formação - graduação:

Tempo como administrador em saúde:

Tempo na organização:

Em que outras organizações trabalhou?

Exerceu outras atividades na área de saúde que não as administrativas? Por quanto tempo?

Considerando a sua experiência como Diretor de um Hospital Universitário:

1. Na sua visão, qual o papel do Diretor Geral ou Superintendente de um HU? Quais as habilitações, habilidades e competências essenciais à execução dessas atividades?

2. Na sua visão, qual o papel do Diretor de Assistência ou Diretor Clínico de um HU? Quais as habilitações, habilidades e competências essenciais à execução dessas atividades?

3. Na sua visão, qual o papel do Diretor Administrativo de um HU? Quais as habilitações, habilidades e competências essenciais à execução dessas atividades?

4. Há ou não um regimento interno que define com clareza a distinção de papéis dos diretores? Em caso afirmativo, as pessoas conhecem esse regimento? Em caso negativo, o senhor acredita que a confusão seja por parte dos próprios diretores, do corpo funcional ou de ambos?

5. Comparando os Hospitais Universitários com os demais hospitais públicos, quais os pontos facilitadores e quais os dificultadores para a gestão?

6. Quais os principais desafios no desempenho do papel de Diretor Geral?

7. Houve algum ponto considerado importante para gestão, mas que não foi compartilhado pelos pares da diretoria ou médicos?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com representantes do MEC e MS

Considerando o posicionamento do MEC ou MS:

1. Existe alguma expectativa quanto à formação em gestão em saúde para os profissionais que ocupam cargos de Direção nos HU vinculados às IFES?
2. Que tipos de habilitações, habilidades e competências são esperados de um Diretor de HU?
3. O que o MEC ou MS espera que esses profissionais façam em suas organizações com relação à nova política interministerial?

APÊNDICE C – Questionário enviado para os Diretores de HU



QUESTIONÁRIO SOBRE A FUNÇÃO GERENCIAL DOS DIRETORES DE HU

Instruções

Este questionário tem o objetivo de saber sua opinião sobre o seu trabalho como Diretor de HU e levará em torno de 10 a 15 minutos para ser respondido.

Qualquer dúvida sobre o preenchimento pode ser esclarecida com Bárbara do Nascimento Caldas, no e-mail caldasbn@gmail.br ou no telefone (021) 8207-4041.

SEÇÃO A: Sobre o seu hospital e o seu cargo

1. IFES/Hospital:

- FURG/HU Professor Miguel Riet Correa Junior
- HCPA/Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- UFAL/Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
- UFAM/HU Getúlio Vargas
- UFBA/HU Professor Edgard Santos
- UFBA/Maternidade Climério de Oliveira
- UFC/HU Walter Cantídio
- UFC/Maternidade Escola Assis Chateaubriand
- UFCG/HU Alcides Carneiro
- UFES/HU Cassiano Antônio de Moraes
- UFF/HU Antônio Pedro
- UFG/Hospital das Clínicas
- UFJR/Hospital Universitário
- UFMA/Hospital Universitário
- UFMG/Hospital das Clínicas
- UFMS/HU Maria Aparecida Pedrossian
- UFMT/HU Júlio Miller
- UFPA/HU João de Barros Barreto

- UFPA/HU Betina Ferro de Souza
- UFPB/HU Lauro Wanderley
- UFPE/Hospital das Clínicas
- UFPEL/Hospital Escola
- UFPR/Hospital das Clínicas
- UFRJ/Instituto de Psiquiatria
- UFRJ/Instituto de Neurologia Deolindo Couto
- UFRJ/Instituto de Ginecologia
- UFRJ/Instituto de Doenças do Torax
- UFRJ/HU Clementino Fraga Filho
- UFRJ/Maternidade Escola
- UFRJ/Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
- UFRN/Hospital Maternidade Ana Bezerra
- UFRN/HU Onofre Lopes
- UFRN/Hospital de Pediatria
- UFRN/Maternidade Escola Januário Cicco
- UFS/Hospital Universitário
- UFSC/HU Polydoro Ernani de São Thiago
- UFSP/Hospital Universitário
- UFTM/Hospital Escola
- UFU/Hospital de Clínicas
- UNB/Hospital Universitário
- UNIFESP/Hospital de São Paulo
- UNIRIO/HU Gaffrée Guinle

2. Cargo:

- Diretor(a) Geral ou Superintendente
- Diretor(a) Clínico(a) ou Responsável pela Área Assistencial
- Diretor(a) Administrativo(a) ou Responsável pela Área Administrativa

3. Como você foi escolhido para o atual cargo?

- Escolha pelo superior imediato (Reitor ou Diretor Geral/Superintendente).
- Eleição direta.
- Eleição com elaboração de lista tríplice para escolha pelo superior imediato.
- Outra. Qual?

