UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA

JANIELE CRISTINE PERES BORGES

CONCEPÇÕES INSTITUCIONALIZADAS E GESTÃO NA ÁREA DE SAÚDE:
ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

RIO GRANDE – RS
2018

Janiele Cristine Peres Borges

Concepções institucionalizadas e gestão na área de saúde: estudo de caso em um Hospital Universitário Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA da Universidade Federal do Rio Grande - FURG como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Márcio André Leal Bauer

Coorientador: Prof. Dr. Marcio Silva Rodrigues

Rio Grande – RS

2018

Ficha Catalográfica

B732c Borges, Janiele Cristine Peres.
Concepções institucionalizadas e gestão na área de saúde: estudo de caso em um Hospital Universitário Federal / Janiele Cristine Peres Borges. – 2018.
120 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Administração, Rio Grande/RS, 2018.
Orientador: Dr. Márcio André Leal Bauer.
Coorientador: Dr. Marcio Silva Rodrigues.

1. Instituição 2. Gestão em Saúde 3. SUS 4. Empresa I. Bauer, Márcio André Leal II. Rodrigues, Marcio Silva III. Título.

CDU 658:614

Catalogação na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

Janiele Cristine Peres Borges

Concepções institucionalizadas e gestão na área de saúde: estudo de caso em um Hospital Universitário Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA da Universidade Federal do Rio Grande – FURG como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração, aprovada pela comissão de avaliação-abaixo assinada.

_____

Prof. Dr. Márcio André Leal Bauer – FURG – Orientador

_____

Prof. Dr. Marcio Silva Rodrigues – UFPel – Coorientador

_____

Profª. Dra. Ana Paula Capuano da Cruz – FURG

_____

Profª. Dra. Sueli Maria Goulart Silva – UFRGS

Rio Grande, 28 de fevereiro de 2018

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar aos meus avós e à minha mãe, por todo o apoio, compreensão e incentivo. Obrigado por acreditarem nas minhas escolhas e vibrarem comigo em cada momento. A compreensão de vocês em relação a minha ausência fez toda a diferença, obrigado por cada ligação, cada carinho, cada pergunta sobre como estavam indo as coisas.

À educação pública em toda a sua extensão, por representar uma possibilidade de acesso para aqueles, que assim como eu, não teriam condições de acesso caso não fosse a existência da universidade pública e de todas as políticas públicas de incentivo à educação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela indispensável bolsa.

A todas as pessoas que lutaram e lutam pela existência e manutenção do Sistema Único de Saúde, por lutarem por uma vida mais digna às pessoas.

Ao meu orientador, Márcio Bauer, por toda a colaboração e dedicação na construção desse trabalho, por possibilitar que eu discutisse os temas de meu interesse ao longo da dissertação e, também, pela preocupação com o processo de aprendizado mais do que com os resultados alcançados.

Ao meu coorientador, Marcio Rodrigues, pela compreensão, pela confiança, pela dedicação, pelos aprendizados, por acreditar na minha capacidade, em alguns momentos, até mais do que eu mesma, enfim, pela tua presença na minha trajetória acadêmica, ela tem feito muita diferença. É muito bom poder contar contigo! Conta comigo também!!

Ao Márcio Barcelos, por estar ao meu lado nesse processo, por entender os momentos de tensão, por não me deixar desanimar, por me ajudar a exigir menos de mim, ver esse processo de forma mais leve e acreditar que ia dar certo, por todos os momentos de aprendizado, por todo o tempo dedicado, mais do que tudo isso, obrigado pela amizade e pelo amor.

À Leirane, irmã que a vida me deu, pela alegria, apoio e amor demonstrados; pelos momentos de conforto e acolhimento; por comemorar cada conquista, cada fase, cada superação; por ser essa fortaleza e sensibilidade de mulher. Tu sabe que a casa é nossa. Te amo!

À Ana e à Larissa, “girls power”, por me trazerem calma, pelas mensagens de incentivo, por todas as demonstrações de carinho, por entenderem os momentos de

ausência e por responderem a eles com palavras de conforto. Eu gosto muito de vocês, quero vocês por perto a vida toda!

À professora Sueli Goulart, por aceitar participar das bancas de qualificação e defesa da dissertação, pela leitura atenta, por todas as contribuições e por representar uma referência acadêmica pra mim.

À professora Anne Leal, pelo aprendizado, por todas as contribuições durante o processo de desenvolvimento do projeto dessa dissertação e pela participação na banca de qualificação da dissertação.

À professora Ana Paula Capuano da Cruz, por ter me alertado para o fato de que eu estava apresentando uma proposta de dissertação que representava uma "parede" e que o mestrado era apenas um tijolo dessa parede, e, também, por ter aceitado participar da banca de defesa da dissertação.

Aos colegas e demais professores do Programa de Pós-Graduação em Administração da FURG, pela convivência e aprendizado nesse período.

Ao Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG), por ter sido tão bem recebida pelas pessoas que ali trabalham. Parabéns pelo trabalho e dedicação com o atendimento à população da cidade de Rio Grande.

A cada um dos entrevistados, por terem aceitado participar da pesquisa e, especialmente, àqueles que mesmo após o término das entrevistas, se colocaram à disposição, caso a pesquisa precisasse de mais informações.

Um agradecimento especial ao Daniel, que me ajudou a dar os primeiros passos nessa trajetória! Sem a tua presença o início seria muito mais difícil. Obrigada!

Não existem prontos os atores portadores de futuro que um sistema como o SUS requer. Não existem os profissionais para produzir relações cuidadoras, para fabricar a integralidade – eles precisam ser produzidos. Não existem os secretários municipais de saúde com recursos para efetivar a gestão local de modo criativo e de acordo com os contextos locais. Eles precisam ser produzidos. Não existem os espaços regionais com potência solidária para produzir a governança regional. Eles precisam ser produzidos. Não existem as tecnologias para produzir redes de atenção à saúde. Elas precisam ser produzidas. Não existem os apoiadores para dar suporte a todos esses movimentos nos espaços locais. Eles precisam ser produzidos. Não existem as escolas para formar trabalhadores portadores de futuro. Elas precisam ser produzidas. Não existe o saber, nem as tecnologias para atender as necessidades dos usuários para a produção de territórios existenciais mais ricos. Eles precisam ser produzidos em interação com os usuários.

Laura Feuerwerker (2014, p. 78-79)

RESUMO

Esse trabalho procurou compreender de que forma as percepções dos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande se relacionam com as concepções de gestão institucionalizadas historicamente na área de saúde no Brasil. Para isso foi realizado um estudo de caso no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), para o qual foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas com gestores do HU-FURG e também períodos de observação dentro da organização. Os dados secundários foram coletados através de documentos referentes ao HU da FURG e, também, de forma mais geral, aos hospitais universitários e a área de saúde pública no Brasil. A análise dos dados foi dividida em dois capítulos que abordaram: (1) aspectos concernentes ao âmbito nacional da saúde pública e hospitais universitários, seguidos da percepção dos gestores com relação a essa esfera mais ampla; (2) análise específica do hospital em estudo. O histórico dos hospitais universitários mostra as dificuldades que permeiam essas organizações, principalmente no que diz respeito a inserção de elementos da gestão proposta pelo SUS. Em contrapartida, as questões referentes às crises e às soluções, historicamente, apresentadas para essas organizações demonstram uma aproximação com a gestão empresarial. Observa-se que na visão dos gestores em relação a esse contexto mais amplo da área da saúde e dos hospitais universitários, não chega a aparecer de maneira efetiva uma discussão profunda e complexa em relação aos princípios norteadores do SUS, embora eles reconheçam que esse sistema seja o ideal. No que tange a dimensão do HU-FURG, foi possível perceber que essa organização possui um histórico que é permeado pela inserção na lógica privada, principalmente pelo fato de que, anterior à implantação da EBSERH, eram realizados atendimentos assistenciais ao segmento privado, o hospital não realizada atendimento exclusivamente pelo SUS. Esse fato, associado a presença da fundação de apoio, permitia ao hospital uma maior flexibilidade com relação aos recursos financeiros e humanos. A proposta de extinção das fundações de apoio, juntamente com chegada da EBSERH, faz com que transpareça a visão que os gestores têm em relação à gestão do HU. Trata-se de uma realidade permeada por uma crise financeira e pela gestão empresarial como solução para tal, evidenciada pela defesa em torno da forma de administração trazida pela EBSERH. A visão que transparece com relação aos usuários de saúde é permeada pela ideia desses como cliente, enquanto a ideia do usuário como cidadão não se evidencia. O hospital, mais especificamente os gestores que ocupam, atualmente, os cargos de gestão, têm adotado a prática de decisões compartilhadas entre os gestores e também a realização de reuniões públicas que contam com pautas propostas pela comunidade em geral. Os hospitais universitários podem ser consideradas as organizações capazes de propor novas formas de administração para os hospitais públicos, no entanto, essa ideia de que formar profissionais para o SUS ou para uma lógica de gestão não necessariamente empresarial passa ao largo de toda a discussão.

Palavras-chave: Instituição; gestão em saúde; empresa; SUS; EBSERH.

ABSTRACT

This research sought to understand how the perceptions of the managers of the University Hospital of the Federal University of Rio Grande are related to the conceptions of administration institutionalized in the health area in Brazil. A case study was carried out at the University Hospital of the Federal University of Rio Grande (HU-FURG), for which primary and secondary data were collected. The primary data relate to the collection of interviews with HU-FURG managers and also observation periods within the organization. Secondary data were collected through documents referring to HU-FURG and, more generally, to university hospitals and the public health area in Brazil. The data analysis was divided into two chapters that addressed: (1) aspects concerning the national scope of public health and university hospitals, followed by managers' perceptions regarding this broader sphere; (2) specific analysis of the hospital under study. The history of university hospitals shows the difficulties that permeate these organizations, especially regarding the insertion of elements of the administration proposed by SUS. On the other hand, the crisis issues and the solutions historically presented to these organizations demonstrate an approach to business management. It is observed that in the view of the managers in relation to this larger context of the health area and university hospitals, a deep and complex discussion regarding the guiding principles of the SUS does not come to be effective, although they recognize that this system be the ideal. Regarding the HU-FURG dimension, it was possible to perceive that this organization has a history that is permeated by the insertion in the private logic, mainly due to the fact that, prior to the implementation of the EBSERH, assistance was given to the private segment, the hospital not performed care exclusively by SUS. This fact, associated with the presence of the support foundation, allowed the hospital greater flexibility with respect to financial and human resources. The proposal to abolish the support foundations, together with the arrival of EBSERH, makes it clear the managers' view regarding the management of the HU. It is a reality permeated by a financial crisis and business management as a solution to this, evidenced by the defense around the way of administration brought by EBSERH. The vision that transpires regarding health users is permeated by the idea of these as a client, while the idea of the user as a citizen is not evident. The hospital, more specifically managers who currently hold management positions, have adopted the practice of shared decisions among managers and also the holding of public meetings that have guidelines proposed by the community in general. University hospitals can be considered organizations capable of proposing new forms of administration for public hospitals, however, this idea that training professionals for the SUS or for a management logic not necessarily entrepreneurial goes beyond the whole discussion.
Keywords: Institution; health administration; enterprise; SUS; EBSERH.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
1.1 Problema de Pesquisa 15
2 OBJETIVOS 23
3 JUSTIFICATIVA 24
4 REFERENCIAL TEÓRICO 26
4.1 As possibilidades dentro das abordagens institucionais 27
4.2 Institucionalismo sociológico e as organizações 33
4.3 Institucionalismo histórico como perspectiva teórica complementar para analisar uma organização da área de saúde 39
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 44
5.1 Local da pesquisa 45
5.2 Fonte de dados 45
5.3 Princípios Éticos 45
5.4 Procedimentos para coleta de dados 46
5.5 Critério para seleção dos entrevistados 46
5.6 Análise dos dados 47
6 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 49
6.1 Saúde Pública e hospitais universitários: a década de 1980 e a ascensão da lógica neoliberal 56
6.2 A gestão de um Hospital Universitário: SUS e EBSERH 61
6.3 As Percepções dos Gestores em Relação à Saúde Pública 65
6.4 Percepções dos gestores em relação à organização hospitalar e os hospitais universitários 73
6.5 As Percepções em Relação à Gestão em Saúde 79
7 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG E A PROBLEMÁTICA EM TORNO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA 83
7.1 Dificuldades nas relações de trabalho e a solução apontada 89
7.2 Integralidade da Atenção à Saúde: um desafio para o poder institucionalizado em torno das categorias profissionais 92
7.3 As possibilidades de promover a Participação Social 96
7.4 As percepções em relação aos usuários do sistema de saúde 98
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 105
8.1 Limitações e sugestões para futuras pesquisas 108
REFERÊNCIAS 110

APÊNDICE 118

1 INTRODUÇÃO

A partir do processo de redemocratização do país e da Constituição Federal de 1988, instaura-se a principal institucionalidade nas políticas de saúde no país: o Sistema Único de Saúde. Embasado em princípios de universalidade e em uma concepção de saúde enquanto "direito de todos e dever do Estado" (MENICUCCI, 2014), o processo de institucionalização do SUS ocorre concomitantemente a um padrão anterior já existente na área de saúde. Desde a década de 1930 a área de saúde se estruturou baseada em uma lógica vinculada à inserção no mercado de trabalho, o que conformou uma trajetória institucional que privilegiou a prestação privada de serviços de saúde, reforçada ao longo dos governos militares (HOCHMAN, 2012; MENICUCCI, 2010). Cada um desses segmentos traz visões diferentes sobre como a saúde deve ser vista e administrada, estruturando o que a literatura tem definido como "formato institucional dual" da assistência à saúde (MENICUCCI, 2014). Observa-se assim que a área de saúde pública no Brasil é marcada por tensões e disputas entre os segmentos público e privado.

A representação do segmento público se desenvolveu a partir dos movimentos pela redemocratização no campo da saúde. No final da década, de 1970 surgiu o que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, nascido através da articulação de movimentos de militância na área de saúde pública articulados com a sociedade civil. Tendo como norte o lema "saúde e democracia" e defendendo uma ideia de saúde como um direito de cidadania e de responsabilidade do Estado, este movimento atuou no sentido de transformar a lógica da saúde pública no país. Orientava-se por uma visão de assistência à saúde trazendo implícitas as ideias de igualdade e universalidade, articuladas a concepções de administração democrática e com participação social. O contexto social deveria ser levado em consideração e a população deveria ser ouvida e considerada não apenas na prestação dos serviços, mas também participando e fiscalizando as políticas públicas (PAIM, 2008).

Na vertente privada, por outro lado, concebia-se a saúde como um bem oferecido e adquirido em um mercado. Esta lógica se estruturou já na configuração do sistema de saúde brasileiro no governo de Getúlio Vargas, quando a assistência médica governamental foi concebida como um benefício vinculado ao contrato formal no mercado de trabalho (HOCHMAN, 2012). Ao invés de uma prestação pública a qual teria direito toda a população, tratava-se de uma obrigação contratual das empresas com seus funcionários.

Estruturavam-se assim ideias e práticas empresariais que seriam consolidadas ao longo dos governos militares, que privilegiaram a compra de serviços na rede privada, que assim se desenvolveu independentemente do setor público (BRAGA; PAULA, 1981). Esta lógica de orientação privada e empresarial, já consolidada, ganharia ainda mais força com o advento do ideário neoliberal e suas concepções de gestão pública.

É possível, a partir das elaborações de Paula (2005), articular essa dualidade entre as concepções privada e pública de saúde no Brasil com uma agenda de pesquisa na área da administração pública que coloca em contraposição diferentes formas de administrar e distintos modelos de gestão pública (PAULA, 2005). Para a autora, trata-se fundamentalmente de um cotejo entre dois modelos de gestão pública no caso brasileiro. O primeiro modelo diz respeito a uma concepção de administração pública gerencial, baseada em uma cultura de empreendedorismo e orientada por uma lógica de mercado. Nesse modelo, a gestão deve ser realizada por profissionais da área de administração que incorporem da gestão empresarial ideias, técnicas e ferramentas (PAULA, 2005). Essa visão sobre a gestão pública tende a equiparar a ação pública ao mesmo plano das organizações empresariais entidades privadas, correspondendo ao que Dardot e Laval (2016) definiram como Estado-empresa. Ganha força nesse contexto, dentre outros elementos, a concorrência como um instrumento eficiente para melhorar a ação pública.

Já o segundo modelo refere-se a uma administração pública "societal", baseada em concepções de gestão democrática e participativa, onde o envolvimento da sociedade tem papel central (PAULA, 2005). Nesse modelo, em contraposição a uma ideia de mercado e indivíduos atomizados perseguindo seus interesses, subjaz uma visão de esfera pública que se configura como espaço de construção coletiva dos interesses societais e possibilidade de emancipação cidadã, conformando assim uma "gestão voltada para o social" (FRANÇA-FILHO, 2008). Assim, no lugar de um governo voltado ao cliente prevalece uma noção de participação dos cidadãos no governo. De acordo com essa perspectiva, trata-se de minimizar as lógicas instrumentais e técnicas, com sua ênfase nos resultados, privilegiando a ênfase nos processos, com uma visão mais social, política e cultural agregada à concepção geral sobre o que deve ser a administração pública (TENÓRIO; ROSEMBERG, 1997). Na área da saúde essa concepção vai ao encontro dos princípios do SUS, tendo sido desenvolvidos métodos específicos de gestão participativa que gradativamente foram sendo disseminados (CAMPOS, 1997, 1998; 2000).

Com base nas considerações apresentadas originou-se um questionamento relativo às formas através das quais as dimensões institucionais afetam e influenciam os agentes sociais envolvidos direta e cotidianamente com a gestão pública na área de saúde. Entretanto, ao invés de olhar para a gestão das políticas de saúde, optou-se pela análise do cotidiano da gestão a partir do estudo de caso em um hospital universitário federal.

A escolha por um hospital universitário, ou "hospital escola" se deu pelas características desse tipo de organização no contexto da área de saúde. Hospitais universitários podem ser considerados elementos fundamentais no sistema de saúde brasileiro, por atuarem na implementação das políticas públicas (SUS), mas também, e tão importante quanto, formarem os quadros técnicos e disseminarem um conjunto de ideias e concepções que tenderão a ser reproduzidas no sistema de saúde brasileiro. Desse modo, por um lado os hospitais escola estão ligados ao campo da educação, pelo fato de estarem diretamente relacionados ao processo de ensino ali representado, um ensino que está ligado à área da saúde, na formação de indivíduos que tenderão a reproduzir na sua vida profissional muitas das práticas que ali vivenciaram. Por outro, eles impactam diretamente no campo da saúde pública, uma vez que estão vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Apesar de sua importância social, o estudo de Mendonça de Araújo e Leta (2014) mostrou que os HU's no Brasil ainda têm sido pouco estudados empiricamente, sendo essa uma lacuna nos estudos brasileiros.

Nesse sentido, esta dissertação busca trazer a discussão mais ampla do campo da saúde e das concepções e formas de administrar para o âmbito dos hospitais universitários federais. **Enfatizando as tensões e dinâmicas entre concepções institucionalizadas que se orientam por lógicas distintas, o tema central da pesquisa diz respeito à relação entre as ações dos gestores envolvidos na administração de um hospital universitário e as concepções de gestão em saúde no Brasil.** É importante que se leve em conta que os hospitais são organizações anteriores à consolidação do SUS, o que pressupõe práticas já institucionalizadas e que tenderão a ser reproduzidas nessas organizações. Ademais, poderá haver a consolidação de ideias e práticas ainda pouco exploradas por pesquisas anteriores. Assim, essa pesquisa parte de concepções institucionalizadas presentes na área da saúde como parâmetro para análise e investigação, mas não se limita a olhar apenas para elas.

Para tanto, realizou-se um estudo de caso no Hospital Universitário Prof. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU-FURG), localizado na cidade de Rio Grande e vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG). O hospital foi fundado em 1966, com a

finalidade de complementar a formação de discentes da área da saúde. Em 1986, foi vinculado à Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande (FAHERG), que tinha por finalidade gerir recursos e possibilitar a contratação de funcionários. Em 2010, o HU realizou pactuação com o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais. E em 2015, a FURG efetivou a adesão da Universidade à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública responsável pela administração dos hospitais universitário federais (EBSERH, 2017).

Como abordagem teórica são mobilizadas perspectivas que dão ênfase ao papel das instituições e suas influências sobre a agência humana. Parte-se do pressuposto teórico de que a ação humana é influenciada por fatores de ordem social capazes não apenas de orientar escolhas, mas mesmo de moldar a maneira como as pessoas pensam e concebem o mundo à sua volta. Além disso, considera-se que processos políticos e sociais ao longo do tempo tendem a configurar práticas, ideias e concepções que deixam legados institucionais e estabelecem dependências de trajetória, e assim determinadas possibilidades são favorecidas, enquanto outras são limitadas. (MENICUCCI, 2003). O conceito de instituição adotado nesse trabalho segue a abordagem de Durkheim (2007), na qual instituições são maneiras de agir, de pensar e de sentir, exteriores aos indivíduos e que se impõe a eles, principalmente, via educação.