4. Existe algum pré-requisito para a ocupação do cargo em questão?

- Não Sim

Em caso afirmativo selecione a(s) opção(ões) abaixo:

- Formação específica
- Idade
- Ser professor da Faculdade de Medicina
- Ser professor da Universidade
- Tempo de graduado
- Outro. Qual?

SEÇÃO B: Sobre o seu trabalho

Por favor indique a resposta que mais se aproxima da sua opinião com relação às seguintes afirmações/perguntas acerca do seu trabalho.

Pense no seu dia a dia no trabalho...

1. O seu comportamento influencia o trabalho das pessoas sob sua responsabilidade.

- Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

2. É sua responsabilidade orientar o trabalho das pessoas de sua equipe.

- Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

3. Negociações são uma parte importante do seu trabalho.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

4. O(A) Sr(a). define como os recursos sob sua responsabilidade serão utilizados.

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

5. O(A) Sr(a). é responsável pela comunicação dentro do hospital.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

6. Conhecer a dinâmica de poderes dentro do HU é importante para a execução do seu trabalho.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

7. O(A) Sr(a). consegue interferir no organograma do hospital (p. ex., criando comissões ou funções *ad hoc*) de forma a melhor adequá-lo à sua realidade.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

8. O(A) Sr(a). é responsável por buscar novos recursos para o hospital.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

9. O(A) Sr(a). é responsável por propor novos projetos para o hospital.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

10. O(A) Sr(a). é responsável por viabilizar novos projetos no hospital.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

11. O(A) Sr(a). é responsável pelo cumprimento das metas no Plano Operativo Anual estabelecido no contrato com o gestor local.

Não se aplica Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

12. O(A) Sr(a). é responsável por definir a estratégia de atuação do hospital.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

13. A atuação da sua equipe é capaz de implantar projetos pioneiros com repercussão no Setor Saúde.

Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

14. Com que frequência o(a) Sr(a). participa de eventos representando o hospital e/ou a Direção?

Nunca Raramente Às vezes Quase sempre Sempre

15. O(A) Sr(a). é responsável pela disseminação de informações sobre o hospital no ambiente (p. ex., Conselho Municipal de Saúde, Congressos etc.).

- Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

16. O trabalho de sua equipe contribui para a implantação ou não de uma Política Pública de Saúde.

- Discorda fortemente Discorda Não concorda, nem discorda Concorda Concorda fortemente

SEÇÃO C: Informações a seu respeito

Estas informações ajudarão na análise dos resultados da pesquisa.

1. Sexo:

- Feminino Masculino

2. Idade:

- Menos de 30 anos De 30 a 39 anos
 De 40 a 49 anos De 50 a 59 anos
 60 anos ou mais

3. Profissão:

- Administrador(a) Assistente Social
 Economista Enfermeiro(a)
 Engenheiro(a) Farmacêutico(a)
 Médico(a) Nutricionista
 Odontólogo(a) Psicólogo(a)
 Outra

4. Tempo de formado(a) - Graduação:

- Menos de 1 ano De 1 a 5 anos
 De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos
 De 16 a 20 anos 21 anos ou mais

5. Tempo que desempenha a atual função:

- Menos de 1 ano De 1 a 2 anos

- De 3 a 4 anos De 5 a 6 anos
 De 7 a 8 anos 9 anos ou mais
6. Tempo que atua no serviço público:
- Menos de 1 ano De 1 a 5 anos
 De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos
 De 16 a 20 anos 21 anos ou mais
7. Tempo como administrador(a) em saúde:
- Menos de 1 ano De 1 a 5 anos
 De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos
 De 16 a 20 anos 21 anos ou mais
8. Tempo na Universidade:
- Menos de 1 ano De 1 a 5 anos
 De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos
 De 16 a 20 anos 21 anos ou mais
9. Tempo no HU:
- Menos de 1 ano De 1 a 5 anos
 De 6 a 10 anos De 11 a 15 anos
 De 16 a 20 anos 21 anos ou mais
10. Professor(a) da Universidade?
- Não Sim
11. Pós-graduação em Gestão em Saúde?
- Não Sim

Em caso afirmativo selecione a(s) opção(ões) abaixo:

Tipo:

- Aperfeiçoamento Residência
 Especialização MBA
 Mestrado Profissional Mestrado
 Doutorado
- Área do Conhecimento (segundo o CNPq):
- Administração Saúde Coletiva

Tipo:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento | <input type="checkbox"/> Residência |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> MBA |
| <input type="checkbox"/> Mestrado Profissional | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | |

Área do Conhecimento (segundo o CNPq):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administração | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva |
|--|---|

Tipo:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento | <input type="checkbox"/> Residência |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> MBA |
| <input type="checkbox"/> Mestrado Profissional | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | |

Área do Conhecimento (segundo o CNPq):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administração | <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva |
|--|---|

12. Experiência gerencial anterior:

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? |
|------------------------------|--|

13. Desenvolve outras atividades profissionais dentro da Universidade concomitantes à função de dirigente?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
|------------------------------|------------------------------|

Em caso afirmativo selecione a(s) opção(ões) abaixo:

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistência |
| <input type="checkbox"/> Docência |

- Pesquisa
- Outra. Qual?

14. Desenvolve outras atividades profissionais fora da Universidade concomitantes à função de dirigente?

- Não Sim

Em caso afirmativo selecione a(s) opção(ões) abaixo:

- Assistência
- Docência
- Pesquisa
- Outra. Qual?

15. Que atividades profissionais você imagina estar desempenhando daqui a 5 anos?

Deseja receber um relatório com as tabulações das respostas?

- Não Sim

Em caso afirmativo, escreva o endereço eletrônico para envio do relatório:

Obrigada por completar este questionário!

APÊNDICE D – Carta de apresentação da pesquisa



Prezado senhor Diretor,

Vimos apresentar a pesquisa da Mestranda Bárbara do Nascimento Caldas, aluna do curso de pós-graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo FGV-EAESP), parte de sua dissertação de Mestrado. Sua base será um estudo voltado a conhecer e analisar o perfil dos Diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, bem como a compreensão da percepção desses Diretores acerca de seu trabalho cotidiano.

O conjunto de tais hospitais é estratégico para a dinâmica de funcionamento e consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso consideramos que o estudo de grande relevância e solicitamos sua efetiva participação no preenchimento do questionário eletrônico anexo.

Todas as informações fornecidas serão tratadas em caráter confidencial, com isenção e cuidado. A análise será realizada através da agregação dos dados, sem identificação de hospitais ou profissionais.

Ao final da pesquisa, será elaborado um relatório com a tabulação das respostas. Caso seja de seu interesse, uma cópia lhe será enviada.

Desde já agradecemos sua colaboração. Coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AM' or similar initials, written in a cursive style.

Prof. Ana Maria Malik
gvsauade@fgvsp.br

APÊNDICE E – Mensagem com as orientações para participação na pesquisa

Prezado(a) Sr(a). Diretor(a),

Vimos solicitar a sua participação em uma pesquisa, parte de uma dissertação de Mestrado, a ser realizada como requisito para a conclusão do curso de pós-graduação da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV-EAESP) - Carta de Apresentação da Pesquisa em anexo. A pesquisa tem como objetivo tentar conhecer e analisar o perfil dos Diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, bem como a compreensão da percepção desses Diretores acerca de seu trabalho cotidiano.

Solicitamos que o Diretor Geral ou Superintendente, o Diretor Clínico ou Responsável pela Área Assistencial e o Diretor Administrativo ou Responsável pela Área Administrativa do Hospital Universitário respondam ao questionário clicando no link abaixo:

<http://www.del.ufrj.br/~lanza/pdhu.html>

Com o auxílio da ABRAHUE, tivemos acesso à lista de endereços eletrônicos dos Diretores Gerais. Essa lista foi complementada com informações disponíveis em sítios oficiais dos HUs sobre os demais Diretores. Como não foi possível obter o endereço eletrônico de todos os Diretores, pedimos que essa mensagem seja encaminhada por VSa. aos Responsáveis das Áreas Clínica e Administrativa do seu hospital.

Caso esta mensagem já tenha sido recebida por VSa., por favor desculpe a repetição e desconsidere este envio.

Todas as informações fornecidas serão tratadas em caráter confidencial, com isenção e cuidado. A análise será realizada através da agregação dos dados, sem identificação de hospitais ou profissionais.

Ao final da pesquisa, será elaborado um relatório com a tabulação das respostas. Caso seja de seu interesse receber uma cópia, basta preencher o referido campo no questionário e ela lhe será enviada.