Como se pretende olhar para a questão das instituições e sua relação com a ação dos agentes, se realizou uma busca pelas diferentes possibilidades teóricas para enfocar este fenômeno, especialmente a trajetória dos estudos em organizações, que adotam majoritariamente a vertente institucional sociológica (SILVA et al*,* 2010; VIEIRA e MISOCZY, 2000). Dentro da área da administração, o trabalho de Justen et al (2012) aponta para a possibilidade e quiçá a necessidade, dentro dos estudos organizacionais, de realizar aproximações entre as diferentes vertentes do institucionalismo. Por esse motivo, além da abordagem da teoria institucional utilizada no campo dos estudos organizacionais, utilizou-se também a perspectiva do institucionalismo histórico, que enfatiza a dimensão histórica e temporal na qual os eventos são desencadeados e, também, considera as assimetrias de poder (HALL e TAYLOR, 2003; HALL, 2016).

A abordagem do institucionalismo histórico tem sido amplamente utilizada para as pesquisas do campo da saúde no Brasil e no exterior, explorando a influência das instituições sobre os processos de tomada de decisão tanto em nível de governos quanto a

nível organizacional (HOCHMAN, 2013; MENICUCCI, 2003; 2014; IMMERGUT, 1998; CÔRTES, 2009). Essa abordagem leva em consideração não apenas a dimensão estrutural, mas também a da agência e dos conflitos de interesses e de ideias (HALL; TAYLOR, 2003). Permite assim examinar em profundidade os mecanismos que estruturam a forma de funcionamento da área de saúde, suas regras formais e informais, as concepções predominantes, bem como as visões de mundo e percepções dos atores sociais que dela participam. Assim, esta pesquisa se vale das contribuições da abordagem neoinstitucional em sua vertente histórica, utilizando-as para analisar como essas instituições construídas historicamente influenciam nas ações dos agentes sociais.

A problemática de pesquisa, assim, foi construída com base na consideração sobre a influência das instituições na ação dos atores no campo da saúde, especificamente no caso de um hospital universitário. Tomando como base o conjunto de considerações elencados acima, o problema de pesquisa é desenvolvido na seção a seguir.

1.1 Problema de Pesquisa

Um dos principais pontos de partida para o desenvolvimento da problemática de pesquisa diz respeito ao formato institucional dual da área de saúde (MENICUCCI, 2014), e como essa configuração impacta na gestão de um hospital universitário. Em meados da década de 1930 ocorreu o início da assistência médica individual no Brasil como política pública, aliada ao processo de montagem da Previdência Social. No entanto, esse fato não implicou no aumento da infraestrutura pública de serviços de saúde. Pelo contrário, a assistência de saúde foi ampliada mediante a compra de serviços médicos e hospitalares privados e também pelo financiamento a juros baixos para a construção de hospitais privados. Assim, a intervenção estatal pode ser considerada a responsável pela ampliação da capacidade da rede privada e pela estagnação da rede pública. Essa situação estabeleceria uma relação de dependência do setor público para com o privado (MENICUCCI, 2014). Percebe-se aqui que há um elo entre a forma com que o segmento privado de saúde se estabeleceu e um modelo de atenção à saúde que é centrado na figura do profissional da medicina (médico-centrado e com foco na cura da doença, em detrimento da promoção e prevenção da saúde). Este modelo se institucionalizou ao longo do tempo,

estruturando o que Paim (2008) define como modelo hospitalocêntrico, isto é, centrado na organização hospitalar e suas especialidades.

Anterior à centralidade do hospital como local de tratamento de doentes, esses eram tratados em suas residências, a clínica médica era realizada no domicílio do doente. Até meados do século XVIII, essa prática foi mantida mesmo com a criação dos hospitais, pois esses se constituíam mais como local de prática da caridade e exclusão do que propriamente de tratamento e cuidado. Era para onde se encaminhavam leprosos, loucos e mendigos, aqueles dos quais a comunidade gostaria de manter distância; mantendo-os, de alguma forma, separados dos demais membros da sociedade (ORNELLAS, 1998).

Foucault (2011; 1984) contestava a tese de que o hospital tivesse uma função terapêutica na sua origem e acrescentava que o cuidado dos doentes ocorria de forma paralela: uma no domicílio, como prática médica; e outra nos hospitais, onde se administrava a pobreza e as anomalias humanas, através de acolhida e disciplina. O hospital foi identificado por esse autor como prisão, que excluía os indesejados da sociedade, aqueles sem capacidade para a produção ou que ofereciam risco de transmitir doenças. Catão (2011) afirma que, em meados do século XVIII, o hospital praticamente não se colocava como um local das práticas médicas, mas de leigos que mediante caridade buscavam a salvação eterna.

Três circunstâncias modificaram a visibilidade e realidade dos hospitais: o modo de produção capitalista, a relação entre doença e incapacidade para o trabalho e o surgimento do hospital como cenário de concentração da mais alta tecnologia para tratamento de morbidades. A apreensão das práticas de cuidar pelo modo de produção capitalista resultou em transformação dos hospitais, os quais passaram a ser instrumento de trabalho e espaço produtivo, não só de tratamento, mas de valores. E assim, o hospital se instala e consolida como campo da prática médica e local para tratamento de doenças (ORNELLAS, 1998). A transformação dos hospitais, para uma configuração mais próxima da que conhecemos hoje, ocorre com os hospitais militares e marítimos (FOUCAULT, 1984).

> Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. Examine-se o exemplo do exército. Até a segunda metade do século XVII, não havia dificuldade em recrutar soldados– bastava ter dinheiro. Encontravam-se, em toda a Europa, desempregados, vagabundos, miseráveis disponíveis para entrar no exército de qualquer nacionalidade ou religião. Ora, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se muito mais técnico, sutil e custoso. Para se aprender a manejar o fuzil será preciso

> exercício, manobra, adestramento. É assim que o preço de um soldado ultrapassará o preço de uma simples mão-de-obra e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países. Quando se formou um soldado não se pode deixá-lo morrer. Se ele morrer deve ser em plena forma, como soldado, na batalha, e não de doença [...]. A partir dessa mutação técnica do exército, o hospital militar tornou-se um problema técnico e militar importante.1º) Era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem [...]. 2º) Era preciso curá-los, evitando que morressem de doença. 3º)Era preciso evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem na cama etc. Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadrinhamento do poder no espaço do hospital militar. O mesmo acontece com o hospital marítimo (FOUCAULT, 1984, p. 104).

Os hospitais foram então ocupados pela categoria médica, baseando seus conhecimentos na ciência moderna e na clínica. O alto investimento e concentração tecnológica nos hospitais, juntamente com a emergência do capitalismo, acaba por transformar esse local numa organização prestadora de serviços e esses em produtos. Ou seja, a saúde passou a ser transformada em mercadoria passível de comercialização. Constitui-se uma articulação entre o trabalho médico, seus produtos e forma de consumir (ORNELLAS, 1998).

O investimento de capital nos hospitais tornou necessária a geração de serviços, produtos e valores. Sendo assim, não haveria espaço para os doentes crônicos, visto que não proporcionam retorno do capital investido. Cada leito passa a representar um meio de produção, o qual o doente crônico imobiliza. O hospital se consolida como local onde o trabalho realiza um capital, sendo necessário, para a sua reprodução, uma organização dinâmica e produtiva. A clínica médica se organiza dentro do hospital para produzir serviços, produto e lucro. Os serviços médicos tornaram-se produtos e adquiriram valor de mercado. Nesse novo espaço não cabe aquilo que não dá lucro (ORNELLAS, 1998).

A institucionalização de um modelo de saúde centrado no hospital estruturou um campo de ação que possibilitou amplos poderes de intervenção à categoria profissional médica. A formação médica, nos hospitais escola, se dá no âmbito desse conjunto de práticas e concepções já consolidadas, que dizem respeito ao papel central do médico na prestação de serviços de saúde, e com pouca ênfase à dimensão social e coletiva da prestação de saúde (PAIM, 2008).

Já na década de 1980, diante da reforma sanitária e demais embates, a construção da saúde como direito de todos e dever do Estado surge no Brasil e se defronta com um arcabouço institucionalizado na prestação de serviços privados de saúde (MENICUCCI, 2014). Ainda assim, o SUS se consolida como um sistema de saúde que garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da

saúde (PAIM, 2009). E embora tenham sido estabelecidas e ampliadas as ações na atenção primária[1], no nível hospitalar a mudança torna-se mais complexa. Trata-se de uma organização anterior ao SUS e com práticas já institucionalizadas. O processo de institucionalização do modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, teve uma dimensão político-operacional que representou desafios ao modelo institucionalizado anteriormente e à sua reprodução em serviços ambulatoriais, de apoio diagnóstico e, principalmente, hospitalares (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Dentro desse contexto, também se situam os hospitais universitários, organizações que se desenvolveram vinculadas às escolas de medicina. As escolas médicas no Brasil foram criadas em 1808, com a chegada da família real no Brasil. E até 1892, quando foi formalizada a associação entre os hospitais e as escolas de medicina, essas duas organizações conviviam cada qual com seus objetivos e funções próprias. Nessa data, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a utilizar os leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia para a formação dos seus alunos (MENDONÇA DE ARAÚJO; LETA, 2014).

> O primeiro hospital-escola próprio que se tem registro no Brasil foi o Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Construído a partir de um convênio entre a Escola de Medicina de Belo Horizonte e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1928 e oficialmente doado à Escola de Medicina em 1931. A junção desse hospital com o Hospital São Geraldo e o Instituto Radium, ambos vinculados à Faculdade de Medicina, deu origem, em 1955, ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina (MENDONÇA DE ARAÚJO; LETA, 2014, p. 1266).

A gestão dos hospitais universitários, ainda que vinculada às universidades, recebeu historicamente a atuação de fundações ligadas às universidades (NOGUEIRA, 2010). Essas fundações teriam sido criadas, a partir dos anos 1970, dentre outros motivos, para

[1]O sistema de saúde brasileiro estrutura-se em três níveis. O primeiro corresponde à baixa complexidade ou atenção primária. Neste nível encontram-se as ações e programas voltados à prevenção, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que recentemente foi configurado para Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atenção básica, assim, constitui-se como "o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, mas emprega tecnologia de baixa densidade" (BRASIL, 2007, pág. 16). A ideia de "baixa densidade", nesse contexto, diz respeito a procedimentos que empregam menos tecnologia e representam um menor gasto público para atender um maior número de cidadãos. No nível seguinte a atenção secundária, ou média complexidade, encontram-se hospitais regionais, ou em municípios referência, que prestam serviços onde a assistência, na prática da clínica, demande "a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento". Finalmente o nível terciário, ou alta complexidade diz respeito a um "Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo" (BRASIL, 2007). Trata-se do nível onde há o maior dispêndio de recursos, uma vez que os tratamentos são os mais complexos e caros, como transplantes, cirurgias e outras intervenções.

possibilitar uma maior autonomia administrativa e de gestão financeira. Ressalta-se que essas fundações são fiscalizadas pelo Ministério Público, que pode vir a extingui-las caso julgue ilícito seu objeto (SGUISSARDI, 2002). Então, a administração dos hospitais universitários se desenvolveu em uma lógica de organizações sociais privadas de interesse público, um modelo que foi reforçado ao longo da reforma gerencial do Estado na década de 1990. Destaca-se que nesse período o Estado passou a ser influenciado por concepções neoliberais e privatistas para a gestão pública (exemplo do Novo Gerencialismo Público – *New Public Management*). Ainda assim, mantinha-se a autonomia das universidades sobre os hospitais universitários a elas vinculados, mediante contrato com as fundações de apoio (MÉDICI, 2001; SODRÉ et al, 2013).

As fundações permitiram a realização de uma gestão flexível nos hospitais universitários, principalmente no que concerne aos recursos humanos. Dada a carência de pessoal para trabalhar nos hospitais universitários, essas fundações realizaram contratações de funcionários celetistas ou temporários para exercerem atividades tanto assistenciais quanto administrativas. A partir de meados dos anos 2000 essa situação desencadeou ações por parte do Ministério Público que enxergou irregularidade na mediação exercida por entidade privada nos contratos de força de trabalho com o poder público (NOGUEIRA, 2010).

Em 2006 se intensificam as ações do Ministério Público e ganha força o discurso sobre a crise nas fundações que geriam estes hospitais. Paradoxalmente, emerge um tipo específico de "solução" para a crise, e este reside na adoção de um modelo empresarial e sua implementação na gestão pública. A gestão passa a ser centralizada e realizada por uma empresa pública com sede em Brasília, a qual seria a responsável pela administração de todos os hospitais universitários do Brasil (MÉDICI, 2001; SODRÉ et al, 2013).

A partir de meados dos anos 2000, até o ano de 2009 vários documentos oficiais emitidos pelo Tribunal de Contas da União (TCU) passaram a identificar um conjunto de problemas de gestão nos hospitais universitários federais. Contudo, as soluções apresentadas nesses acórdãos iam na direção de princípios próprios da administração pública, não se observando menções a soluções empresariais (BRASIL, 2006; 2008; 2009). A partir do ano de 2009 observou-se uma mudança na orientação geral dos acórdãos emitidos pelo TCU. Surgem, no âmbito das soluções apresentadas, elementos voltados à lógica da gestão empresarial. Apresenta-se a necessidade urgente de constituição de uma nova arquitetura gerencial para o sistema. Dentro desse modelo, termos como "metas",

"indicadores", "responsabilidade por resultados", "parâmetros de produtividade", "benchmarking" surgem como balizadores para o que seria concebido como "boas práticas" que deveriam ser inseridas na gestão pública (OLIVEIRA, 2014).

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se coloca justamente como uma solução para essa "crise". Seguindo tal lógica, os "problemas de gestão" ou a "crise de gestão" nos hospitais universitários são questões relacionadas a gerenciamento deficiente, ineficaz e incompetente. Ou seja, algo relacionado a características intrínsecas a um tipo específico de gestão: a gestão pública. Com isso não se quer dizer que não houvesse problemas de gestão nos hospitais. Entretanto, a discussão que se faz diz respeito à forma como se mobilizou essa ideia de crise no sentido de uma estratégia política que desencadeou a implementação de uma solução empresarial para a gestão da organização encarregada da formação dos agentes que estarão "na ponta" da prestação dos serviços de saúde pública no Brasil.

Observa-se, portanto, um conjunto de concepções institucionalizadas na área de saúde que se baseiam em uma visão de mundo onde a dimensão privada se sobrepõe à dimensão coletiva ou pública. Trata-se de um processo complexo, que se consolidou ao longo de muito tempo, desde a formação da área de saúde no Brasil no início do século XX, ganhando ainda mais força neste início de século XXI. Estas concepções e práticas institucionalizadas constroem sua legitimidade não apenas na esfera mais ampla das grandes disputas políticas entre atores que defendem pontos de vista distintos sobre o que é saúde.

Esta legitimidade também é construída e reforçada no cotidiano de um hospital universitário, nas práticas de gestão do dia a dia, nas escolhas e práticas levadas a cabo pelos agentes que fazem a gestão. Na configuração híbrida entre público e privado, é necessário destacar um aspecto central que diz respeito ao contexto da gestão hospitalar. Hospitais se diferenciam de outras organizações, uma vez que a tomada de decisões não se limita à autoridade administrativa, mas é compartilhada, e muitas vezes disputada, com um forte poder técnico-profissional, o poder médico.

A ideia de um poder centralizado na figura do profissional é caracterizada por Mintzberg (2003) como burocracia profissional, o que inclui hospitais e universidades. São organizações que desempenham atividades complexas, controladas pelos seus executores. Entre os profissionais a coordenação se dá com a padronização de habilidades e conhecimento, de acordo com aquilo que aprenderam a esperar de seus colegas. Dentro

das organizações, esses profissionais controlam a execução do seu próprio trabalho, mas, no que diz respeito às decisões administrativas que os afetam, buscam um controle coletivo. Dessa forma, se constitui uma estrutura administrativa democrática que depende, para a coordenação, do ajustamento mútuo.

Emergem, nesse tipo de organização, hierarquias administrativas paralelas, onde coexistem dois padrões hierárquicos independentes. Um deles é determinado por uma hierarquia profissional com poder atribuído àqueles que detêm a expertise profissional (habilidade e conhecimento) e estão situados no núcleo operacional. No caso dos hospitais o poder é exercido de baixo para cima, fortemente relacionado à figura do médico, profissional localizado na base da estrutura. O outro padrão é representado pela assessoria de apoio, com hierarquia mecanizada e poder exercido de cima para baixo, estando no topo frequentemente a figura do administrador profissional (MINTZBERG, 2003).

A existência de hierarquias paralelas na burocracia profissional, no caso um hospital, se assemelha a realidade que configura Carapinheiro (1998), com a existência de uma "dualidade de poder". A autora afirma, em sua análise dos poderes no hospital, que há uma polarização entre médicos e administradores que faz com que os demais agentes, como profissionais de outras áreas, trabalhadores não profissionalizados, usuários dos serviços hospitalares e mesmo a comunidade na qual o hospital se insere, não sejam ouvidos nos processos de tomada de decisão internos. O que é importante destacar com base nesse contexto, é que ambas as áreas de formação (medicina e administração) são fortemente influenciadas por uma lógica privatista, orientada por uma visão de mercado (CAMPOS, 1999; CAMPOS; RIZZOTTO, 2016).

Uma vez que os dois campos mais poderosos da área de gestão dos hospitais (CARAPINHEIRO, 1998) estruturam-se com base em uma lógica privada, empresarial e voltada para o mercado, pode-se inferir que se institucionalizam práticas baseadas na gestão privada. E tal orientação vai de encontro aos princípios normatizadores do sistema de saúde brasileiro, quais sejam, saúde como direito de cidadania, dimensão pública do acesso à saúde e participação da sociedade na gestão e implementação das políticas públicas.

Essa construção de uma ideia de saúde como direito de cidadania, operando de acordo com uma lógica pública sob responsabilidade do Estado, ocorre no âmbito de um processo de institucionalização muito mais recente, que ainda não completou três décadas se for considerado o marco da Constituição Federal de 1988, ou ainda, os documentos

estruturadores do SUS, a Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990. De que maneira esses temas se relacionam com as mudanças no modelo de gestão dos hospitais universitários, e de que forma isso impacta nas ações, escolhas e mesmo na percepção dos agentes envolvidos na gestão, constituiu a problemática central dessa pesquisa.

Tomando como base o conjunto de questões discutido até aqui e considerando a existência de concepções institucionalizadas sobre gestão em saúde construídas historicamente no Brasil, se questionou sobre como ocorre a relação dessas com os agentes, no sentido de compreender de que forma os administradores concebem a gestão em saúde. Delimitando o caso específico de um hospital onde se podem encontrar dados que subsidiem a análise e investigação sobre a temática geral, formulou-se um problema de pesquisa que pode ser sintetizado na seguinte pergunta de pesquisa: **como as percepções dos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande se relacionam com as concepções de gestão institucionalizadas historicamente da área de saúde no Brasil?**

2 OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é **compreender de que forma as percepções dos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande se relacionam com as concepções de gestão institucionalizadas historicamente na área de saúde no Brasil.**

Com a finalidade de atender a esse objetivo, elencaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Realizar um resgate histórico da área de saúde no Brasil sob a perspectiva da gestão em saúde;
- Descrever as concepções de gestão institucionalizadas historicamente na área de saúde no Brasil e nos Hospitais Universitários;
- Investigar as percepções dos gestores em relação à gestão na área de saúde e no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande;
- Analisar as concepções de gestão institucionalizadas na área de saúde que são expressas pelos gestores.

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa discutiu a relação entre as instituições (processo institucionalizado ou em vias de) e a gestão em saúde. O trabalho de Menicucci (2003) aborda a configuração institucional híbrida do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o embate que há entre os segmentos público e privado na prestação de serviços de saúde. Cada qual, com suas propostas e formas de administrar; o que traz reflexos para a gestão em saúde. Esses reflexos estão ligados à articulação desses segmentos para a prestação de serviços de saúde, convivendo organizações públicas e privadas. E dessa convivência surgem comparações e mimetismos, fazendo com que muitas vezes a gestão pública de saúde absorva da privada seus modos de funcionamento (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004; CAMPOS, 2007).

Entre as contribuições teóricas para a área da Administração, está o fato de analisar a gestão em saúde a partir da teoria das organizações e da abordagem institucional, o que irá colaborar para a discussão dessas teorias dentro do contexto da gestão em saúde. Nesse sentido aponta-se para o fato de que trazer essa discussão, muitas vezes relegada a área da saúde, para a administração é de suma importância. Trata-se de uma área com trajetória e modos de funcionamento muito complexa, e que, além disso, possui a proposta de um sistema de gestão que foge ao modelo hegemônico (privado/gerencial/empresarial) – o SUS. Esse sistema possui uma trajetória, lutas e formas de organizar que foram construídas coletivamente e podem representar subsídios para a teoria das organizações. E na própria área de saúde, a utilização de teorias da administração pode trazer avanços para seu processo de organizar. Ademais, essa pesquisa poderá contribuir para os estudos sobre empresarização, pois, ainda que indiretamente, serão discutidas as implicações da generalização da forma empresa.