Agradecemos desde já sua colaboração, colocando-nos a sua disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Bárbara do Nascimento Caldas
Mestranda em Administração de Empresas da FGV-EAESP
Contato: caldasbn@gmail.br

Profa. Ana Maria Malik
Professora da FGV-EAESP
Contato: gvsauade@fgvsp.br

ANEXOS

ANEXO A – Anexo da Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DE SAÚDE

O presente Termo de Referência tem por objetivo, no que tange aos estabelecimentos certificados como Hospitais de Ensino, de acordo com o preconizado na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, instrumentalizar a implementação do processo de reestruturação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, permitindo o aprimoramento e a inserção destes estabelecimentos no Sistema Único de Saúde – SUS, da contratação dos serviços de saúde ofertados, de sua respectiva forma de financiamento, bem como dos mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, de gestão, de ensino e de pesquisa.

Dessa forma, busca-se redefinir o papel do Hospital de Ensino no sistema municipal ou de referência, de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas a serem cumpridas; a qualificação da inserção do Hospital de Ensino na rede estadual/municipal de saúde, as definições dos mecanismos de referência e contra-referência com as demais unidades de saúde; a mudança das estratégias de atenção; a humanização da atenção à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população; a qualificação da gestão hospitalar; e o desenvolvimento das atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

A formalização da contratualização viabiliza a fixação de metas e indicadores do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhados e atestados por Conselho Gestor ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos.

Este Termo de Referência destina-se à descrição das diretrizes gerais que orientarão a relação entre as partes, o gestor local do SUS e o representante legal do hospital de ensino, bem como dos serviços e atividades pactuadas e formalizadas por meio de contrato de gestão, plano operativo e de metas que devem contemplar as ações relativas a: atenção à saúde, gestão, educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento.

O processo de contratualização será acompanhado e o contrato homologado de forma conjunta pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

I – DIRETRIZES PARA A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PACTUADAS ENTRE HOSPITAIS DE ENSINO E GESTORES DO SUS.

Deve ser pautada pela coerência com as políticas públicas de saúde para o setor hospitalar e os princípios e diretrizes do SUS, destacando-se:

- a) garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua, por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas;
- b) inserção dos hospitais de ensino na rede do SUS, com definição clara do perfil assistencial e da missão institucional, observando, entre outros, a

hierarquização e o sistema de referência e contra-referência, como garantia de acesso à atenção integral à saúde;

c) compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços do hospital de ensino, dando preferência às ações de média e alta complexidade;

d) redirecionamento das ações de atenção básica ainda realizadas pelos Hospitais de Ensino para a rede básica de saúde locorregional;

e) organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;

f) elaboração conjunta de protocolos clínicos, técnico-assistenciais e operacionais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de serviços do SUS;

g) elaboração e adoção pelo hospital de ensino de protocolos técnicos e operacionais internos, em conjunto com a Instituição de Ensino Superior e/ou com o gestor;

h) inserção, no sistema de urgência e emergência loco-regional, a partir da definição do papel do hospital de ensino no Plano Estadual de Assistência à Urgência;

i) manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;

j) a abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão;

k) constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo-se relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência, entre os diferentes serviços do SUS, independentemente do nível de complexidade;

l) diversificação das tecnologias de cuidado utilizadas pelo hospital de ensino no processo assistencial, incluindo aquelas centradas no usuário e sua família, que levem à redução do tempo de permanência da internação hospitalar (hospital dia, atenção domiciliar e cirurgia ambulatorial);

m) desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde;

n) constituição das comissões de ética em pesquisa, de documentação médica e estatística, de óbitos, além de outras comissões necessárias e obrigatórias ao funcionamento de uma instituição hospitalar;

o) mecanismos de relação entre as partes com a definição e pactuação das competências dos gestores e do hospital de ensino com relação ao planejamento, organização, controle, avaliação dos serviços pactuados considerando as especificidades locorregionais do SUS;

p) participação do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS; e

q) outros pactos que as partes julgarem importantes.