No que confere as contribuições práticas dois aspectos são relevantes. O primeiro aspecto diz respeito à análise e reflexão no campo da Administração Pública sobre as concepções de gestão que impactam nas mais diversas áreas de política pública, especialmente na área de saúde. Além de sua importância no âmbito mais geral das políticas sociais, a área de saúde é marcada por disputas de interesses, ideias e visões distintas sobre gestão. Na medida em que analisa os processos que consolidam as dinâmicas de gestão no campo da saúde, busca-se contribuir também para o aprimoramento da própria gestão pública. O segundo aspecto diz respeito ao papel dos hospitais

universitários no contexto mais amplo da área de saúde no Brasil. Essas organizações são essenciais na assistência à saúde pública no Brasil. Isso porque atuam em um nível de alta tecnologia e realizam importantes procedimentos para o atendimento de saúde da população. Além disso, suas práticas tenderão a se disseminar nas demais organizações do sistema de saúde, devido a sua dimensão de hospital universitário, ou seja, organização que participa da formação dos profissionais da área de saúde. Outro ponto, é que por estarem vinculadas às universidades e também ao SUS, essas organizações seriam praticamente as únicas capazes de pensar outras formas de organização para os hospitais públicos.

Outro aspecto de relevância diz respeito à originalidade do trabalho dentro dos estudos organizacionais, por vincular instituições e a gestão em saúde dentro de um hospital. Ademais, são escassos os trabalhos dentro da área que realizam a discussão sobre a gestão em saúde, o que inclui uma ausência de trabalhos abordando essa temática no IV Encontro Brasileiro de Estudos Organizacionais no ano de 2016. Outro aspecto relativo à originalidade diz respeito aos estudos que utilizam a abordagem institucional, a conexão entre o institucionalismo histórico e os estudos organizacionais pode trazer avanços, do ponto de vista teórico-analítico.

É possível perceber, tanto com base em bibliografias quanto na trajetória da autora, que a área de saúde é impactada por duas grandes formas de conceber e administrar a saúde, o que fez surgir a procurar por um tema e problema de pesquisa que respondessem uma lacuna nas pesquisas, mas também as inquietações da autora do trabalho[2].

[2]A ligação da autora desta dissertação com a temática de pesquisa está relacionada à dupla formação em nível de graduação, a primeira em Enfermagem e a segunda em Administração, ambas na Universidade Federal de Pelotas. Já durante a graduação em enfermagem, aspectos relacionados à administração chamavam atenção, tanto no que confere à gestão do sistema de saúde público (concepção ampla da gestão) quanto à gestão das organizações de saúde. Essa atenção resultou na procura pela graduação em Administração, na qual, dentre outras inserções, atuou em pesquisas relacionadas à teoria da empresarização, a qual discute a disseminação da empresa nos mais diversos contextos. Durante essa trajetória, pode-se perceber vários elementos empresariais já dispostos na área de saúde, dentre os quais a implementação da EBSERH para administrar os hospitais universitários federais parece ser uma evidência. O trabalho de conclusão de curso em administração, apresentado em 2016, já permitiu analisar os documentos oficiais que fizeram parte da proposta e da implementação da EBSERH.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A área de saúde no Brasil, em seus primórdios nas primeiras décadas do século XX, se desenvolve com a ênfase na prestação privada, com o governo comprando serviços e ofertando-os à parcela da população integrada ao mercado formal de trabalho (HOCHMAN, 2013). Este fato deixa um legado histórico estruturado em torno da ideia de prestação privada baseada em uma lógica de mercado, em detrimento de uma concepção de saúde pública.

Este legado histórico, por sua vez, afetou todo o conjunto do campo da saúde, desde a gestão das políticas de saúde até as organizações hospitalares (inclusive aquelas que atuavam como espaço de formação dos profissionais da área, como os hospitais universitários), onde uma lógica "hospitalocêntrica"[3], centrada no indivíduo e na doença, se articularia ao ideário de prestação privada de serviços de saúde (POSSA, 2013). Esta lógica somente seria desafiada no final do século XX, uma vez que é ao longo da década de 1990, em contexto extremamente adverso, que terá início o processo de institucionalização da ideia de saúde como direito de todos e dever do Estado, articulado a uma concepção de prestação de serviços e também de gestão que iria de encontro à lógica já institucionalizada no campo da saúde.

A abordagem teórica e analítica aqui utilizada partiu do pressuposto de que as características estruturais estabelecidas ao longo da história conformam os quadros de referência dentro dos quais os agentes sociais constroem suas preferências, fazem escolhas e tomam decisões. O referencial teórico, assim, leva em consideração o papel das instituições, buscando conectar a dimensão histórica com uma dimensão sociológica e voltada para as organizações, constituindo uma lente que possibilite a análise da problemática de pesquisa.

Este capítulo foi estruturado em três partes. A primeira diz respeito às instituições, seu papel e as diferentes possibilidades teóricas de se olhar para essas instituições. A segunda parte aborda a questão das instituições e organizações. Evidencia-se a trajetória de pesquisas e possibilidades teóricas dentro do institucionalismo sociológico, apontando suas possibilidades e limitações. Na terceira seção é realizada uma discussão sobre o

[3] Conforme apontam Gottens et al (2009, pág. 1409) em relação à efetivação do SUS: "Destacam-se como obstáculos à concretização da política pública a instabilidade do financiamento, a hegemonia do modelo hospitalocêntrico em detrimento da atenção primária [...] bem como o predomínio do setor privado na prestação de serviços de média e alta complexidade".

institucionalismo histórico como possibilidade de olhar para essas instituições que se consolidaram ao longo da história como macro instituições, mas que exercem influência sobre as pessoas e, consequentemente, sobre as organizações.

A complexidade inerente aos fenômenos que são objetos dos estudos organizacionais demanda abordagens com potencial explicativo cada vez maior (VIEIRA; MISOCZKY, 2003). Os hospitais universitários são organizações complexas que articulam assistência em saúde e formação profissional. Além disso, são organizações públicas que implementam políticas públicas, ficando sua capacidade decisória e de mudança organizacional muitas vezes a cargo ou submetida a uma ordem governamental. Por esse motivo, procurou-se por abordagens teóricas complementares, as quais permitissem compreender as influências que os agentes (gestores do hospital universitário) sofrem tanto de um processo amplo que ocorre na área de saúde do Brasil quanto da organização em que estão inseridos; e, também, que possibilitassem o reconhecimento da atuação desses agentes nos processos de institucionalização.

4.1 As possibilidades dentro das abordagens institucionais

A temática das instituições e sua influência sobre as escolhas e ações dos indivíduos tem longa tradição nas Ciências Sociais. Na medida em que os mais diversos campos de conhecimento sobre o mundo social foram se estruturando, também se desenvolveu uma variedade de abordagens e perspectivas que buscaram analisar o papel exercido por ideias, percepções estabelecidas, normas e práticas consolidadas, dentre outros fatores estruturais sobre os agentes sociais e suas escolhas. Desde a contribuição dos clássicos das ciências sociais que se considera que ação humana não ocorre no vácuo, mas é constrangida por fatores de ordem social, capazes não apenas de orientar escolhas, mas mesmo de moldar a maneira como as pessoas pensam e concebem o mundo à sua volta (DURKHEIM, 2007; FAUCONNET; MAUSS, 1999). Essa tradição remonta para as obras de Durkheim e Weber (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

Para Durkheim (2007), fatos sociais contribuem para constituir as instituições. O autor define fato social como maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores aos indivíduos, que se impõe a eles e são transmitidas, principalmente, pela educação; sendo que a educação tem por objeto produzir o ser social, o qual é constituído na história. A

definição de instituição desenvolvida na obra de Fauconnet e Mauss (1999) se articula com a abordagem de Durkheim (2007); e evidencia o fato de que as instituições não são imóveis, nem estáticas, elas se transformam no decorrer da história, como fenômenos sócias. As instituições não são fenômenos abstratos, elas surgem e se modificam no decorrer da história, como construções sociais.

> O que é uma instituição senão um conjunto de atos ou ideias instituídas que os indivíduos encontram pela frente e que de uma maneira ou de outra são impostas a eles? [...] Entendemos, assim, por instituição tanto os usos como os costumes, os preconceitos como as superstições, as constituições políticas como os organismos jurídicos essenciais; já que todos esses fenômenos têm a mesma natureza e apenas diferem em grau. [...] Mas, dir-se-á, a instituição é o passado; é, por definição, a coisa fixa, não a coisa viva. Produzem-se novidades a cada instante nas sociedades, desde as variações cotidianas da moda até as grandes revoluções políticas e morais. Mas todas estas mudanças são sempre, em graus diversos, modificações de instituições existentes. As revoluções jamais consistiram na brusca substituição integral de uma ordem estabelecida por uma ordem nova; nunca são e nem podem ser mais do que transformações mais ou menos rápidas, mais ou menos completas. Nada vem do nada: as instituições novas só podem ser feitas com as antigas, porquanto estas são as únicas que existem. E, por conseguinte, para que nossa definição abrace todo o definido, basta que não nos atenhamos a uma fórmula estritamente estática, que não restrinjamos a sociologia ao estudo da instituição suposta imóvel. Na realidade, a instituição assim concebida não passa de uma abstração. As verdadeiras instituições vivem, ou seja, mudam sem parar: as regras da ação não são entendidas nem aplicadas da mesma maneira em diferentes momentos, apesar que as fórmulas que a exprimem permanecerem literalmente iguais. São, portanto, as instituições vivas, tal como se formam, funcionam e se transformam em diferentes momentos, que constituem os fenômenos propriamente sociais, objeto da sociologia (FAUCONNET; MAUSS, 1999, p. 12-13).

Para Durkheim (2007), a maior parte das nossas ideias e tendências não é elaborada por nós, mas vem de fora. No entanto, o autor não exclui a personalidade individual (DURKHEIM, 2007). Diante dessa discussão, para esse trabalho, os pontos centrais do conceito de instituição dizem respeito ao fato de ser constituir a partir de um conjunto de maneiras de agir e de pensar, que são consagradas pela tradição, sendo que essa consagração vai se dar principalmente via educação (DURKHEIM, 2007). Considerando o papel reservado a educação nesse processo, os hospitais universitários são organizações que integram a formação profissional na área de saúde, logo, atuam na disseminação de práticas e, até mesmo, visões sobre o que é a saúde e o papel das organizações desse sistema.

Trazendo a discussão de Durkheim sobre o papel das tradições na consagração das instituições para o contexto desse estudo (área de saúde), pode-se discutir o papel das trajetórias históricas no sentido de sancionar concepções de gestão. Ou seja, de um ponto

de vista Durkheimiano, poder-se-ia afirmar que na área da saúde há uma trajetória histórica consolidada – uma tradição – dual, onde convivem concepções de gestão pública e privada. A escolha por um ou outro modelo de gestão tem a ver com a tradição (trajetória) e o que ela carrega. Por exemplo, a ideia de um modelo de gestão empresarial carrega toda uma aura de inovação, de modernização, de desenvolvimento, da lógica de eficiência pautada no alcance de resultados e de interesses mais particulares (privados). Já a trajetória do SUS o constituiu baseado em ideias relacionadas à solidariedade, interesses universais e eficiência com relação ao contexto[4].

Essa tradição tenderá com o tempo a ser vista como algo natural, o gestor pode olhar o mercado naturalmente como um meio eficiente. No entanto, a análise da construção dessa trajetória é um elemento necessário para a desnaturalização desse processo. Aqui se vai ao encontro da abordagem desenvolvida por Pierre Bourdieu (2010; BOURDIEU; WACQUANT, 2005). O autor desenvolve uma análise aprofundada que evidencia os processos através dos quais formas sociais se apresentam aos agentes sociais como naturais. E assim, "o mundo magicamente aparece como auto-evidente e sua composição é posta além do alcance do debate e da elaboração" (WACQUANT, 2002, p. 98).

O trabalho de Berger e Luckmann (1976), no qual abordam a institucionalização, ajuda a compreender alguns aspectos sobre as instituições e sua relação com esse trabalho. Para esses autores, "os homens em conjunto produzem um ambiente, com a totalidade de suas formações socioculturais e psicológicas" (p. 75). A ordem social é concebida como produto humano, "como produto da atividade humana" (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 76). Além disso, as instituições se originam através de uma história social compartilhada, pois elas

> têm sempre uma história, da qual são produto. É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. As instituições, também, pelo fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam em uma direção por oposição às muitas direções que seriam teoricamente possíveis (BERGER; LUCKMANN, p. 79-80).

Por ser histórica e tornar-se cada vez mais maciça no curso de sua transmissão, a realidade chega "à nova geração como tradição e não como memória biográfica [...] O significado original é inacessível a eles [indivíduos] em termos de memória" (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 88 – acréscimo da autora). Ou seja, "experimentam-se as

[4] A lógica de eficiência se coloca com relação à melhora das condições de saúde da população em geral.

instituições como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de fato exterior e coercitivo" (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 84).

Berger e Luckmann (1976) problematizam o uso da expressão "a lógica da instituição", pois enfatizam que "a lógica não reside nas instituições e em suas funções externas, mas na maneira em que estas são tratadas na reflexão que delas se ocupa", pois "a consciência reflexiva impõe a qualidade de lógica à ordem institucional" (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 91). Esta afirmação faz referência à agência dos indivíduos, suas escolhas e reflexões, pois são esses elementos que dão a lógica da instituição. Logo, se uma instituição possui valores e práticas que estão fortemente relacionados aos valores presentes no ordenamento social, então sua possibilidade de manutenção configura-se como mais promissora. Aqui, podemos fazer uma relação com o que Selznick (1971) vai argumentar sobre a sobrevivência da organização e sua relação com a sociedade.

> Do ponto de vista de sistemas sociais, e não de pessoas, as organizações tornam-se imbuídas de valor quando passam a simbolizar as aspirações da comunidade, o seu senso de identidade. [...] Algumas organizações desempenham esta função de forma mais completa e eficiente do que outras. Uma organização que realmente tenha este sentido simbólico pode exigir da comunidade que evite a sua liquidação ou transformação quando baseadas puramente em motivos técnicos ou econômicos (SELZNICK, 1971, p. 17).

A forma como se pensa e concebe a instituição é parte do acervo socialmente disponível do conhecimento, o qual é tomado como algo natural e certo. O conhecimento adquire um caráter central na dialética entre homem e sociedade. Através do conhecimento se apreende a realidade social objetivada e também se produz continuamente essa realidade. O conhecimento, que é transmitido à geração seguinte, é aprendido como realidade objetiva no curso da socialização e interioriza-se como realidade subjetiva. Assim, a relação entre o homem e o mundo social coloca-se como uma relação dialética. O homem (em coletividade) e o mundo social operam reciprocamente um sobre o outro, ao mesmo tempo em que conhecimento é um produto social, é também um fator na transformação da sociedade (BERGER; LUCKMANN, 1976).

Berger e Luckmann (1976) e Durkheim (2007), ainda que possuam abordagens distintas sobre instituições, fazem referência ao processo educacional para a transmissão dos significados. Assim, atores passam a tomar conhecimento dos símbolos e significados que giram em torno da instituição, os quais passam a ser transmitidos em virtude do reconhecimento desta como a "solução 'permanente' de um problema 'permanente' da

coletividade". Na transmissão de conhecimento existem pessoas que ocupam papéis sociais e são designadas como aptas a essa tarefa, ou seja, são consideradas legítimas para essa tarefa e, caso não sejam, tenderão a ser desqualificadas como tal (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 97).

Pode-se dizer que há "uma distribuição social do conhecimento", disseminado em subuniversos dotados muitas vezes de linguagem e conhecimento próprios (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 107). A relação entre os papéis sociais e o conhecimento pode ser analisada a partir de dois pontos de vista que apontam para a dialética da sociedade. No primeiro, os papéis apresentam-se como representações institucionais e mediações de corpos de conhecimento institucionalmente objetivados, o que faz relação com o fato de que "a sociedade só existe quando os indivíduos têm consciência dela". No segundo, cada papel carrega consigo um apenso socialmente definido de conhecimento, o que acaba por determinar a consciência individual (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 109).

> A análise dos papéis tem particular importância para a sociologia do conhecimento porque revela as mediações existentes entre os universos macroscópicos de significação, objetivados por uma sociedade, e os modos pelos quais estes universos são subjetivamente reais para os indivíduos. Assim, é possível [...] analisar **a maneira em que esta concepção do mundo manifesta-se na consciência de um indivíduo** (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 109 – grifo da autora).

Subuniversos institucionalizados emergem em virtude da existência de uma variedade de perspectivas sobre a sociedade e diferentes formas de conceber determinada realidade. Essas, muitas vezes, podem ser conflitivas, mas continuar a coexistir para aqueles indivíduos, que, através da linguagem e de seus papéis, mantém a instituição viva, ou seja, como uma realidade que existe.

> Com o estabelecimento de subuniversos de significação emerge uma multiplicidade de perspectivas sobre a sociedade total, cada qual considerando-a do ângulo de um desses subuniversos. O quiroprático tem um ângulo de observação da sociedade diferente do possuído pelo professor de uma faculdade de medicina, o poeta vê a sociedade diferentemente do homem de negócios, o judeu do gentio, etc. (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 118-119).

A autonomia dos subuniversos provê um duplo problema de legitimação: tanto para os estranhos quanto para os íntimos. E como exemplo, Berger e Luckmann (1976, p. 121) enfatizam que "entra em ação uma maquinaria inteira de legitimação, com o fim de manter os leigos como leigos e os médicos como médicos". Pode-se dizer que na área da saúde

dois subuniversos institucionalizados, os quais fazem referência a formas de administrar distintas, coexistem e se articulam a prestação dos serviços de saúde. Defensores de ambas as perspectivas atuam na tentativa de garantir a legitimidade do segmento, ou mesmo alguns elementos do segmento. “Se é construída uma estrutura para garantir o direito à saúde, o SUS, e ela começa a apresentar dificuldades de garantir esse direito, o SUS, por si só perde legitimidade” (CAMPOS, 2016, p. 14).

No mundo moderno ganha legitimidade a autoridade baseada no conhecimento técnico especializado. A administração burocrática ganha legitimidade e burocracia enquanto forma de dominação é institucionaliza. Weber descreve uma das mais eficazes formas de dominação já conhecidas na história: a dominação racional-legal. Seu conceito de dominação legítima traz uma série de elementos que estão na raiz das teorias institucionais, como o de ordem legítima, ação com sentido e conduta (LOPES; BALDI, 2005; CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

Para esse trabalho concebe-se que há a institucionalização de formas diversas de gestão e que foram se consolidando com o passar do tempo, de acordo com a trajetória do campo da saúde no Brasil. Essas concepções institucionalizadas se impõem aos agentes, mas também são alteradas por eles no curso da história, por processos nos quais ocorrem embates entre agentes com relações de poder assimétricas. A trajetória dos próprios agentes também poderá ser um fator de impacto na sua concepção sobre gestão em saúde, as realidades que vivenciaram, tanto no próprio sistema de saúde quanto na sua formação, poderão influenciar.

Adota-se nesse trabalho uma abordagem que dá ênfase ao papel das instituições na determinação de resultados sociais e políticos (HALL; TAYLOR, 2003). Além disso, há um interesse na relação entre instituições e conduta, sendo essa conduta entendida no sentido de Weber (1979), com a ação a um sentido, com valores, visões e concepções que antecedem a ação propriamente dita.

As pesquisas na área de administração, mais precisamente no estudo das organizações, seguem, em sua maioria, a vertente sociológica. Aqui, nesse trabalho, utiliza-se como perspectiva complementar, além da abordagem sociológica, o institucionalismo histórico, o qual possui raiz na ciência política. E essa aproximação entre perspectivas de áreas distintas, faz lembrar que Motta (2001, p. v) destaca a teoria das organizações como sendo “fruto de uma mutação na teoria da Administração, a partir da evolução da Sociologia, da Ciência política e da Psicologia social norte-americanas.

4.2 Institucionalismo sociológico e as organizações

A organização foi descrita por Barnard (1979, p. 94) como "um sistema de atividades ou forças, de duas ou mais pessoas, conscientemente coordenadas", levando em conta apenas aspectos conscientes e racionais da organização. As primeiras perspectivas dos estudos da administração foram orientadas por uma concepção racionalista, a qual afirmava que a ação está submetida a um cálculo puramente racional (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999, p. 1). Um dos primeiros avanços sobre essa perspectiva está no trabalho de Simon (1987) que propôs a ideia de uma "racionalidade limitada", considerando a existência e uso de hábitos inconscientes, sem, contudo, substituir a ideia de que os indivíduos agem de acordo com um processo racional, ainda que limitado.

Definir a organização elencando apenas os aspectos formais e estruturais é determinado por Selznick (1971, p. 5) como "pobreza" e "insuficiência". Na organização formal estão claramente definidas e aprovadas as tarefas, normas e poderes. Vista dessa forma, a organização pode ser caracterizada como um instrumento técnico que visa alcançar finalidades já estabelecidas. Baseado em racionalidade e disciplina, as tarefas, inicialmente divididas, são reunidas e coordenadas (SELZNICK, 1971). Essa perspectiva se assemelha ao que descreve Mintzberg (2003, p. 12) sobre a estrutura organizacional, "definida simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas", ou seja, apenas a dimensão organizacional formal.

> O fator mais óbvio e surpreendente de uma organização administrativa é seu sistema formal de regras e objetivos. Aqui, tarefas, poderes e normas de procedimento são estabelecidos de acordo com algum critério oficialmente aprovado. Este critério implica em enunciar a maneira pela qual o trabalho da organização de ser levado a efeito, quer diga respeito à produção de aço, à conquista de votos dos eleitores, ao ensino das crianças ou à salvação das almas. A organização assim delineada é um instrumento técnico para a mobilização das energias humanas, visando uma finalidade já estabelecida. Atribuímos tarefas, delegamos autoridade, encaminhamos as comunicações e encontramos algum modo de coordenar tudo o que foi dividido e parcelado. Tudo é formulado como um exercício de engenharia e subordinado aos ideais e disciplinas correlatos de racionalidade e disciplina (SELZNICK, p. 5).

O que foi chamado de organização na teoria funcionalista é na verdade a organização formal (BAUER, 2011). Essa ideia acaba retirando da análise o conflito e os

grupos, ou seja, os elementos sociais, considerados muitas vezes disfuncionais. Em seus trabalhos Selznick tenta resgatar justamente essa riqueza, a qual vai denominar de instituição, em contraponto à organização (formal). É como um contraponto à dimensão puramente racional da organização que Selznick (1971, p.5) vai definir instituição como "o produto natural das pressões e necessidades sociais – um organismo adaptável e receptivo". Ressalta-se que o trabalho de Selznick foi um marco clássico da teoria organizacional e, mais precisamente, da perspectiva institucional dessa teoria. O autor enfatiza que "a coisa mais importante sobre as organizações é que, apesar de elas serem ferramentas, cada qual tem vida em si própria" (SELZNICK, 1949, p. 10), ou seja, há uma dimensão da organização que é social.

A discussão que Weick (1969; 1995) faz sobre organização se aproxima daquilo que Selznick (1971) define como instituição. Weick (1995) afirma que existem processos organizacionais que ultrapassam a dimensão objetiva, pois é na subjetividade que se criam, conservam e dissolvem as coletividades. Para Weick (1969), a organização é um grupo de grupos, sendo que esses grupos são formados por semelhança. A ênfase dada no trabalho desse autor é para o fato de que as dinâmicas organizacionais são influenciadas por um padrão de relações e não pelos traços dos indivíduos. Assim, para saber algo sobre uma organização é necessário procurar comportamentos entrelaçados que estão imersos em processos condicionalmente relacionados. Esse entrelaçamento refere-se justamente às coletividades – os grupos de indivíduos que compõem a organização. As organizações estruturam e são estruturadas pelo sentido. Ou seja, as organizações ditam ordens e comportamentos de forma hierarquizada de cima para baixo, mas ao mesmo tempo também são influenciadas pela forma com que indivíduos na base da hierarquia recebem, absorvem e desenvolvem essas ordens (WEICK, 1995).

Estruturas formais não conseguem dar conta da dimensão não racional do comportamento organizacional, porque organizações e indivíduos não agem puramente com base em seus papéis racionais (FACHIN; MENDONÇA, 2004). Dessa forma, Selznick (1971) aponta para o fato de que uma instituição é um "produto natural das pressões e necessidades sociais". Realizar a análise de determinada organização sob a ótica institucional é olhar para a sua história e para as influências que sofre do meio social.

> Assim, poderemos estar interessados em saber como sua organização se adapta aos centros de poder existentes na comunidade, em geral de maneira inconsciente; de que camada da sociedade origina-se a sua liderança e de que forma isso afeta a política; como sua existência se explica ideologicamente.

> Poderemos perguntar quais as necessidades ocultas dentro da grande comunidade que, não necessariamente expressas ou reconhecidas pelas pessoas envolvidas, são preenchidas pela organização ou por alguma das suas realizações. Portanto a expressão como uma instituição social sugere uma ênfase em problemas e experiências que escapam a um tratamento adequado dentro de uma estrutura minuciosa da análise administrativa (p. 5-6).

Selznick (1971) aponta para o fato de que para olhar para o que está institucionalizado é necessário levar em consideração as forças exteriores, e ressalta que há "um mundo social que deve ser levado em conta". A estrutura formal das organizações não dá conta das pessoas, suas necessidades, personalidade, pois as "relações formais coordenam papeis e atividades especializadas, não pessoas" (SELZNICK, 1971, p.7). Logo, as organizações são impactadas por pessoas e contextos sociais, dois elementos que são de difícil controle para uma organização que se pretende racional, há um ambiente complexo que acaba exercendo influência sobre o comportamento dos indivíduos que ali atuam. Caldas e Fachin (2004) complementam essa ideia apontando que Selznick não considera que a organização esteja apenas inserida em um ambiente, mas interagindo efetivamente com esse ambiente – dotado de símbolos e valores, onde valores ambientais condicionam a ação racional da organização.

> Levando-se em consideração as forças sociais internas e externas, os estudos institucionais dão ênfase à mudança e evolução da adaptação de tipos e práticas organizacionais. Nesses estudos contam-se estórias de padrões novos que surgem e antigos em declínio, não como resultado de um plano consciente, mas de uma série numerosa de adaptações naturais e não planejadas para fazer face a novas situações. A análise mais interessante e criteriosa desse tipo mostra a organização reagindo a um problema fictício pela sua história, uma adaptação que muda significativamente o papel e o caráter da organização. De forma característica, a análise institucional vê nas reformas legais ou formais a regularização e registro de uma evolução já completa se bem que de maneira substancialmente informal (SELZNICK, 1971, p. 11).

Para Selznick (1971, p. 18) o processo de institucionalização está relacionado a uma infusão de valor e o autor enfatiza que "as organizações não criam tanto os valores como os incorporam. A partir daí, a organização torna-se muito mais institucionalizada".

> Institucionalização é um processo. É algo que acontece a uma organização com o passar do tempo, refletindo sua história particular, o pessoal que nela trabalhou, os grupos que engloba com os diversos interesses que criaram, e a maneira como se adaptou ao seu ambiente. Para as finalidades deste ensaio, o seguinte ponto é de importância especial: o grau de institucionalização depende da proteção que existe para a interação pessoal com o grupo. Quanto mais precisa for a finalidade de uma organização e quanto mais especializadas e técnicas às suas operações, menores chances haverá de forças sociais afetarem seu desenvolvimento (SELZNICK, 1971, p. 14).

Assim, os valores infundidos na sociedade acabam por impactar nas organizações, pois a identidade social é trazida para dentro das organizações. Algumas organizações podem ser valorizadas e apresentar uma identificação com seus membros, mas com a comunidade não possuir um processo de identificação social ou, até mesmo, ser extinta sem maiores resistências (SELZNICK, 1971, p. 17). Logo, a tentativa de institucionalizar nas organizações (como o caso da implantação do SUS) valores e práticas que sejam diferentes dos que estão na sociedade, pode tornar esse processo mais difícil e lento.

Colignon (1967 apud FACHIN; MENDONÇA, 2004) faz uma crítica ao trabalho e ao reconhecimento que Selznick recebeu por sua obra. E, de fato, Selznick omitiu de seu estudo o contexto histórico, ações sociais, não abordando a Depressão, a política do New Deal, e outras questões. Colignon (1997, p.2 apud FACHIN; MENDONÇA, 2004) reitera que a construção teórica de Selznick "faz desaparecer as ações sociais do povo e as instituições da sociedade dentro do conceito de organização". Essa crítica não deve ser confundida com a busca por uma história natural da organização, pois essa perspectiva permite que se analise uma organização prestando atenção na sua história e nas influências que sofre do meio social. Ou seja, não se pode confundir contexto histórico social com a história da organização. E, também, nem por isso deslegitimar a contribuição e elementos que os estudos de Selznick trouxeram para os estudos organizacionais.

A abordagem sobre institucionalismo desenvolvida até aqui diz respeito a um grupo de estudos que na década de 1950 começaram a abordar o papel das instituições dentro das organizações. As primeiras perspectivas surgiram, na década de 1950, com o que hoje é chamado de "velho institucionalismo", o qual aponta para o fato de que "os valores substituem os fatores técnicos na determinação das tarefas organizativas". Ou seja, práticas se consolidam como hábitos no interior das organizações, para além daquilo que está formalizado. Na década de 1980 surge a perspectiva do novo institucionalismo, comumente denominado de neoinstitucionalismo, o qual dá ênfase ao papel que as instituições ocupam, levando em conta a influência que exercem sobre os indivíduos (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999, p.1).

A abordagem do "velho" institucionalismo, principalmente no que concerne aos trabalhos de Selznick, colocava em perspectiva o relativo controle que as organizações possuíam em meio às pressões internas e externas que recebiam. Em contraponto, o realce do novo institucionalismo recai sobre a influência que as organizações sofrem do seu

ambiente, daquilo que está institucionalizado (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2012). Organizações, pela perspectiva do novo institucionalismo, são mais condicionadas ao ambiente social do que Selznick abordou em seu trabalho. Meyer e Rowan (1999) destacam o fato de que as organizações estão inseridas em contextos sociais institucionalizados, onde processos sociais adquirem status de regra no pensamento e na ação social. As instituições, consideradas como fruto de uma história compartilhada, exercem controle sobre a conduta humana (BERGER; LUCKMANN, 1976) e, consequentemente, sobre as organizações. "Distintas tanto das amplas instituições sociais quanto do comportamento individual, as organizações são percebidas como elos potenciais de conexão entre os indivíduos e o mundo social" (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2012, p. 483).

Por considerar que as organizações estão imersas em contextos institucionais, os quais influenciam indivíduos e organizações, a incorporação de práticas e regras institucionalizadas pode não significar ações mais eficientes ou que visem atender as demandas da própria atividade. Mitos são gerados em virtude de práticas organizacionais que se difundem como legítimas. E as organizações tenderão a se adaptar àquilo que está institucionalizado no contexto em que se insere, contribuindo para a conformação desse contexto. Organizações com maior poder poderão exercer influência sobre a estrutura que as demais organizações, de um determinado contexto institucionalizado, tenderão a adotar (MEYER; ROWAN, 1999).

> Organizações não se estruturam da forma como o fazem exclusivamente para obter eficiência em suas atividades, mas em razão de seus efeitos simbólicos. Desta forma, explicam, as organizações respondem a influências do ambiente, mas não apenas a variáveis concretas, como tecnologia, tamanho, mas também e, em alguns casos com maior ênfase, a valores, crenças e mitos compartilhados. Sob a perspectiva institucional, o ambiente representa não apenas a fonte e o destino de recursos materiais (tecnologia, pessoas, finanças, matéria-prima), mas também fonte e destino de recursos simbólicos (reconhecimento social e legitimação). Dito de outra forma, o reconhecimento social e a legitimação representam requisitos básicos para a obtenção dos demais recursos, tornando preponderante a função do ambiente institucional para algumas organizações (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2012, p. 485).

DiMaggio e Powell (2005) ressaltam que as organizações não se modificam tanto em função de competição ou eficiência. Elas têm se tornado cada vez mais semelhantes sem necessariamente tornarem-se mais eficientes. A mudança organizacional acaba por dar mais legitimidade do que propriamente melhor desempenho. Nesse ponto, Berger e Luckmann (1976) ressaltam que "o mundo institucional exige legitimação, isto é, modos pelos quais pode ser 'explicado' e justificado". Transmitir os significados institucionais

pode implicar em procedimentos que assegurem a legitimação (BERGER; LUCKMANN, 1976, p. 88).

DiMaggio e Powell (2005) fazem referência ao crescente processo de burocratização das organizações, que tende a desencadear um isomorfismo organizacional, como sendo mais afetado pelo Estado e pelas categorias profissionais do que em função do mercado. No entanto, Weber (1978) já apontava para a legitimidade da burocracia e para o papel do profissional e do conhecimento técnico como garantidores desta ordem. Ou seja, já apontava o poder que o profissional possui dentro de uma burocracia. E ainda, Berger e Luckmann (1976) apontavam para o fato de que os papéis sociais, o que inclui as profissões, exercem importante influência em ambientes institucionais. Isso porque esses papéis são, muitas vezes, a representação das próprias instituições, juntamente com a linguagem e o corpo de conhecimento que ela produz.

Segundo Caldas e Fachin (2005), os críticos do neoinstitucionalismo sociológico afirmam que essa vertente teórica teve suas potencialidades desenvolvidas e enfrenta determinadas limitações. O que se percebe é que essa abordagem não desenvolve elementos que enfatizam a assimetria de poder, elemento presente na perspectiva do "velho institucionalismo" de Selznick (1971) em que a dimensão do poder é evidente (FACHIN; MENDONÇA, 2004).

Conforme comentando anteriormente, a abordagem do institucionalismo sociológico será complementada com a abordagem do institucionalismo histórico, discutida na próxima seção. Essa última apresenta um conjunto de pressupostos teórico-analíticos úteis para a compreensão da inter-relação entre macro instituições (construídas ao longo trajetória da área de saúde no Brasil) e a ação dos agentes (gestores de um hospital universitário federal), tendo em vista o caráter amplo com que considera essa relação. Outro ponto importante que contribuiu para a escolha do institucionalismo histórico como perspectiva complementar é a ênfase dada ao caráter histórico, importante em estudos na área de saúde no Brasil. Segundo Hochmann (2013), a perspectiva histórica é aquela que leva em consideração os processos e práticas que ocorreram no tempo e no espaço. Acrescenta-se aqui a afirmação clássica de Karl Polanyi (2000), segundo a qual as instituições, assim como as práticas sociais e políticas, ocorrem em tempos e lugares já preenchidos pela experiência histórica.

4.3 Institucionalismo histórico como perspectiva teórica complementar para analisar uma organização da área de saúde

Há uma corrente de estudos que abordam as instituições e processos institucionalizados na área da saúde, e que enfatizam a importância da dimensão histórica (IMMERGUT, 1996; HOCHMAN, 2013; GÖTTEMS et al, 2009). No caso brasileiro, os trabalhos de Menicucci (2003; 2010; 2014), por exemplo, utilizam-se do institucionalismo histórico para examinar os processos que levaram à formação de um arcabouço institucional "dual" no sistema de saúde brasileiro, onde convivem uma dimensão pública e outra privada. Essa configuração, resultado de uma trajetória histórica, traz implicações em todo o sistema de saúde, incluindo-se a gestão em saúde. A institucionalização de concepções de gestão, por exemplo, pode configurar o campo de possibilidades dentro do qual os atores sociais formulam suas lógicas de ação e tomam decisões.

A literatura tem chamado a atenção para duas formas distintas pelas quais as abordagens neoinstitucionalistas respondem à questão relativa a como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos. Uma delas dá ênfase ao cálculo racional dos agentes sociais, enquanto a outra destaca os determinantes culturais, cognitivos e relativos às visões de mundo (HALL e TAYLOR, 2003). Trata-se, portanto, de tomar como base duas perspectivas distintas: uma "calculadora" e outra "culturalista". A primeira delas é utilizada pelo institucionalismo da escolha racional, enquanto que a segunda é utilizada pelo institucionalismo sociológico. Já a abordagem do institucionalismo histórico busca articular essas duas perspectivas, levando ainda em consideração os legados históricos (IMMERGUT, 1998).

No institucionalismo da escolha racional, a relação entre comportamento humano e instituições repousa em uma imagem relativamente reducionista das motivações humanas, pois os agentes realizam suas escolhas com base em um cálculo estratégico, por isso a menção a uma perspectiva "calculadora". As instituições fornecem informações concernentes ao comportamento dos demais indivíduos, representando um quadro no qual os atores farão escolhas calculadas. Trata-se de um enfoque limitado no que confere à explicação das preferências e/ou objetivos dos agentes, principalmente em situações empíricas que se caracterizam pela existência de facetas múltiplas e ambíguas, difíceis de serem explicadas (HALL; TAYLOR, 2003).

Já o institucionalismo sociológico permite a definição das vias pelas quais as instituições podem afetar as preferências dos atores. E faz isso baseado em uma ideia "culturalista", na qual a ação é limitada pela visão de mundo do indivíduo. Dentro dessa perspectiva as instituições fornecem modelos morais e cognitivos que possibilitarão a interpretação e a ação (HALL; TAYLOR, 2003).

Na perspectiva do institucionalismo histórico os atores fazem seus cálculos, tendo seus interesses como base, e também possuem diferentes visões de mundo, as quais correspondem aos contextos sociais. Os interesses, nessa perspectiva teórica, não são dados, mas construídos histórica e socialmente (IMMERGUT, 1998). Cálculo e cultura se articulam na formação dos atores coletivos, que agem dentro de um plano de macroinstituições herdadas e relações de poder assimétricas (THÉRET, 2003). Os estudos que utilizaram o institucionalismo histórico integram elementos de ambas perspectivas, sociológica e da escolha racional. Por exemplo, análises que mostram como os agentes históricos selecionam novas instituições com base em um objetivo instrumental, mas isso a partir das alternativas historicamente determinadas por mecanismos que o institucionalismo sociológico define (IMMERGUT, 1996; HALL, 1994).

> Esse tipo de análise [institucionalismo histórico] sugere que as estratégias induzidas por um contexto institucional dado podem fossilizar-se ao longo do tempo e tornar-se visões de mundo, que são propagadas por organizações oficiais e terminam por moldar a imagem de si e as preferências dos interessados (HALL; TAYLOR, 2003, acréscimo da autora).

O institucionalismo histórico atribui às instituições a função de modelar as estratégias dos atores, suas preferências e objetivos, levando em consideração os processos que se consolidam ao longo do tempo. No entanto, nessa perspectiva, esses não são os únicos elementos analisados, pois deve ser levado também em consideração o papel dos atores, seus interesses e a distribuição de poder entre eles. Ao mesmo tempo em que moldam a atuação dos atores, essas instituições também são o resultado de estratégias adotadas por eles (MACHADO; LIMA, 2015). E ainda,

> as instituições devem ser compreendidas segundo duas funções principais: a de agentes e a de produto da história. Elas dão forma e restringem a atuação dos atores políticos, mas também são resultado das estratégias conscientes ou involuntárias desenvolvidas pelos atores (MACHADO; LIMA, 2015, p. 133).

Trata-se de uma abordagem que tem inspiração nas tradições oriundas de autores como Max Weber e Karl Polanyi, que analisaram conformações sociais, econômicas e políticas a partir da comparação de trajetórias históricas (THELEN e STEINMO, 1992). Em sua obra, Weber (1979) substituiu a ideia de uma razão universal pela ideia de contingência histórica, na qual a história adquire um significado que varia em função do sujeito da ação; ficando a cargo do homem, diante de um mundo de valores infinito, adotar determinados valores.

Partindo dessa tradição, toma-se como pressuposto analítico que, na medida em que as estruturas sociais vão se desenvolvendo historicamente, vai se formando uma trilha deixada pelas escolhas e decisões políticas dos atores ao longo do tempo, e assim vão sendo moldadas as arenas políticas e sendo definidas as instituições. Essa abordagem, portanto, leva em consideração a dimensão dos interesses dos agentes, mas também suas crenças e ideias, e destaca que, uma vez tendo sido estabelecidas e consolidadas, as instituições facilitam ou dificultam determinadas rotas, favorecem ou entravam o acesso de determinados atores aos espaços de tomada de decisão. Trata-se, portanto, de uma abordagem que também enfatiza a dimensão do poder.

Na perspectiva do institucionalismo histórico, as instituições repartem o poder de forma desigual, fazendo com que o acesso ao processo de decisão seja desproporcional. Além disso, determinados interesses são privilegiados em detrimento de outros (HALL; TAYLOR, 2003). Em contrapartida, alguns estudos que utilizam a abordagem do neoinstitucionalismo sociológico deixam de lado a dimensão do poder e o fato de que pode haver interesses conflitivos (SILVA et al., 2010). Ressalta-se que dentro das organizações, os agentes, internos ou externos, têm interesse na adoção ou não de novas práticas. E assim, as tentativas de reforma ou mudança irão engendrar lutas de poder entre esses agentes. Trata-se de privilegiar processos macrossociológicos sem, contudo, desvanecer a dimensão dos agentes e suas escolhas; “os esquemas de significados, os cenários e os símbolos nascem não somente de processos de interpretação, mas também de processos de conflito” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 218).

O conceito de dependência de trajetória é outro elemento central para o neoinstitucionalismo histórico. Do ponto de vista analítico, o aspecto central a ser destacado diz respeito ao fato de que as decisões do presente são influenciadas ou, no limite, até mesmo condicionadas pelas escolhas do passado. Na literatura sobre políticas sociais, especificamente políticas de saúde, o trabalho de Ellen Immergut (1992; 1998)

demonstra que as trajetórias históricas em diferentes países (França, Suécia e Suíça) condicionaram diferentes arranjos institucionais em cada país. No caso da Suíça se estruturou um sistema mais privatizado, enquanto na França e especialmente na Suécia se observou uma concepção de saúde pública com maior presença do Estado e maior proteção social.

Ou seja, os agentes, em seus processos cotidianos de tomada de decisão, não terão muitas possiblidades de escolher entre alternativas que apresentem grande discordância em relação à rota já estabelecida. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que moldam a atuação dos atores, as instituições também são o resultado de estratégias adotadas por eles. As instituições não apenas impactam a trajetória histórica, mas também são produto dessa história (MACHADO; LIMA, 2015).