II - GESTÃO HOSPITALAR – METAS FÍSICAS E DE QUALIDADE

Apresentar os aspectos centrais da gestão e dos mecanismos de gerenciamento e acompanhamento das metas físicas e de qualidade acordadas entre instituição e gestor, devendo conter:

a) ações adotadas para democratização da gestão que favoreçam seu aperfeiçoamento e que propiciem transparência, probidade, ética, credibilidade, humanismo, equidade e ampliação dos mecanismos de controle social;

b) elaboração do plano diretor de desenvolvimento da gestão, assegurando a participação dos funcionários, docentes e discentes;

- c) elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando às metas setoriais específicas para cada área de atuação;
- d) aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão, à qualificação gerencial e ao enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário;
- e) gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras e de custos para acompanhamento das partes, garantindo equilíbrio econômico e financeiro do convênio/contrato firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contra-prestação;
- f) ações que garantam, ao longo do ano, a continuidade da oferta de serviços de atenção à saúde, independentemente do desenvolvimento das atividades de ensino;
- g) garantia da aplicação integral na unidade hospitalar dos recursos financeiros de custeio e de investimento provenientes do SUS;
- h) cronograma de adequação para disponibilização de 100% dos leitos ativos do hospital de ensino público e do total dos grupos de procedimentos praticados para o SUS em até 4 anos;
- i) obrigatoriedade dos hospitais de ensino alimentarem regularmente os sistemas de informações dos Ministérios da Saúde e da Educação, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e outros sistemas de informações que venham a ser implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou em complementaridade a estes;
- j) definição de investimentos condicionados à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- k) estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação, com definição de indicadores, integrados a instrumento jurídico balizado no equilíbrio de direitos e obrigações entre as partes; e
- l) outros pactos que as partes julgarem importantes.

III - FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

As propostas de formação e educação permanente devem ser coerentes com as orientações expressas nas diretrizes curriculares nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões da saúde e na política de educação permanente em saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Destacam-se os seguintes aspectos:

- a) ser integrante do Pólo de Educação Permanente em Saúde da base locorregional e participar das instâncias definidas por esse Pólo para o enfrentamento dos problemas prioritários no campo da formação;
- b) participar da elaboração e implantação da Política de Educação Permanente para profissionais da rede de serviços;
- c) desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital de ensino visando ao trabalho multiprofissional, à diminuição da segmentação do trabalho e à implantação do cuidado integral;
- d) participar da constituição de equipes de referência matricial para apoiar o trabalho da rede de serviços, de acordo com seu perfil de especialização;

- e) apoiar e integrar as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais da localidade na área de urgência e emergência;
- f) participar de iniciativas que promovam integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do hospital de ensino e a rede do SUS;
- g) Contribuir para a formação de profissionais de saúde que contemplem as necessidades do SUS em relação ao atendimento integral, universal e equânime, no âmbito de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, tendo como base o trabalho em equipe multiprofissional e a atenção integral; e
- h) Outros pactos que as partes julgarem importantes.

IV - PESQUISA E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Os hospitais de ensino pela sua natureza e atuação, assumem um papel estratégico e relevante para o desenvolvimento das pesquisas necessárias para o aprimoramento do SUS e a melhoria da qualidade de vida da população.

- a) na formulação de projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de pesquisa no hospital e/ou na Instituição de Ensino Superior;
- b) na definição de projetos de pesquisa em parceria com os gestores do SUS;
- c) ao desenvolvimento de tecnologias de saúde e de gestão voltadas para as prioridades do SUS;
- d) no desenvolvimento de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS);
- e) na formulação de diretrizes para incorporação e gestão de tecnologias em saúde (equipamentos, medicamentos, insumos, procedimentos etc.), incluindo critérios e procedimentos para seleção, aquisição e uso de tecnologias em saúde; e
- f) outros pactos que as partes julgarem importantes.

V - RECURSOS FINANCEIROS

O novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, gestão, ensino e educação de pesquisa proposto é o de orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta por:

1) Componente com valor fixo mensal

A referência para composição dos recursos financeiros relacionados ao valor fixo mensal compreenderá:

I - a produção histórica (físico-financeiro) dos últimos 12 meses da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor (nova pactuação);

II - os recursos atuais do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa - FIDEPS;

III - o Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários na parcela referente ao Ministério da Saúde, no que diz respeito aos hospitais de ensino do MEC, a partir de 2005;

IV - os incentivos de custeio repassados de forma destacada; e

V - outros recursos adicionais poderão ser acrescentados desde que justificados pelo gestor aprovado pelo Ministério da Saúde.

2) Componente com valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas

Deverá ser estabelecido pelas partes um percentual do valor de custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento das metas e indicadores.

3) Componente correspondente à produção de serviços

Os procedimentos de alta complexidade serão custeados de acordo com a apresentação de produção de serviços, com limites físico e orçamentários definidos.

VI - SANÇÕES

A serem definidas no contrato.

VII - FLUXOS

Deverão respeitar as instâncias de deliberação (Conselhos) e de pactuação intergestores do SUS.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)