> O conceito de dependência de trajetória está relacionado à ideia de que acontecimentos do passado podem dar vazão a uma cadeia de determinações que influenciam as decisões políticas no presente. As escolhas políticas se desdobram, ao longo do tempo, na criação de regras e de estruturas, na mobilização de recursos de diversos tipos e no envolvimento de atores sociais, o que confere institucionalidade a uma dada política, aumentando as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações de rumo radicais. Ou seja, o presente é resultado de decisões passadas e suas respectivas consequências e não apenas das condições contemporâneas. [...] Outra contribuição relevante desse enfoque é permitir a construção de desenhos de pesquisa que consideram tanto a importância das instituições como do papel e da atuação dos atores, cujas escolhas são socialmente condicionadas, às vezes de forma até contrária a interesses individuais (MACHADO; LIMA, 2015, p. 135)

Outro ponto que é reforçado pelo institucionalismo histórico diz respeito ao papel das ideias ou crenças, atentando para o fato de que as instituições reforçam algumas ideias e prejudicam outras. Da mesma forma, a continuidade ou a mudança institucional é influenciada pelas ideias presentes em determinados contextos (HALL; TAYLOR, 2003).

> Mudanças nunca são completamente descontínuas, pois, mesmo que se mudem as limitações formais, permanecem os constrangimentos informais, inseridos em costumes, tradições e códigos de conduta que são mais impenetráveis a políticas deliberadas e limitam a possibilidade de ruptura institucional. Nessa perspectiva, mesmo quando há mudança, instituições nunca são construídas do nada, sendo mais comum que sejam reconstruídas a partir de elementos das anteriores. É na análise da mudança que a incorporação da análise histórica permite elucidar os mecanismos causais que atuam no processo de reformas e fugir do risco de certo determinismo institucional, agregando uma explicação da natureza contingente do desenvolvimento político e econômico e destacando o papel do conflito e da escolha. A análise histórica permite prover uma estrutura analítica para entender a relação entre escolhas e determinações, entendendo instituições como produto do conflito político e de escolhas, mas, ao mesmo tempo, modelando e restringindo as estratégias políticas (MENICUCCI, 2010, p.51-52).

O trabalho de Menicucci (2003) mostrou como o Movimento da Reforma Sanitária, através da mobilização e articulação de novas ideias, se constituiu como um marco para a mudança na política na saúde do Brasil. Ainda que o arcabouço institucionalizado na área tenha filtrado e reconfigurado a proposta do movimento para acomodar instituições, interesses, processos em curso e práticas já consolidadas. O projeto que colocava em pauta a saúde como um direito universal se consolidou e conformou o que hoje é o SUS.

Como foi demonstrado nessa seção, o institucionalismo histórico apresenta um conjunto de pressupostos teórico-analíticos próprios, são eles: (1) a perspectiva ampla com que caracteriza o agente, considerado aquele que age com base em um cálculo e também com base nas suas visões de mundo; (2) a presença de assimetrias de poder no funcionamento e desenvolvimento das instituições; (3) uma concepção do desenvolvimento institucional que privilegia trajetórias historicamente construídas; (4) e o papel das ideias na manutenção e mudança institucional (HALL; TAYLOR, 2003).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A base metodológica para a pesquisa inscreveu-se no universo das pesquisas de caráter qualitativo em Administração, o qual atribui importância fundamental à descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que os envolvem; aos depoimentos dos atores sociais envolvidos; aos discursos, aos significados e aos contextos (VIEIRA; ZOUAIN, 2004). A pesquisa qualitativa compreende segundo Godoy (1995, p. 58) "a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos [...] procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo", sendo assim, não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico para realizar a análise dos dados. Além disso, esse método garante a riqueza dos dados, permitindo vê-los em sua totalidade, assim como, possibilita a exploração de contradições (VIEIRA; ZOUAIN, 2004).

Ademais, por ter o foco direcionado a descrever o fenômeno (concepções institucionalizadas na área de saúde e suas influências sobre a ação dos indivíduos) e interpretar os significados observados a pesquisa pode ser considerada como descritivo-interpretativa (VIEIRA; ZOUAIN, 2004). Corroborando a isso, Triviños (1987), afirma que essa é uma característica básica da pesquisa qualitativa, visto que o pesquisador busca, além de descrever a realidade analisada, identificar concepções, perspectivas e interpretar as informações levantadas.

E também, dado os objetivos da pesquisa, optou-se por adotar um corte seccional com perspectiva longitudinal, no qual a coleta de dados é feita em um determinado momento, mas com resgate de dados e informações de períodos passados (VIEIRA; ZOUAIN, 2004). Além disso, pela necessidade de um aprofundamento em relação à realidade da unidade de estudo, esta pesquisa será classificada também como um estudo de caso. De acordo com Triviños (1987), o estudo de caso é particularmente importante por permitir a análise de fenômenos em profundidade dentro de seu contexto de vida real.

5.1 Local da pesquisa

A escolha por um hospital universitário se deve ao fato de ser uma organização onde podem ser observados os efeitos de vários processos de institucionalização, como: o Sistema Único de Saúde, o vínculo com a universidade, a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, dentre outros. O presente estudo de caso foi realizado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., vinculado à Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG).

5.2 Fonte de dados

Com relação à coleta de dados, a mesma foi dividida em dois procedimentos: coleta de dados primários e coleta de dados secundários. As coletas foram realizadas através de múltiplas fontes, envolvendo: observação direta e sistemática; participação em reuniões de grupo; realização de entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice A); e análise documental (relatórios, registros, regulamentos, atas de reuniões e outros documentos referente ao hospital).

5.3 Princípios Éticos

Considerando a dimensão ética da realização de pesquisas científicas, o projeto de pesquisa para esta dissertação foi encaminhado primeiramente para uma avaliação do Setor da Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. A autorização do referido setor para a realização da pesquisa (Anexo A), permitiu a submissão do projeto de pesquisa à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice B).

A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação do CEPAS. Os pesquisados envolvidos no estudo tiveram suas respectivas identidades mantidas em sigilo absoluto. Os preceitos éticos foram baseados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Regional de Saúde do

Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

No tocante aos riscos da pesquisa, pode-se afirmar que esses foram praticamente inexistentes no que se refere à integridade física, moral, intelectual, social ou cultural, em qualquer fase da pesquisa, incluindo aspectos de constrangimento, desconforto e mal estar por parte dos informantes do estudo. Nesse sentido, foram tomadas precauções para evitar ou amenizar esses riscos, tais como: dar liberdade de o respondente se recusar a participar ou ainda, a qualquer momento, desistir da pesquisa, sem qualquer prejuízo, assegurar o anonimato dos participantes da pesquisa, não sendo exigido em momento algum a identificação dos mesmos, e assegurar a privacidade e confidencialidade dos dados fornecidos, sendo estes utilizados apenas para os propósitos da presente pesquisa e analisados de forma conjunta.

Quanto aos benefícios diretos que essa pesquisa poderá proporcionar para os participantes do estudo, pode-se elencar a possibilidade dos gestores refletirem sobre suas práticas e atividades. Ademais, os resultados da pesquisa serão devolvidos aos profissionais para que possam utilizá-los no aprimoramento da administração do hospital.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de obter uma sondagem detalhada de cada entrevistado perante o problema de pesquisa e, possivelmente, ter uma compreensão pormenorizada do fenômeno em questão (TRIVIÑOS, 1987). Destaca-se que, com a prévia autorização dos entrevistados, foi realizada a gravação das entrevistas e posterior transcrição para fins de análise, seguindo aqui a recomendação segundo a qual “a gravação eletrônica é o melhor modo de preservar o conteúdo da entrevista” (GIL, 2008).

A técnica de coleta de dados buscou o resgate da experiência vivida pelos sujeitos, principalmente no que diz respeito à trajetória dentro do sistema de saúde, mas principalmente dentro do hospital.

5.5 Critério para seleção dos entrevistados

A população do estudo corresponde aos profissionais ligados a cargos de chefia, superintendência, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência

Administrativa; totalizando trinta e seis sujeitos que poderiam ser convidados a participar da pesquisa.

Os entrevistados foram selecionados de acordo com o cargo que ocupavam. Dentre aqueles que atuavam na gestão do hospital, no momento da coleta de dados, foram selecionados os que atuavam na linha intermediária e na cúpula da governança. O foco não foi entrevistar os chefes do núcleo operacional, compreendidos como chefes de unidades e setores, embora alguns tenham sido entrevistados em virtude de serem pessoas chave para a obtenção de informações sobre a gestão do Hospital Universitário.

Os respondentes foram predominantemente os ocupantes dos cargos de gestão dentro do hospital. Reconhece-se que a perspectiva desses agentes organizacionais pode apresentar um viés sobre a gestão do hospital, tendo em vista que essas pessoas foram escolhidas para ocuparem os respectivos cargos. As observações diretas e análise documental procuraram, ao menos em parte, compensar esse problema.

Além disso, esse é o primeiro grupo de gestores após a implantação da EBSERH, isso pode representar um viés em virtude do fato que são profissionais que foram convidados a participar desse processo de transição para a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Dessa forma, dificilmente estarão presentes nos cargos de gestão aqueles profissionais contrários à implantação da EBSERH.

5.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, realizada em três fases: (1) a pré-análise, que se refere à organização do material obtido; (2) a descrição analítica, que consiste na codificação, classificação e categorização dos dados; e (3) o tratamento dos resultados, etapa onde ocorre a interpretação dos dados (BARDIN, 2016). Inicialmente, foram elencadas categorias para guiar o processo de coleta das informações nas entrevistas, são elas: percepção sobre saúde pública e a gestão em saúde; percepção sobre hospitais e hospitais universitários; percepção sobre a gestão no HU e percepção sobre integralidade e eficiência considerando as organizações hospitalares. O processo de análise dos dados foi dividido em dois capítulos. Um primeiro que diz respeito à dinâmica mais ampla da área de saúde e dos hospitais universitários brasileiros, seguida

pela percepção dos entrevistados em relação a esses aspectos. E um segundo que trata de aspectos e percepções relacionadas ao HU-FURG especificamente.

6 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo apresentar, de forma resumida, alguns aspectos centrais relativos ao panorama da área de saúde pública no Brasil e suas políticas. Nesse sentido, desenvolve-se uma descrição sucinta dos processos que levaram à construção do Sistema Único de Saúde. Busca-se com isso situar e contextualizar a problemática de pesquisa desenvolvida nessa dissertação, mais do que, propriamente, descrever a formação do SUS, uma vez que já existe uma vasta literatura que descreve a formação do sistema de saúde brasileiro, desde suas origens até os dias atuais (BUSS, 2000; PAIM, 2009; HOCHMANN, 2012; FEUERWERKER, 2014; MENICUCCI, 2014).

Para os fins deste trabalho, importa destacar que as primeiras políticas de saúde no Brasil, criadas no início do século XX, foram motivadas pela consciência do crescimento de uma interdependência social. Após a descoberta e difusão da ideia da transmissividade das doenças, as condições de saúde da população passaram a ser vistas como um mal público, no qual

> as condições de carência e destituição de cada grupo social cada vez mais atingiram outros, tornando praticamente impossível para as elites econômicas, políticas e sociais se esquivarem totalmente dos efeitos da precariedade das condições de vida da população pobre e destituída (MARQUES, 1999, p. 183).

Ao longo do tempo esta lógica que esteve na base da construção do sistema foi se institucionalizando. Um dos resultados desse processo foi que, com o avançar dos anos, uma estrutura de prestação de serviços de saúde privada foi se estabelecendo e constituindo toda uma cadeia complexa de produção de bens e serviços no campo da saúde. O estudo de Meniccucci (2003) demonstra com riqueza de detalhes o processo histórico que possibilitou a institucionalização desse segmento privado. A contínua compra de serviços médicos e hospitalares pelo poder público no lugar da expansão de uma rede pública e, também, os convênios que o governo firmava com empresas privadas para que essas custeassem a assistência médica de seus trabalhadores mediante subsídio público evidenciam esse processo. Essa lógica de funcionamento se estruturou no governo Vargas e ganhou força ao longo dos governos militares pós 1964. A saúde era vista como um direito restrito à parcela da população inserida no mercado formal de trabalho (LUZ, 1991), como um "seguro social para os trabalhadores urbanos" (PAIM, 2009, p. 41).

Esse contexto pode ser descrito no âmbito do conceito clássico desenvolvido por Wanderley Guilherme dos Santos, de "cidadania regulada", que caracterizaria a gestão do social no Brasil após a década de 1930 (SANTOS, 1979). De acordo com essa lógica, a cidadania está plenamente atrelada à profissão, e "os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido em lei" (SANTOS, 1979, p. 75). Na área da saúde, diferente de outras áreas de políticas sociais, a partir de finais da década de 1970 começa a se articular um movimento que, de certa forma, desafia a lógica da "cidadania regulada" no que diz respeito ao direito à saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, surgido como movimento social articulando atores vinculados ao campo da saúde, especialmente aqueles oriundos das universidades públicas brasileiras (CÔRTES, 2009; HOCHMANN, 2012), construiu uma concepção de saúde pública ligada à ideia de cidadania e universalidade. Nesse sentido, o conceito "saúde" seria visto como um direito universal, acessível a todos, uma vez que o indivíduo, nessa lógica, seria visto como um cidadão portador de direitos. Dessa forma, o Movimento da Reforma Sanitária teve sucesso em pautar as discussões na área de saúde, culminando na emblemática Conferência Nacional de Saúde de 1986, onde, sob a liderança do médico Sérgio Arouca, definiu-se uma concepção de saúde pública como "direito de todos e dever do Estado" (HOCHMANN, 2012). Essa concepção, por sua vez, seria transposta para a Constituição Federal de 1988, formando a base na qual (em tese) deveria se estruturar todo o sistema público de saúde brasileiro.

Diante da reforma sanitária e demais embates, a construção da saúde como direito de todos e dever do Estado surgiu no Brasil e se defrontou com um arcabouço já plenamente institucionalizado na prestação de serviços privados de saúde, que remontava à própria construção da área, na década de 1930 (MENICUCCI, 2014). Ainda assim, o SUS se consolidou como um sistema de saúde que garante acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde (PAIM, 2009). E embora tenham sido estabelecidas e ampliadas as ações na atenção primária[5], no nível hospitalar a

[5] O sistema de saúde brasileiro estrutura-se em três níveis. O primeiro corresponde à baixa complexidade ou atenção primária. Neste nível encontram-se as ações e programas voltados à prevenção, como o Programa de Saúde da Família (PSF), que recentemente foi configurado para Estratégia de Saúde da Família (ESF). A atenção básica, assim, constitui-se como "o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, mas emprega tecnologia de baixa densidade" (BRASIL, 2007, pág. 16). A ideia de "baixa densidade", nesse contexto, diz respeito a procedimentos que empregam menos tecnologia e representam um menor gasto público para atender um maior número de cidadãos. No nível seguinte a atenção secundária, ou média complexidade, encontram-se hospitais regionais, ou em municípios referência, que prestam serviços onde a assistência, na prática da clínica, demande "a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento". Finalmente o

mudança torna-se mais complexa. Como dito acima, trata-se de uma organização anterior ao SUS e com práticas já institucionalizadas.

Observa-se, portanto, que a partir de uma análise que dê ênfase ao papel das instituições, a chegada do SUS nas organizações hospitalares encontrou um aparato de práticas já institucionalizadas. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou um plano denominado de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, o qual apontava para uma defasagem da capacidade das organizações hospitalares em responder adequadamente às demandas locais e regionais no âmbito da organização do sistema de saúde naquela época (BRASIL, 2004; FERLA et al, 2009). Essa medida demonstra a dificuldade de se implementar os princípios e diretrizes que norteiam a organização e a gestão no âmbito do SUS

O sistema de saúde brasileiro, através do SUS, passou a ser fundamentado em três pilares estruturais: as ideias de descentralização, de participação social e de integralidade (PAIM, 2009). O movimento de descentralização no Brasil foi amplo nas mais diversas áreas de políticas sociais, e nesse sentido a saúde despontou como uma das pioneiras (ARRETCHE, 1999). A implementação das políticas públicas, assim, passaria a ser responsabilidade dos municípios, com a exigência de controle social.

Nesse sentido, a ideia de participação social passava também a ser concretizada, conforme o preceito da Constituição Federal de 1988 que afirma que as políticas públicas deverão contar com a participação e o envolvimento da sociedade civil na sua formulação e implementação. Aqui também observa-se a área de saúde como pioneira, tendo sido a primeira a constituir conselhos de participação social (CÔRTES, 2009).

Finalmente, a noção de integralidade pressupõe repensar a forma de trabalhar, ampliar a concepção de saúde, ampliar as práticas. Está baseada em uma concepção de reconstrução da gestão pública, contrária à lógica da privatização e da incorporação da gestão empresarial, a qual possui um padrão de produtividade que foi pensado para a produção de mercadorias, uma forma de pensar que é efetiva na produção de coisas (CAMPOS, 2016). Isso porque o sistema de saúde é integrado em rede, com vistas a alcançar as melhores condições de saúde para a população. Nesse sistema, a concepção de saúde é ampliada, conforme mostra a citação abaixo:

---

nível terciário, ou alta complexidade diz respeito a um "Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo" (BRASIL, 2007). Trata-se do nível onde há o maior dispêndio de recursos, uma vez que os tratamentos são os mais complexos e caros, como transplantes, cirurgias e outras intervenções.

> A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; FILHO, 2003).

A integralidade perpassa pela ideia de que o usuário deve ser o centro do cuidado, compartilhando seus saberes e histórias com profissionais das mais diversas formações. Dentro dessa perspectiva, a integralidade da atenção hospitalar, segundo Cecílio e Merhy (2003), pode ser problematizada a partir de duas formas distintas de perceber a organização hospitalar: (1) a integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital (a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si) e (2) a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde.

A primeira perspectiva considera a integralidade do sistema hospitalar como a conjugação do trabalho de vários profissionais que se articulam para a prestação do cuidado em saúde. Já a segunda perspectiva percebe a organização hospitalar inserida no sistema de saúde e articulada com as demais organizações, de diferentes níveis de complexidade, para a implementação de linhas de cuidado. A ideia de linhas de cuidado leva em consideração que cada pessoa transversaliza o sistema de saúde como um todo e, dessa forma, a integralidade só pode ser concebida em um sistema organizado em rede (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Além disso, a ideia de cidadania, portanto, passou a ser articulada e fazer parte da concepção de "usuário" no sistema de saúde brasileiro. As pessoas que utilizam o sistema, assim, passam a ser consideradas, no novo desenho institucional que se estruturava a partir da Constituição Federal de 1988, antes de mais nada, cidadãs. Esta visão se estruturava em uma concepção mais ampla e global do indivíduo, onde a ideia de integralidade se torna central, sendo inclusive incluída no próprio texto constitucional: "Integralidade teria a ver com uma atitude caracterizada pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento" (MATTOS, 2001, pág. 23).

Essa concepção integral que se estrutura a partir do SUS, desafia uma lógica já consolidada na área de saúde pública. Historicamente, no Brasil, a população foi vista como agente passivo, carente de assistência em saúde. Essa perspectiva coloca o sujeito em posição de inércia frente ao governo e aos próprios profissionais de saúde, isto é, frente ao sistema público de saúde como um todo. No lugar de um sujeito, tinha-se um paciente, reduzido à sua situação de doente necessitado de tratamento. Essa visão, certamente, não

era estendida a toda a população, mas sim às camadas mais carentes, ou seja, a grande maioria, que não tinha condições de pagar pela sua assistência.

Esse histórico impediu o desenvolvimento de um posicionamento ativo da população frente a sua realidade, o colocando como o pobre e não como cidadão. "Sob o risco de exagero, diria que pobreza e cidadania são categorias antinômicas, [...] diria que, na ótica da cidadania, pobre e pobreza não existem. O que existe, isto sim, são indivíduos e grupos sociais em situações particulares de denegação de direitos" (TELLES, 1999, p. 129).

Telles (1999) coloca em perspectiva a diferença que deve ser estabelecida entre considerar que o cidadão é dotado de direitos sociais, enquanto agente histórico, e considerá-lo como o pobre, o carente, o necessitado, aquele que precisa de ajuda para a sua sobrevivência.

> Direitos que recriam desigualdades, pela sua vinculação profissional, são também direitos que não se universalizam e sobrepõe às diferenças sociais uma outra clivagem que transforma em não cidadãos os que escapam às regras do contrato. São os pobres figura clássica da destituição. Para eles é reservado o espaço da assistência social, cujo objetivo não é elevar as condições de vida, mas minorar a desgraça e ajudar a sobreviver na miséria. Esse é o lugar dos não direitos e da não cidadania. É o lugar no qual a pobreza vira "carência", a justiça se transforma em "caridade" e os direitos em "ajuda", a que o indivíduo tem acesso não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela esta excluído (TELLES, 1999, p.94-95).

Não se trata de negar a situação de pobreza da população, mas de reconhecer que muitas vezes ela é "percebida como efeito indesejado de uma história sem autores e responsabilidades" (TELLES, 1999, p. 103). A consolidação do SUS, de certa forma, propõe que se assuma que ela é sim fruto de uma história, e que esses sujeitos podem ser os próprios representantes da sua condição, como atores capazes de fazer escolhas a partir de um olhar de dentro da sua condição. Pois, como expressa Mizoczky (2002, p. 81), a "naturalização da pobreza impede o enfrentamento das suas causas e induz à noção de mínimos sociais".

> Um dos objetivos das políticas governamentais, ao criarem mecanismos e instrumentos de participação, é que eles contribuam para dar 'voz' aos diferentes atores que participam em organizações hospitalares, favorecendo mudanças institucionais que viabilizem a implementação dos programas e políticas governamentais. [...] A categorização de Hirschman sobre as possibilidades de se exercer influência nas organizações pode ser útil para analisar o envolvimento dos atores societais e estatais nos hospitais. Segundo esse autor, existem duas maneiras de exercer influência: a 'saída', típico mecanismo de mercado através do qual o consumidor (ou empregado, ou apoiador de partido político) desiste de

> comprar ou de usar um determinado produto ou serviço, ou deixa a organização; e a 'voz', típico mecanismo político através do qual ele protesta, expressa oposição, preferências, exerce influência (CÔRTES, 2009, p. 185).

Hospitais são unidades assistenciais especializadas. A especialização, uma característica constitutiva da racionalidade médica contemporânea (LUZ, 2004), tende a limitar a interferência de atores externos no processo administrativo desses hospitais, inclusive no que diz respeito à participação nas redes de cuidado, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS (CECÍLIO; MERHY, 2003; FERLA et al, 2009).

> Os hospitais são organizações que têm processos decisórios extremamente fechados à participação de atores externos ou subordinados na hierarquia de poderes que lhe é característica. Distinguem-se de outras instituições na medida em que as linhas da autoridade administrativa, mas principalmente pela existência de um forte poder técnico-profissional. São organizações com marcada dualidade de poder, polarizada entre médicos e administradores. Carapinheiro (1998), ao analisar a questão dos poderes no hospital, ressaltou que sua estruturação característica nas sociedades contemporâneas e seu funcionamento cotidiano são o resultado de uma ordem negociada entre diversos atores, com preponderância dos médicos, cujo poder tem sido posto à prova crescentemente por administradores hospitalares. Assim, usuários dos serviços hospitalares, outros profissionais e, principalmente, trabalhadores não profissionalizados ocupam posições subordinadas ao poder médico e administrativo (FERLA et al, 2009, p. 177-178).

Este conjunto de concepções, especialmente a concepção de integralidade, já remontavam à década de 1970, e a uma ampla discussão em nível mundial no campo da saúde pública. Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional de Alma Ata, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa conferência representou um marco nos rumos das políticas de saúde no mundo, ratificando a saúde como um direito humano fundamental (GIL, 2006) e estabelecendo a meta de "saúde para todos no ano 2000" (BUSS, 2000).

> No Brasil, nas sete primeiras Conferências Nacionais de Saúde, as plataformas para o diálogo político nacional no setor da saúde entre 1941 e 1977, tiveram, distintamente, uma abordagem de cima-para-baixo e para funcionários públicos, com uma progressão clássica de planos nacionais para programas, com a expansão da rede de serviços de saúde primários. O marco decisivo veio com a 8ª conferência, em 1980: o número de participantes aumentou de algumas centenas para 4.000 participantes, dos eleitorados mais diversos. Nesta e todas as conferências subsequentes prosseguiram agendas que, mais do que nunca, eram orientadas por valores de democracia na saúde, de acesso, de qualidade, de humanização dos cuidados e de controle social. A 12ª conferência nacional, em 2003, anunciou uma terceira fase de consolidação: 3.000 delegados, 80% deles eleitos; a saúde como um direito para todos; e como um dever do Estado (OMS, 2008, p. 92).

É importante destacar, com base na citação acima, a grande ampliação da participação social no campo da saúde no Brasil a partir da década de 1980 e principalmente nos anos 1990. Em certa medida, a construção do sistema de saúde pública brasileiro é marcada por uma virada de rumo a partir de finais do período dos Governos Militares. Essa mudança de rumos trouxe o envolvimento de novos atores e possibilitou a construção de novas percepções que passaram a conviver e disputar espaços no âmbito da prestação e promoção de serviços de saúde no país. Nesse sentido, o quadro abaixo traça um breve panorama desse cenário:

Quadro 1 - Promoção da Saúde no Brasil: breve cronologia

Década de 1970
• Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde
• Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca
• Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ)
• Surgimento do "movimento sanitário"
• Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata
Década de 1980
• Movimento de redemocratização do país
• Protagonismo político do "movimento sanitário"
• Preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985)
• VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade. No Canadá, aparece a Carta de Ottawa (1986)
• Processo constituinte, com grande participação do "movimento sanitário" (1986-1988)
• Constituição Federal, com características de promoção da saúde (1988)
Década de 1990
• Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990)
• Organização dos Conselhos de Saúde em todo os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991)
• RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992)
• Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995)
• (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis
• Surgimento da revista Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999)

Fonte: BUSS, 2000.

O quadro acima mostra a construção de um desenho institucional que seria a base para as ações dos atores no campo da saúde a partir da década de 1990, quando o sistema começa, de fato, a ser implementado. Ocorre, entretanto, conforme muitas vezes destacado nesse trabalho, que esse processo não se deu num vácuo. Ele conviveu, e convive, com lógicas já institucionalizadas, e outras em vias de institucionalização, especialmente no

contexto das políticas neoliberalizantes que se tornaram extremamente influentes ao longo da década de 1980, com os governos de Ronald Reagan nos Estados Unidos e Margareth Tatcher no Reino Unido. A seção seguinte discute esses aspectos, buscando relacioná-los com a reflexão sobre as práticas de gestão de saúde, especialmente no que diz respeito à influência crescente de uma lógica empresarial transplantada para a administração pública.

6.1 Saúde Pública e hospitais universitários: a década de 1980 e a ascensão da lógica neoliberal

Conforme destacado acima, há uma mudança no sistema de saúde que coloca as pessoas como o centro dos cuidados de saúde além de uma concepção de cidadania como direito inalienável e universal. Para isso, a Organização Mundial de Saúde (2008), aponta que é necessário tomar conhecimento das expectativas dos cidadãos com relação à saúde e garantir que essa voz possa influenciar na forma como os serviços de saúde são organizados.

> As crises políticas e econômicas criam obstáculos na resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento. A comercialização desregulamentada é acompanhada pela indefinição das fronteiras entre atores públicos e privados, enquanto a negociação de direitos está cada vez mais politizada [...] Em vez de melhorarem a sua capacidade de resposta e anteciparem novos desafios, os sistemas de saúde parecem estar à deriva entre prioridades imediatistas, cada vez mais fragmentados e sem uma orientação definida (OMS, 2008, p. XIII).

A concepção de gestão subjacente ao Sistema Único de Saúde, assim, está fundada em visões e conceitos que transcendem as fronteiras brasileiras. Pode-se afirmar que o Movimento Sanitarista, de certa forma, trouxe essa discussão para o Brasil. Nesse sentido, a própria prática de gestão no SUS deve considerar elementos importantes no que tange as práticas. Partindo desses pressupostos, considera-se que as ideias e percepções dos gestores constituem também suas práticas, pois fazem parte da maneira com que o trabalho é organizado. Como é possível perceber, trata-se de uma forma de entender e interpretar a saúde que começou a ser desenvolvida, em âmbito internacional, ainda em finais da década de 1940, no imediato pós Segunda Guerra Mundial, mas que só começou a ser de fato construída no Brasil a partir da implantação do SUS na década de 1990.

Toda a literatura que esteve na base de construção da ideia de gestão do Sistema Único de Saúde é refratária à lógica de mercado e resistiu ao poderoso *lobby* do setor privado. Entretanto, trata-se de uma disputa contínua, entre visões diferentes sobre o que significa saúde e o que significa gestão da saúde. Tome-se, como exemplo, o conceito de saúde emanado na mais importante conferência de saúde da história do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde:

> Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, pág. 1)

Resultado de movimentos sociais e lutas que foram criando marcos de um processo de institucionalização, o SUS, embora possa ser caracterizado como institucionalizado, ainda é um processo recente, com pouco mais de duas décadas de consolidação. E essa consolidação se dá num contexto extremamente adverso. Campos (2016) afirma que, sem luta e defesa permanente, o SUS poderá ser desconstruído pela força e dinâmica do mercado, por ser antagônico ao espírito essencial da economia de mercado. Afinal, no fim das contas trata-se de um projeto político. Um projeto estruturado com base na ideia de políticas sociais e prestação universal de serviços, na esteira das políticas de proteção social que surgiram a partir do chamado consenso keynesiano após o término da Segunda Guerra Mundial. Nesse sentido, a manutenção de uma ideia de saúde pública depende da construção de uma estrutura que garanta o direito a saúde, com um sistema que seja efetivo e eficaz. Caso contrário, ao apresentar dificuldades de garantir esse direito, há uma consequente perda de legitimidade que pode minar as bases do sistema (CAMPOS,2016).

Não se pode perder de vista que a área de saúde, enquanto área de políticas sociais, é profundamente afetada pelo que ocorreu no âmbito mais geral da crise dos modelos keynesianos e dos modelos de proteção social estabelecidos a partir do pós-Segunda Guerra Mundial. Modelos nos quais as políticas adotadas, o aparelho estatal de oferta de bens e serviços e o sistema de bem-estar social foram vistos como um pesado ônus ao Estado, que realizava um investimento em infraestrutura e em políticas sociais aos cidadãos. Ao longo da década de 1970 e principalmente da década de 1980 se torna predominante o discurso da "crise do *Welfare State*". Nesse sentido, através de um discurso de esgotamento do modelo de Estado de Bem-Estar Social e de flexibilização do trabalho, o Estado passou a

orientar-se por um discurso de redução da esfera pública e reconfiguração do seu papel na regulamentação e expansão da esfera privada.

Arienti (2003) ressalta que diante desse discurso de ineficiência das políticas keynesianas, a ação governamental passou a incorporar o comportamento empresarial como um modelo de eficiência para a administração pública. Esse discurso de ineficiência congênita do setor público se torna paradigmático a partir da ascensão dos governos Margareth Tatcher e Ronald Reagan na Inglaterra e Estados Unidos respectivamente. Este último, ao definir que "os governos nunca são a solução para nada, mas sim parte dos problemas", consolidava uma ideia segundo a qual as soluções deveriam ser encontradas no âmbito privado, excluindo possibilidades de aprimoramento da administração pública. No entanto, essa crítica ao Estado não implica em fortalecimento das instâncias de controle social da sociedade civil, compartilhamento de decisões ou diminuição do poder do Estado. Em verdade, significa reconfigurar o papel do Estado para que esse sirva aos interesses da economia de mercado.

> A chamada economia de mercado, diz ele [James K. Galbraith], não poderia funcionar sem a densa rede de dispositivos sociais, educacionais, científicos e militares herdados dos períodos anteriores [...] Muito frequentemente esquecemos que o neoliberalismo não procura tanto a 'retirada' do Estado e a ampliação dos domínios da acumulação do capital quanto a *transformação da ação pública*, tornando o Estado uma esfera que também é regida por regras de concorrência e submetida a exigências de eficácia semelhantes àquelas a que se sujeitam as empresas privadas (DARDOT; LAVAL, 272).

O ideário neoliberal e de crítica ao papel do Estado, já em voga nos países centrais ao longo dos anos 1980, se estabelece e ganha força na América Latina ao longo da década de 1990. No Brasil, trata-se justamente do momento no qual se está começando a efetivar, na prática, a concepção de saúde pública como direito de cidadania, direito de todos e dever do Estado. Entretanto, o Estado e as capacidades estatais encontram-se sob forte ataque nesse momento. As políticas neoliberais são marcadas pela incorporação de um discurso de esgotamento do Estado de bem-estar keynesiano e, consequentemente, o da necessidade de instituir uma lógica privatista e neoliberal como padrão de governança estatal. Torna-se paradigmática a defesa de um Estado menos oneroso, mais flexível, orientado à empresa, à inovação tecnológica e ao trabalho, que tornou-se um símbolo de modernidade e de progresso (ARIENTI, 2003). As ideias neoliberais, que já eram consolidadas à direita, ganham força também na esquerda, a partir da ascensão da chamada "terceira via", principalmente nos países europeus. Dois elementos são centrais no neoliberalismo: a centralidade da economia de

mercado e a generalização da forma empresa nos mais diversos contextos sociais (FOUCAULT, 2008). Este conjunto de transformações teria reflexos profundos nas organizações que estão "na ponta" dos serviços de assistência e de formação da força de trabalho em saúde: os hospitais universitários.

Toda essa dinâmica social e política, causa repercussões na forma com que o sistema de saúde está organizado e estruturando, o que representa um impacto nas organizações de saúde, dentre elas as organizações hospitalares. Os hospitais universitários situam-se no nível da alta complexidade, o que pressupõe gastos com alta tecnologia, e, além disso, por vincularem-se ao processo de ensino e pesquisa, apresentam um alto custo para manutenção de suas atividades (MÉDICI, 2001). Esse alto custo torna-se evidente, principalmente, quando comparado a hospitais privados, os quais podem optar por prestar apenas serviços que ofereçam lucro.

Essa articulação entre a alta complexidade e a área de educação, eixos nos quais os hospitais universitários estão inseridos, evidencia uma contrapartida essencial à sociedade no que diz respeito à prestação de serviços de saúde e à formação de profissionais para atuarem nessa área. A presença desses dois elementos limita a possibilidade de uma comparação direta com os demais hospitais do sistema de saúde. Portanto, a construção de uma "crise" nos hospitais universitários, realidade que é histórica, expressa um processo que mobiliza interesses em jogo e as circunstâncias de cada momento político.

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se colocou justamente como uma solução para essa "crise". Seguindo tal lógica, os "problemas de gestão" ou a "crise de gestão" nos hospitais universitários são questões relacionadas a gerenciamento deficiente, ineficaz e incompetente. Ou seja, algo relacionado a características intrínsecas a um tipo específico de gestão: a gestão pública. Com isso não se quer dizer que não houvessem problemas de gestão nos hospitais. Entretanto, a discussão que se faz diz respeito à forma como se mobilizou essa ideia de crise no sentido de uma estratégia política que desencadeou na implementação de uma solução empresarial.

A partir de 2005, a análise de um conjunto de vários acórdãos emitidos pelo Tribunal de Contas da União (TCU) identificava sérios problemas de gestão nos hospitais universitários federais. É interessante destacar, contudo, que as soluções apresentadas nesses acórdãos iam na direção de princípios próprios da administração pública, não se observam menções a soluções empresariais. Entretanto, a partir de 2009, há uma inflexão na orientação geral dos acórdãos emitidos pelo TCU. Surgem, no âmbito das soluções

apresentadas, elementos voltados à lógica da gestão empresarial. Apresenta-se a necessidade urgente de constituição de um modelo institucional onde a empresa tem centralidade. Dentro desse modelo, termos como "metas", "indicadores", "responsabilidade por resultados", "parâmetros de produtividade", "benchmarking" surgem como balizadores para o que seria concebido como "boas práticas" que deveriam ser inseridas na gestão pública.

No final de 2011, tem-se efetivamente a criação da EBSERH[6] para administrar os hospitais universitários federais. Administração que seria feita através do estabelecimento de contratos de gestão que auto responsabilizam os hospitais universitários pelo alcance dos resultados, como se esses fossem organizações desvinculadas de uma rede coesa. Ao contrário, concebe-se os hospitais como organizações atomizadas, cada uma buscando a sua própria sobrevivência. Uma solução para a "crise" que dava menor ênfase à inserção desses hospitais em um sistema de saúde organizado em rede. Não foi possível perceber qualquer tentativa de solução pautada no estabelecimento de redes para a redução de custos, como aumentar as relações com a Atenção Básica em Saúde. Ao invés disso, a redução de custos foi pautada em uma lógica empresarial e individualizada.

Além disso, o foco dado nesses contratos é o estabelecimento de metas de desempenho, não há referência aos processos. Até mesmo a menção que é feita ao aprimoramento de pessoal e às melhorias na atuação desses hospitais tem como base avaliação dos resultados, ou seja, como melhorá-los. Não se trata de desconsiderar a importância dos resultados na área da saúde. A reflexão que é colocada aqui diz respeito à ênfase dada às metas e aos resultados, sem fazer menção aos elementos de contexto social que evidenciem um compromisso com a melhora nas condições de saúde da população.

É possível perceber que a construção da "crise" desses hospitais girou em torno de aspectos financeiros. Esse processo se reflete nos documentos que constituem a EBSERH, onde o maior destaque é dado ao foco nos resultados financeiros. Inclusive isso aparece claramente no documento de criação da EBSERH, onde a expressão "lucro líquido" aparece vinculada a termos como "aplicações financeiras", "dividendos", "bonificações", "rendas", dentre outros. A análise dos documentos demonstra que esse tende a ser o objetivo final da empresa. Como qualquer empresa, os hospitais geridos pela EBSERH precisam dar lucro. No caso específico da EBSERH não se considerou a possibilidade da

[6] A discussão realizada neste trabalho em relação ao processo de construção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se baseou em pesquisa de conclusão de curso realizada pela autora no âmbito do curso de Administração da Universidade Federal de Pelotas (BORGES, 2017)

inserção efetiva desses hospitais no sistema de saúde público, aqui entendido como o SUS, seus princípios e diretrizes. Afinal, se houvesse uma maior ênfase na prevenção e promoção da saúde (Atenção Básica à Saúde), com um sistema articulado em rede, conforme preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS, evitar-se-ia o desenvolvimento de algumas comorbidades de caráter agudo e crônico que necessitam de atendimento hospitalar de alta complexidade, o que representaria uma redução mais significativa dos gastos públicos.

6.2 A gestão de um Hospital Universitário: SUS e EBSERH

O histórico dos hospitais universitários mostra que essas organizações, em sua maioria, foram mantidas por verbas públicas vinculadas às faculdades de medicina. Apesar disso, são organizações que se desenvolveram de forma independente, distante da população e de seu perfil epidemiológico, e sob o domínio dos interesses da classe médica especializada. Hospitais universitários, assim, criados como espaço para prática das escolas de medicina, ao longo do tempo se estruturaram como organizações que fortaleciam a lógica da medicina centrada na figura da profissão médica (MÉDICI, 2001). O estudo de Araújo e Leta (2014), ao analisar o surgimento dos Hospitais Universitários (HUs), mostra a forte ligação que estabelece entre os hospitais de ensino no Brasil e os cursos de medicina; sendo os primeiros criados, majoritariamente, em função de demandas dos segundos.

> Apesar de existirem diferentes contextos que levaram à fundação dos HUs, é inegável a forte contribuição e o peso das faculdades de medicina nesse processo. A demanda por um espaço prático para os cursos de medicina aparece como a principal motivação para a fundação dos HUs. Assim, essa instituição parece nascer com a vocação principal voltada para o ensino médico, mas não o ensino da sala de aula convencional, o ensino da clínica, que guarda, evidentemente, íntima relação com a assistência. A missão institucional fortemente ancorada no binômio ensino-assistência é a marca central da fundação de todos os 31 HUs estudados, evidenciada pelas falas dos gestores entrevistados e pelas informações oficiais de seus sites. A despeito da grande influência do Relatório Flexner na condução do ensino médico brasileiro, já desde os anos de 1940, a maior parte desses HUs é fundada nas décadas seguintes, sem a preocupação de reconhecimento como instituições de pesquisa ou, em outras palavras, centros de produção de conhecimento. Importante mencionar também que, nos anos 1950, são fundadas as primeiras agências de apoio à atividade científica no país, caracterizando um momento propício para o surgimento de instituições imbuídas pelo espírito científico. Esse espírito, no entanto, parece não ter sido o mote das fundações dos HUs (ARAÚJO; LETA. 2014, p. 1270).

O processo de construção e implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) ensejou uma possibilidade de abertura e mesmo de ruptura com uma lógica onde prevalecia o *status* da classe médica. Pode-se afirmar que há o enfraquecimento, ainda que relativo, do que se poderia chamar de um poder tradicional, centrado no status do profissional médico, e abertura para outras especialidades e outros atores que passam a participar dos processos de gestão. Entretanto, essa mudança não significou, necessariamente, uma transformação no sentido de romper com a lógica centrada na especialização, na técnica e na centralidade do hospital, em detrimento de outros *locus* de atenção à saúde, especialmente as unidades básicas, conforme preconizado nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde. O grande questionamento que se faz aqui é o seguinte: em que momento o SUS entra no hospital, como se dá esse processo, especialmente considerando-se as percepções dos gestores que atuam no cotidiano da prática administrativa?

Para analisar essas questões optou-se por traçar um panorama relativo ao processo de implementação da EBSERH, e a forma como se deu esse processo junto aos gestores que atuariam no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG). A análise desse processo é realizada considerando-se o contexto mais amplo das ideias e concepções de gestão que foram se institucionalizando no âmbito do sistema público de saúde brasileiro ao longo do tempo.

Com a implementação da EBSERH, houve, juntamente com a retirada da autonomia da universidade, um compartilhamento de poder, onde um saber gerencial passa a ser considerado com mais intensidade nos processos de tomada de decisão, conforme pode ser deduzido da análise do Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (PDE, 2016). A análise desse documento traz como grande marco e arcabouço institucional o desenho delimitado pela EBSERH, porém destacando muito claramente o processo de mudança institucional representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. De acordo com o documento, até a década de 1980 “os hospitais nutriam um modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcava como centros de cura e reabilitação.” (PDE, 2016, pág. 12). O documento deixa claro que após a implantação do SUS estrutura-se um novo desenho hospitalar, que impacta nas dimensões tanto gerenciais quanto assistenciais e de ensino nos hospitais universitários brasileiros.

O conjunto de reformas e mudanças estruturais no âmbito da gestão dos hospitais universitários brasileiros culminou na criação da EBSERH, e na adesão dos hospitais universitários. A lógica subjacente ao funcionamento desta empresa se estruturou em um conjunto de práticas gerenciais aproximadas ao setor privado (GOMES, 2016)[7]. Um dos primeiros passos na inserção dos hospitais universitários ao sistema EBSERH se deu mediante um curso de especialização oferecido aos gestores dos hospitais universitários que passariam a integrar a EBSERH. O ponto a ser destacado aqui diz respeito ao desenho desse curso. Denominado de Gestão para os Hospitais Universitários Federais no SUS, tratou-se de uma formação ocorrida em um dos maiores hospitais privados do país, o Hospital Sírio Libanês, em São Paulo (PADILHA, 2016). Nesse aspecto, é de se considerar a observação feita por Gomes (2016, pág. 35): "As diretrizes do Sistema Único de Saúde, como universalidade, equidade e integralidade são questões que devem ser resgatadas diante dos valores privados presentes no gerenciamento dos serviços públicos hospitalares pela EBSERH". Essa observação torna-se mais emblemática quando se considera que a formação aos gestores não se deu em um hospital público, mais voltado e adaptado à lógica do SUS. Considere-se, por exemplo, o caso do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre. Trata-se de um hospital com longa trajetória de articulação com o SUS, possuindo inclusive um consolidado e amplo serviço de saúde comunitária (CASTRO et al, 2014)[8].

As discussões que pautaram a crise dos hospitais escola, e que desencadearam todo o processo que levou à implementação da EBSERH foram pouco influenciadas por argumentos calcados na lógica de gestão preconizada a partir dos princípios do SUS. Diferente disso o debate se baseou em uma comparação estabelecida com os hospitais vinculados a lógica do mercado. Nesse sentido, o estudo realizado por Cislaghi (2010) evidencia uma lógica de mercado que coloca lado a lado hospitais públicos e privados. A autora, na sua análise comparativa, e dando ênfase aos problemas de gestão e financiamento dos hospitais universitários, chama a atenção para o fato de que

> O primeiro diagnóstico apresentado é que esses hospitais seriam caros. Responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos na maioria dos países podem ser responsáveis por desde 9% até 40% do total de gastos na área da saúde. Segundo dados da ABRAHUE, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, a realidade brasileira em 2001 era de 9% dos leitos, 12% das

[7] Estudo realizado pela autora desta pesquisa também evidencia a lógica empresarial privada que esteve subjacente ao processo de construção da EBSERH (BORGES, 2017).
[8] Ver: Gerência de Ensino e Pesquisa GHC: http://ensinoepesquisa.ghc.com.br/index.php/30-risghc/301-saude-da-familia-e-comunidade-sfc

> internações e 24% dos recursos do SUS estarem nessas instituições. Essa realidade, porém, decorre dos altos custos da alta complexidade dos procedimentos realizados por esses hospitais. É necessário levar em consideração que esses hospitais realizaram no mesmo período 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais, o que justifica seu alto custo de manutenção (Ibd, p. 1).

De acordo com a argumentação da autora, pode-se analisar uma situação a partir de uma chave explicativa voltada para o "alto custo". Entretanto, também pode-se analisar a mesma situação a partir de uma chave explicativa que destaca "políticas públicas sendo implementadas". Certamente que políticas públicas precisam ser financiadas. Entretanto, políticas públicas de saúde, dado seu caráter de política social não integram o rol de serviços de interesse de mercado. É a partir desse enfoque, que pode ser descrito como ideológico, que se desenvolve toda uma discussão baseada em "problemas de gestão" e que não coloca em perspectiva outro grande "problema", o qual diz respeito ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

> As forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade, mas a lógica de mercado atravessa toda a produção do sistema. Não se consegue mais recursos e se consegue mudar muito pouco a lógica interna da distribuição de recursos, que seguem fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), segmento em que estão concentrados os procedimentos e a utilização de tecnologia dura. Em geral, na vigência do SUS, a alta complexidade concentrou 3/4 dos gastos em saúde, embora seja responsável por 1/3 dos atendimentos. É a lógica de mercado que governa a incorporação tecnológica, havendo apenas interferência da ANVISA em relação a padrões mínimos de qualidade. [...] O SUS compra no mercado a preços de mercado. O único elemento que ficou fora dessa lógica foi o trabalho. É aí que o SUS economiza: nos salários, na proporção trabalhadores/habitantes - nas equipes de saúde da família, nas equipes de saúde bucal, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) etc. -, nas condições de trabalho. Há que se reconhecer que ultimamente, graças ao enorme poder da corporação médica, que conseguiu limitar o crescimento das escolas médicas e seguir no controle da residência médica, é o mercado (oferta e procura num regime de escassez) que regula os salários dos médicos – duramente disputados entre SUS e saúde suplementar (FEUERWERKER, 2014, p. 77).

O problema de financiamento dos hospitais universitários federais é histórico e tornou-se ainda mais intenso quando esses hospitais deixaram de ser apenas hospitais de ensino e passaram a ser referência em assistência em saúde (OLIVEIRA, 2014). Situação essa que acaba não sendo colocada em perspectiva, desde a construção da crise até a implementação da EBSERH. Nesse sentido é importante destacar que a lei de constituição da empresa destaca todo um artigo, o oitavo, referente a fontes de recurso da organização, onde se destacam termos como "aplicações financeiras", "dividendos", "bonificações",

"rendas", dentre outros (BRASIL, 2011a). A expressão máxima dessa lógica voltada para resultados financeiros aparece no parágrafo único do artigo oitavo: "O lucro líquido da EBSERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa" (BRASIL, 2011a). Aqui pode-se fazer um questionamento de cunho quase retórico relativo ao que realmente importa nessa discussão: lucro líquido ou o objeto social da empresa? Por tratar-se de uma pergunta retórica, já se tem a resposta: ao longo da análise documental realizada por Borges (2017) observa-se que há inúmeras referências a termos como "lucro", "resultado", "custo-benefício" e pouquíssimas referentes ao que seria o objeto social dos hospitais universitários, a prestação de serviços de saúde e de educação.

O panorama descrito acima evidencia uma lógica institucionalizada no sistema de saúde brasileiro. É muito importante destacar que não se pretende aqui realizar uma crítica baseada em juízo de valores, mas sim constatar que um conjunto de fatores consolidados ao longo de tanto tempo no sistema de saúde brasileiro não seriam facilmente transformados. Além disso, toda a concepção tanto de saúde pública quanto de gestão subjacente ao SUS (ver CAMPOS, 2007) teria também de se contrapor não apenas a estas lógicas já institucionalizadas, mas também à influência das abordagens sobre gestão pública amparadas nos preceitos de escolha racional, como preconizados pelo *New Public Management.*

Tendo em vista o que foi exposto até aqui, e considerando-se a institucionalização de lógicas distintas no âmbito do sistema de saúde brasileiro, procede-se a seguir com a descrição e análise das entrevistas realizadas com gestores do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. da Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG). Busca-se na análise, a partir do problema de pesquisa que orienta esse estudo, identificar e compreender a forma como as percepções e visões dos gestores ecoam lógicas de gestão que vão muito além do seu alcance, e que estão consolidadas no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

6.3 As Percepções dos Gestores em Relação à Saúde Pública

No que tange a percepção dos gestores sobre saúde pública, por se tratar de um tema amplo, surgiram diferentes eixos pelos quais as análises e considerações dos entrevistados atravessam. Os principais dizem respeito a uma caracterização do sistema público de saúde no Brasil e suas perspectivas futuras; a elementos que estão presentes no que é proposto

pelo SUS, mas que não realizam em termos de práticas; e os problemas enfrentados por esse sistema.

Um primeiro aspecto a ser destacado diz respeito à visão mais geral em relação ao Sistema Único de Saúde. A percepção dos gestores mostrou que o Sistema Único de Saúde (SUS) é concebido como um sistema ideal, no entanto, esse sistema não se realizaria na prática. Nessa percepção, quase unânime de que ele não se traduz nas ações públicas de saúde, diferentes percepções são expostas sobre o futuro do Sistema Único de Saúde. Essas diferentes visões vão desde uma crença de que se trata de um processo no qual se está caminhando para possibilitar a concretização do sistema público de saúde conforme foi concebido o SUS, até a descrença total de que ainda seja possível torna-lo real.

> Eu acho que quando o sistema de saúde começou ele foi muito bem implantado e havia uma condição para tal. O país, em 1988, tinha outras características, havia um apelo para que houvesse uma melhoria à assistência, como um todo, social, mas ao longo desses muitos anos, nesses quase trinta anos, são vinte e oito anos, vinte e nove anos, eu não vejo mais essa sustentabilidade do sistema único de saúde, infelizmente (ENTREVISTADO 3).

> Nós temos um projeto, uma fala, e outra ação. [...] É um plano maravilhoso, desde que ele conseguisse ser implantado na sua íntegra, que a gente vê que não é fácil [...] E é difícil o sistema caminhar como o projetado. Nós temos muito que caminhar ainda, pra que o SUS efetivamente seja a fiel representação daquilo que foi sonhado, do que foi planejado, ainda temos um caminho árduo e um caminho longo (ENTREVISTA 13).

O reconhecimento de que não se trata de um processo de construção simples se expressa em falas como “o nosso país tem um dos mais complexos sistemas de saúde público que existe” (ENTREVISTA 1), fato que aparece relacionado ao "tamanho do nosso país, diversidade da população” (ENTREVISTA 4). É mencionada a dificuldade de um sistema público que tem como objetivo garantir uma assistência igualitária para a totalidade da população, dadas as dimensões de um país como o Brasil. Uma entrevistada se refere ao fato de que a própria ideia de universalidade é praticamente inviável, dada a população do Brasil: “ter um sistema que tente garantir de forma igual pra todos esses duzentos milhões, eu vejo que é extremamente difícil" (ENTREVISTA 4).

> A saúde pública no Brasil não é para principiantes, o país é muito grande, os problemas são muito grandes e muito desiguais. Então é o maior sistema público de saúde do mundo. Uma coisa muito grande tem grandes coisas boas e grandes problemas. Então eu vejo que a saúde pública brasileira evoluiu demais com a criação do SUS, teve avanços expressivos em termos de prevenção, no que se refere a campanhas de prevenção, vacinação, etc. (ENTREVISTA 12).

> Acho que é fantástico a lógica do SUS. O SUS, no papel, ele funciona de uma forma bela, fantástica. Com as possibilidades de acolher cem por cento da demanda espontânea que chega até ele, ofertando serviços em todas as especialidades, regulado, com referência e contra-referência no ramo de saúde. Mas na prática a gente sabe que acaba não funcionando bem assim. Então acho que assim, existe um SUS no papel, que foi pensando e projetado de uma forma muito boa e até prática e funcional, mas na prática ele encontra muito entrave (ENTREVISTA 1).

Dentro da lógica de funcionamento do SUS, são apontados alguns elementos que, embora preconizado pelo Ministério da Saúde, não se concretizam na realidade da saúde brasileira, dentre eles: dificuldade de acesso dos usuários ao sistema de saúde; a política de prevenção como fator que reduziria a necessidade de investimentos na alta complexidade; a não utilização do controle social como forma de assegurar a garantia do direito à saúde; e a organização do sistema em rede, ou seja, não há uma integração entre as organizações de diferentes níveis de complexidade no sistema de saúde. Esse último tópico se articula ao elemento que é mais comum dentro da percepção dos gestores, o fato de que esse ainda é um sistema hospitalocêntrico, que ainda é dependente e se articula em torno das organizações hospitalares.

O acesso do usuário ao sistema de saúde é apontado como uma das dificuldades que ainda são encontradas quando se fala em sistema público de saúde. “O sujeito que consegue ingressar no sistema tem uma trajetória, o que não consegue tem outra. É difícil fazer parte do sistema” (ENTREVISTA 13). Para além de simplesmente conseguir acessar o sistema público de saúde, ainda teria a questão de garantir que esse acesso seja universal e igualitário. “Ainda deixa muito a desejar em relação ao acesso ao sistema e equidade, equidade é tu dá mais pra quem tem menos e não dá pra todo mundo igual” (ENTREVISTA 12).

Nesse sentido, observou-se que a noção de equidade aparece como um ponto fundamental em relação à concepção de sistema de saúde. Para conseguir igualdade de acesso ao sistema de saúde se deveria levar em consideração as desigualdades sociais e econômicas da população brasileira. Conforme destaca um entrevistado, devido às diferenças dadas pelas condições sociais “então, aquela pessoa que tem a condição vai buscar fora” (ENTERVISTA 15). Assim, atender igualmente a todos os usuários significaria a manutenção das desigualdades, o que impede que se atinja a igualdade de acesso. Por esse motivo, “cresce em importância a noção de equidade, que admite a

possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a desigualdade" (PAIM, 2009).

Outro ponto destacado com frequência diz respeito à participação social. É percebido, por parte dos gestores entrevistados, que não há uma apropriação efetiva, pelos usuários, do controle social como forma de garantir o direito à saúde. "Muitas pessoas nem sabem dos seus direitos, [...] as pessoas não participam do controle social, [...] que seria um modo de exercer, de ter essa condição, de saber sobre a sua condição de saúde" (ENTREVISTA 15).

Articulado ao problema da participação social surgiu com frequência nas narrativas dos entrevistados a preocupação com a não efetivação da atenção básica. A necessidade de se trabalhar ações de prevenção aponta para o papel e atuação da atenção básica como fator determinante. E assim, é destacada a necessidade de "trabalhar mais com a questão preventiva, com certeza a qualidade de vida vai ser melhor, e vai evitar internações desnecessárias e vai ter uma redução de gastos significativa [...] Se trabalha muito ainda a medicina curativa" (ENTREVISTA 11). Esse aspecto relativo a não efetivação da atenção básica é apontado como um fator de não efetivação do próprio Sistema Único de Saúde. Entretanto, é importante destacar a ênfase nos custos. O grande problema parece ser mais a sobrecarga financeira com a qual os hospitais têm de lidar, do que propriamente a não efetivação daqueles princípios que estão na base do SUS. Conforme se verá adiante, isso se conecta a uma percepção do SUS como "grande financiador" do hospital, que apareceu na maioria das entrevistas.

Reconhece-se de forma preponderante que trata-se de um sistema hospitalocêntrico. Um sistema com "uma dependência muito grande dos hospitais" (ENTREVISTA 4), que são apontados como o principal pilar de atendimento do SUS (ENTREVISTA 10). Esta concepção centrada no hospital contrasta com uma ideia de prevenção e atenção básica, uma vez que de acordo com esta, não se trata de ter um "pilar principal", mas sim uma porta de entrada para o sistema, que seriam as unidades básicas. Há o reconhecimento de que esse é um sistema que necessita de altos investimentos financeiros, que poderiam ser reduzidos caso houvesse um investimento em prevenção.

> Tudo é muito caro, medicação é muito caro, os insumos também. Existe uma necessidade muito grande de atenção por parte dos poderes, e se vê isso em todas as esferas, municipal, estadual e federal. [...] O investimento na rede básica poderia ser melhor e isso poderia evitar internações futuras, adoecimentos posteriores. Então, na verdade, existe uma política enorme de investimento e de prevenção que não se concretiza (ENTREVISTA 5).

Entretanto, é interessante notar que praticamente não aparecem menções a uma formação para a atenção básica. O hospital aparece como um local de alta especialização, e não um lugar para formar médicos que atuem na atenção básica. A prevenção seria, nessa visão, uma responsabilidade "do governo", visto como algo distante. Essa falta de ênfase na prevenção por parte "do governo" teria impactos negativos sobre as possibilidades de uma gestão mais eficiente dos HU's.

Quanto aos problemas enfrentados na saúde pública, são citados principalmente os problemas de gestão e de subfinanciamento, os quais frequentemente são abordados de forma articulada. Depois surgem aspectos relacionados à falta de comprometimento das pessoas e a disputa que há entre os seguimentos público e privado. Dessa forma, a análise dos problemas apontados como atinentes à saúde pública pode partir de um diagnóstico que é majoritário entre os entrevistados: o de que o Sistema Único de Saúde é mal administrado.

A má administração, entretanto, não correria no âmbito dos hospitais universitários, conforme destaca uma entrevistada: "Não é aqui, no hospital. O sistema é mal administrado pelo Ministério da Saúde. Há muito desperdício de recursos. Não é canalizado para os pontos certos" (ENTREVISTA 2). Há uma concepção generalizada de uma crise contínua, onde "todo mundo está correndo desesperado para tentar atender à população" (ENTREVISTA 7).

A percepção sobre saúde pública é quase unânime em torno da ideia de crise. A imagem do "caos na saúde pública", conforme veiculada diariamente nos meios de comunicação da mídia tradicional, é adotada de modo integral, sem maiores problematizações:

> P: Como você percebe a saúde pública no Brasil?
> R: Como um caos. Um problema.
> P: Qual o maior problema da saúde pública?
> R: A falta de dinheiro. Mas também faltam profissionais no quadro. Profissionais especializados. Então, além da falta de dinheiro, tem também a falta de profissionais. E a falta de gestão" (ENTREVISTA 5).

> Eu acho que a questão financeira, o SUS ele é muito distante da realidade. O SUS é representado na questão hospitalar, com mais segurança, aqui no HU. [...] O hospital é cem por cento SUS. Agora, com a entrada da EBSERH, o hospital segue todas as diretrizes, todas as recomendações do SUS. Sempre tem um déficit, de relação financeira. O SUS, como é uma ferramenta sem limites, por assim dizer, às vezes, o hospital sofre com esse sem limites, apesar de ser justo.

> Às vezes, o SUS nos impõe uma realidade que a gente não consegue dar vazão (ENTREVISTA 10).

O problema de gestão então surge comumente associado ao déficit no financiamento. “Saúde custa muito caro, e se tu não tiver gestão associado a investimento, um bom investimento, tu não vai ter ganho efetivo, a gente tem também um problema de gestão” (ENTREVISTA 1). A crítica é ao fato de o financiamento da saúde hoje ser defasado. “O SUS é um excelente modelo de saúde, mas acho que o financiamento dele é equivocado. Muitas vezes talvez por algumas gestões que não são profissionais, gestões amadoras e que comprometem esse orçamento também” (ENTREVISTA 8).

Observe-se que até aqui um dos aspectos mais significativos no que diz respeito às percepções em relação ao SUS diz respeito à distância com que o sistema é visto. O SUS é visto como “excelente”, há concordância com seus princípios, mas muitas vezes transparece nas falas uma percepção de que o SUS encontra grandes dificuldades para chegar ao hospital. O SUS está no âmbito do Governo Federal, é o grande organismo financiador, e o hospital, nesse sentido, operaria distante desse organismo financiador:

> Eu vejo que a gente engatinha, eu vejo que os dois maiores problemas dentro da saúde pública ainda é financiamento, [...] o dinheiro para saúde nunca será suficiente e nunca vai ser suficiente, tu tem que fazer escolhas, mais do que ter mais dinheiro é tu tentar fazer melhor com aquilo que tu tem. [...] sempre vai faltar dinheiro, eu acho que essa é a mensagem [...] Então eu acho que o segredo é tentar fazer melhor com o que tu tem (ENTREVISTA 12).

A questão do subfinanciamento, assim, aparece como fator central a explicar a dificuldade para consolidar uma estrutura que possibilite políticas públicas de saúde capazes de atender às demandas da população. “A própria condição que nós estamos de política no país, os investimentos pra saúde, os investimentos pra educação, então, eles não são prioridades” (ENTREVISTA 15). “Acho que a questão financeira é muito distante da realidade” (ENTREVISTA 10). “Sem recursos você não consegue fazer uma boa gestão. Você não consegue trazer bons profissionais para desempenhar aquele papel” (ENTREVISTA 3).

A questão de envolvimento e comprometimento das pessoas também é apontado como um problemas dentro da esfera pública da saúde. “Então eu digo assim, se o sistema não funciona não é por causa da política, das instituições, do modo como ele foi preconizado, do modo como ele foi estudado. São as pessoas que dificultam essa situação, os que estão na gestão, os que estão na atuação” (ENTREVISTA 15). O espaço público é

percebido como permeado por uma disputa entre o segmento público e privado, com uma referência aos prestadores de serviços privados.

> Por que ele encontra, na minha percepção, muito entrave na prática? Principalmente por causa dos interesses corporativos. Acho que isso é muito forte. E a gente vê isso muito, na própria saúde pública. Principalmente municípios aonde há uma competição digamos assim, público/privado, o público sai em desvantagem (ENTREVISTA 1).

Quando questionados diretamente sobre os problemas da saúde, observa-se que, mais do que uma preocupação com o conjunto de princípios que regem a construção do Sistema Único de Saúde, que envolvem uma gama de concepções relacionadas a uma visão muito ampla de saúde pública, na visão dos gestores prepondera uma preocupação delimitada a um único fator. E esse fator, invariavelmente, tem a ver com limitações orçamentárias (ENTREVISTA 3; ENTREVISTA 6; ENTREVISTA 7; ENTREVISTA 10; ENTREVISTA 11).

A análise da percepção dos gestores com relação à saúde pública, no Brasil, demonstrou o reconhecimento de uma distância significativa entre aquilo que é proposto pelo Sistema Único de Saúde e o que efetivamente se tem conseguido realizar. As informações obtidas mostram o reconhecimento de que o SUS, enquanto princípios e diretrizes, encontra muitas dificuldades para se consolidar dentro da saúde pública.

> O SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa social em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e as maneiras de construí-la (FEUERWERKER, 2014).

Além disso, apesar do reconhecimento desse como um sistema ideal, ainda prevalece o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico. O hospitalo-centrismo, sistema de saúde que é construído em torno de hospitais e especialistas, é uma das tendências que comprometem os sistemas de saúde, conforme apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O enfoque do sistema de saúde nas organizações hospitalares torna-se uma fonte de desigualdade que é resistente à mudança. (OMS, 2008).

Além disso, trata-se de um sistema que, em virtude do histórico das organizações hospitalares, está mais alinhado à administração gerencial/burocrática do que aquela que é proposta pelo SUS. Existem adaptações possíveis entre esses dois modelos, que significam

alterações, não só na gestão, mas na assistência que é prestada ao paciente. É importante ressaltar que o modelo hospitalocêntrico e baseado em técnicas privatistas é justamente aquilo que o Sistema Único de Saúde vem tentando transformar, com vistas a trazer para a sociedade brasileira um sistema de saúde que é universal, igualitário e centrado nas condições de saúde da população.

A manutenção de um modelo centrado na organização hospitalar pode representar altos custos para o sistema de saúde, o que por sua vez, se relaciona a uma redução em verbas para que se realizem outras ações em saúde, como por exemplo, ações de prevenção e promoção da saúde, as quais situam-se em um nível de menor complexidade e menos emprego de tecnologia. O art. 196, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), destaca que o dever do Estado em garantir a saúde como um direito de todos, seria assegurado por políticas econômicas e sociais, que visam, dentre outros aspectos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, prevenção e recuperação. Salienta-se que os achados não evidenciam aspectos relacionado à promoção da saúde, tendo em vista que esse não foi um aspecto mencionado pelos gestores.

Para além dessas questões, as organizações desse sistema ainda precisam competir com organizações privadas no processo de contratualização, deixando até mesmo de receber verbas do fundo nacional de saúde, pois já há um prestador de serviço privado.

Observa-se que dentre os principais problemas enfrentados pelos hospitais universitários não chega a aparecer de maneira efetiva uma discussão profunda e complexa em relação aos princípios norteadores do SUS. Equidade, integralidade, participação e envolvimento dos usuários ou da sociedade civil, formas de gestão mais participativas, dentre outras possibilidades, parecem ser “não-questões”, algo que não vem à mente num primeiro momento, sendo somente consideradas após serem destacadas no roteiro de entrevista. Uma possibilidade de analisar essa questão seria afirmar que os gestores “têm coisas mais urgentes com que se preocupar.” Certamente que sim. Contudo, a reflexão e a problematização sobre o que é “urgente” e o que nem ao menos é mencionado pode lançar luzes interessantes quando se busca, como é um dos objetivos deste trabalho, analisar as concepções institucionalizadas de gestão nos hospitais universitários. Nesse sentido, a reflexão sobre o que os gestores pensam em relação a “o que é um hospital” pode contribuir para começarmos a entender melhor as práticas de gestão institucionalizadas.

6.4 Percepções dos gestores em relação à organização hospitalar e os hospitais universitários

As informações obtidas mostram que o hospital é visto como uma organização de estrutura complexa e dotado de uma grande peculiaridade que é tratar com a saúde e com a doença, sendo esse colocado como o diferencial dessa organização para outras.

> O hospital é uma estrutura extremamente complexa, talvez a estrutura organizacional mais complexa que exista. E, como todas as outras organizações, possui pessoas, objetivos, espaços, mas ele tem a grande peculiaridade de tratar com a saúde e com a doença. Então eu acho que esse é o grande mote e o diferencial do hospital pras outras empresas (ENTREVISTA 8).

> Hospital é um ambiente especializado que promove a saúde, ou seja, ele tem que ter um papel social, ele tem que utilizar a sua estrutura, seja física ou de funcionários, pra promover a saúde [...] Ele tá dentro da sociedade, óbvio, pra tratar o doente, pra curar o doente e melhorar o doente. Então esse é o papel hospitalar. Só que eu acho que o papel do hospital não é só isso, eu tenho que evitar que o paciente venha pra cá e eu tenho que cuidar do paciente depois que ele sai do hospital. Então eu acho que o hospital é um agente de saúde maior, que uma das partes é a cura e o tratamento de pacientes. Mas trabalhar também com prevenção, dentro do possível claro. E também cuidar desse paciente quando sair do hospital. [...] Ele é pra todos, mas ele tem que ter um papel bem definido na linha de cuidado. [...] Não tem como eu tratar um pico hipertensivo de catorze por oito dentro do hospital, sendo que eu ainda tenho pacientes com uma hipertensão maligna no posto de saúde, que não pode consultar aqui. [...] tem que ter um papel mais diferenciado da Atenção Básica (ENTREVISTA 10).

A ideia de "saúde" parece ser vinculada à ideia de "tratamento", a "tratar uma doença". Essa concepção vai de encontro a uma ideia de cuidado integral, onde o conceito de "saúde" é entendido muito mais do que simples ausência de doença, mas como um processo que diz respeito à integralidade do ser humano. Novamente deve-se destacar que essa concepção mais ampliada do que seja saúde esteve na base da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Os hospitais universitários, como espaços de aprendizado e de formação, podem ser considerados como centrais para que a concepção de saúde que sustenta o SUS seja consolidada junto aos profissionais que atuarão na área. Entretanto, conforme destacado acima, predomina a visão de saúde que dá ao hospital um caráter técnico.

O hospital aparece com frequência como um espaço de acolhimento para populações mais carentes. Embora destacado como um espaço de formação para os quadros que atuarão no campo da saúde, a frequente e crescente demanda que os hospitais têm de

responder, de atendimento a pacientes mais necessitados, aparece como um fator que "onera" (ENTREVISTA 4) o sistema e o torna mais difícil de ser gerenciado.

> Eu acho que hospital ele deveria ter uma função de receber pessoas que necessitam de algum tratamento urgente ou eletivo, pra solucionar um problema de saúde. Mas hoje eu vejo também que várias outras funções são dadas para os hospitais, a gente tem o caso dos hospitais universitários, que também é formar profissionais da área da saúde. Mas eu vejo também que eu não consigo atender só essa finalidade, tem toda uma questão de vulnerabilidade social que é atendido pelos hospitais, que acaba sendo uma tarefa indireta do hospital, que é o caso de receber uma pessoas que mora em condições extremamente difíceis, que não tem familiares ou que acaba sendo um fardo para os familiares cuidarem. O hospital é uma forma de alívio para essa família. E aí a gente mesmo sabendo que a pessoa tá tratada, eu simplesmente não posso tirá-la do hospital e deixá-la sem rumo. Às vezes, a própria família não quer buscar ou talvez essa pessoa ela vá pra umas condições muito piores. Então essa é uma das coisas que acabam onerando mais ainda a saúde, como um todo, e a gestão dos hospitais (ENTREVISTA 4).

A vulnerabilidade social, assim, acaba aparecendo como um problema, e seu atendimento entendido como uma espécie de tarefa indireta do hospital, que é obrigado a arcar com um conjunto de responsabilidades que não seriam, em princípio, de sua alçada. As organizações que atuam no nível da Atenção Básica em Saúde são vistas como ineficientes, e acabam por sobrecarregar os hospitais. Não são em número suficiente. Nesse sentido, observa-se a grande dificuldade em construir uma rede que articule a Atenção Básica à Atenção Terciária, prestada nos hospitais. A articulação ou ação coordenada entre o hospital e a rede de Atenção Básica não chega a ser referida como fator predominante. Destaca-se muitas vezes nas entrevistas uma visão já bastante trabalhada na literatura sobre as políticas de saúde no Brasil, segundo a "porta de entrada" para o sistema de saúde não se consolidou na Atenção Básica. A própria ideia de "porta de entrada" seria inconsistente e mesmo contraditória com um modelo cujo objetivo maior seria a integralidade das ações individuais e coletivas (AZEVEDO e COSTA, 2010). Assim, acabou sendo os hospitais, mais especificamente as emergências, o ponto de acesso das populações mais carentes ao sistema de saúde.

O que é interessante, ao analisar as falas dos entrevistados, é a ênfase na ineficiência como uma das causas principais por trás de todas as dificuldades na gestão do hospital universitário. Ou seja, além de haver poucos recursos, o sistema ainda seria mal gerido, nos níveis superiores, especialmente Ministério da Saúde. Não aparece nas entrevistas, de forma clara e completa, uma avaliação mais aprofundada em relação à não implementação de uma forma de gestão alternativa, calcada nos princípios do SUS. Mesmo quando há uma

visão crítica em relação à não implementação efetiva da atenção básica (UBS, ESF, etc) como porta de entrada, o argumento seguinte acaba sendo o da ineficiência ou má-gestão:

> 60 a 80% dos nossos pacientes não deveriam vir para o hospital. Deveriam ir para os postos de saúde. Então, são atribuições que o hospital acaba assumindo, mas que fazem que ele tenha uma carga muito maior de trabalho, de necessidade de trabalhadores, e de recursos também, para conseguir sustentar esse sistema. (ENTREVISTA 4).

Observa-se, portanto, que há um diagnóstico relativo aos problemas de implementação da atenção básica como porta de entrada ao sistema de saúde. Existe a percepção de que as falhas na consolidação da atenção básica fazem com que haja uma necessidade de recursos muito maior, em suma, que a manutenção de todo o sistema se torne muito mais cara. Poderia se esperar, então, que houvesse um discurso forte relativo ao fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde. Mas não é o caso. Defende-se que haja mais recursos e que se combata a ineficiência, como receitas para a solução do problema. Ao fim e ao cabo, reforça-se uma lógica estruturada em torno do que a literatura no campo da saúde pública tem definido como "dupla porta de entrada" (SILVA e CAXIAS, 2016)[9]. E nesse contexto o hospital acaba sendo visto como uma organização que atua de forma particular e específica, buscando atingir seus próprios resultados e metas de gestão.

O SUS representa assim, essencialmente, uma fonte de financiamento. É a fonte dos recursos que mantém o hospital funcionando.

> O que eu vejo, é que o SUS não é um bom negócio para o hospital. Pensando administrativamente, por exemplo, às vezes a gente gasta 20 com um paciente e recebe de volta 15 do SUS. Então, são muitos prejuízos. Então, somando tudo, administrativamente não é interessante para o hospital atender 100% SUS (ENTREVISTA 6).

[9] A ideia de "dupla porta de entrada no sistema de saúde é sintetizada com precisão da seguinte forma por Silva e Caxias (2016, pág. 809: "A atenção à saúde no Brasil é realizada por meio de dois subsistemas principais que operam com lógicas distintas (Santos; Uga; Porto, 2008; Bahia, 2009; Paim et al., 2011): de um lado, o subsistema público, de acesso universal, que integra um conjunto de ações e serviços a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado segundo as diretrizes de descentralização administrativa, atendimento integral e participação social; de outro, o subsistema privado, organizado a partir de uma lógica mercantil de prestação de serviços e cujo acesso é realizado por meio de planos privados de assistência à saúde (coletivos ou individuais) ou mediante a compra direta de serviços junto de prestadores de serviços de saúde privados (principalmente hospitais, clínicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico)".

Reforça-se aqui o argumento da dupla porta de entrada. O atendimento universal fica restrito aos mais necessitados, que não dispõem de planos de saúde. Usuários de planos de saúde, por outro lado, teriam um acesso diferenciado. O fenômeno das duas portas de entrada distintas para o atendimento à saúde tem se mostrado recorrente e apresentado crescentemente inclusive como uma estratégia de gestão (SILVA e CAXIAS, 2016). E mais importante, é necessário chamar a atenção para o fato de que esta prática também se institucionalizou nos hospitais brasileiros ao longo do tempo, conforme demonstram análises como a de Bahia (2009), Paim (2009), dentre outros. Trata-se, muitas vezes, de uma forma encontrada pelos gestores para direcionar mais recursos financeiros para o hospital, recursos estes que seriam provenientes dos planos de saúde privados.

A visão sobre o que seria o hospital se articula a uma concepção mais geral sobre o que seria a saúde pública e a gestão da saúde pública. O principal problema, invariavelmente, acaba sendo referido como a falta de recursos financeiros. A solução para este tipo de problema, assim, recai em um nível local, e não emergem nas narrativas coletadas nas entrevistas soluções que seriam mais sistêmicas, considerando o todo. Certamente que, no dia-a-dia da gestão os problemas exigem soluções urgentes e pontuais: "A objetividade aqui fala mais alto. Nós temos que resolver os problemas. Agora" (ENTREVISTA 6). Entretanto, chama a atenção o fato de que não há uma elaboração mais ampla em relação ao sistema como um todo, mesmo se tratando de atores que estão dentro desse sistema. Exemplo disso é quando se indaga sobre soluções para os problemas da gestão hospitalar considerando-se o contexto mais amplo do SUS. Que tipo de política pública deveria ser priorizada? Quando se faz essa pergunta, observa-se muitas vezes certa indefinição, ou imprecisão em relação a o quê, exatamente, seria preciso implementar. A resposta gira em torno da sugestão genérica de "aumentar os investimentos em saúde". Entretanto, não aparecem respostas que apontem claramente para uma alternativa relacionada ao aprofundamento dos princípios do SUS. Tome-se como exemplo a dimensão da participação e do envolvimento dos usuários: trata-se de uma questão que não aparece em nenhuma resposta. A ideia de atenção básica, da mesma forma.

> O INVESTIMENTO na rede básica poderia ser melhor. Isso poderia evitar internações futuras. Deveria ter uma política de investimento na prevenção (ENTREVISTA 5).

Destaca-se, muitas vezes, a importância da prevenção. Mas são na maioria dos casos observações que não chegam a se aprofundar no tema. São poucas as referências mais

aprofundadas em relação a uma compreensão do conceito de atenção básica, e suas complexidades. Parece não haver uma compreensão profunda sobre o que seja atenção básica, em suas particularidades. Com isso, percebe-se uma baixa institucionalização dos princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde. A fala em defesa da atenção básica, reduzida e referida simplesmente ideia de "prevenção", é que sejam aumentados os recursos financeiros para essa finalidade. Ao que parece, isso deveria ocorrer apenas para não onerar o hospital (ENTREVISTA 5).

Alguns entrevistados apontam para o fato de que os hospitais universitários devem se tornar hospitais de alta complexidade. "Porque um hospital universitário ele pode tratar a assistência básica, mas a grande sacada dos hospitais universitários é tratar aquelas coisas de ponta, tanto para o ensino quanto pra assistência e deixar para os outros hospitais trabalhar as questões mais básicas" (ENTREVISTA 8). O hospital, assim, é percebido como um prestador de serviços do SUS: "ele tem que ser encarado dessa forma. Nós vendemos serviços, apesar de não sermos uma empresa privada, nós vendemos serviços. E essa venda de serviços é a condição do hospital se manter" (ENTREVISTA 8). A analogia das organizações hospitalares como empresas é bastante frequente e expressa a preponderância de uma lógica das organizações inseridas na economia de mercado, articulada à dimensão burocrática, comum na estrutura das organizações hospitalares. A forma de gestão do hospital, assim, também deveria seguir uma lógica empresarial:

> Uma administração muito complexa; não consigo imaginar outra área de gestão mais complexa e complicada, mais importante e necessária do que a administração hospitalar [...] Imagina várias empresas dentro de um mesmo prédio: Lavanderia, Manutenção predial, Manutenção de Equipamentos, Faturamento, Farmácia, Laboratório Análises Clínicas, Almoxarifado, Centro de Imagens, Limpeza, Portarias, Gerador de energia elétrica 'jurássico' de difícil manutenção, Cozinha-refeitório-fluxo diário de produtos perecíveis-refrigeração, viaturas; todos os serviços com grande produção, produzindo 24 h, e praticamente todos com problemas de equipamentos e de pessoal... (ENTREVISTA 16).

Por necessidades da própria região, em alguns momentos, os hospitais universitários, principalmente os hospitais universitários do interior apresentam a característica de serem voltados à assistência em nível de baixa complexidade. A visão que os gestores têm em relação a "o que é um hospital universitário" varia em torno de eixos em comum, que se inter-relacionam e não são excludentes. O que une e articula essas visões pode-se afirmar que seria uma concepção do hospital como um lugar "externo", afastado da sociedade, um ambiente especializado, dominado pelo saber médico, marcado

por uma relação sujeito (profissão médica em primeiro lugar, seguida das demais) – objeto (população/pacientes/usuários...). Pairando sobre esse conjunto de concepções, reside uma ideia sobre o que é saúde e o que é doença que não é problematizada. Passa ao largo também a ideia dos hospitais universitários que estão formando profissionais para atuarem no SUS:

> Então é uma forma de tu tentar revitalizar hospitais hoje que são basicamente o pilar do atendimento do SUS, do atendimento público de saúde, que são os hospitais universitários. Então eu acho que a EBSERH ela foi uma empresa pra tentar facilitar, digamos assim, o funcionamento, cortar um pouco das amarras do SUS. Pra revitalizar o que, na minha percepção, é uma representação de qualidade de saúde, que são os hospitais universitários. Que eu acho que é o lugar onde tu espera ter a melhor qualidade de atendimento. Eu acho que é uma forma de tu não tentar deixar falir as principais ferramentas públicas de saúde (ENTREVISTA 10).

> São hospitais em que tu tem uma qualidade diferenciada, [...] tu tem que ter uma produção de conhecimento, e o Hospital Universitário é responsável pelo futuro da saúde. No sentido de que é aqui que se formam enfermeiros, médicos, fisioterapeutas que vão trabalhar depois (ENTREVISTA 10).

Entretanto, não se pode afirmar que há homogeneidade nas percepções analisadas a partir das entrevistas. O que foi destacado acima precisa ser nuançado, e expressa, mais do que visões individuais, concepções institucionalizadas que vão além da dimensão individual. Afinal, conforme desenvolvido no referencial teórico deste trabalho, considera-se que os agentes são influenciados pelas instituições. Mas essa influência se dá de maneira modulada e matizada. Ao longo das entrevistas também se sobressaíram momentos em que se demonstrou uma visão mais ampla e complexa em relação ao SUS, para além de questões financeiras e problemas mais imediatos. Em algumas narrativas o SUS não é visto como um mero financiador do hospital, mas sim um sistema complexo, do qual o próprio hospital faz parte. “O SUS representa o próprio hospital, a gente tenta fazer o mais próximo possível das diretrizes do SUS” (ENTREVISTA10). Inclusive destacando-se o fato de ser um hospital “100% SUS”, com tudo o que isso significa:

> Desde a reestruturação dos hospitais universitários que começou em 2011, o HU, por iniciativa própria dos seus gestores entendeu que o caminho que deveria ser adotado era a requalificação do SUS, e para isso ele passou a ser 100% SUS e parou de atender por convênio. Então, eu vejo que desde aquele período tem se entendido e valorizado a importância do SUS e o papel que um hospital universitário tem no contexto do SUS (ENTREVISTA 7).

O entrevistado acima também chama a atenção para o fato de que a relação do hospital acontece de maneira articulada com outros atores que também integram o sistema,

como a gestão municipal e outros. Essa visão se relaciona com a ideia de um sistema organizado em rede, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Os entrevistados expressam em suas falas as concepções que carregam ao longo do seu processo de socialização no interior das organizações hospitalares, bem como suas vivências no sistema de saúde brasileiro e suas formações profissionais. E ecoam, de certa forma, um sistema dual, onde convivem dimensões articuladas em torno tanto de lógicas privadas quanto públicas. O que pode-se afirmar, contudo, é a prevalência de uma lógica privada, cuja institucionalização mais consolidada é confirmada na análise das narrativas coletadas.

6.5 As Percepções em Relação à Gestão em Saúde

No que tange à gestão na área da saúde novamente observa-se a predominância de um padrão de respostas que aponta para uma institucionalização mais frágil dos princípios do SUS. É possível perceber as mesmas referências às "amarras" do SUS ou da administração pública, que são referidas na discussão sobre outros temas. Os regramentos, as regulações e as normas típicas da administração pública são colocadas como um obstáculo para a realização de uma gestão ágil, que seja capaz de dar respostas eficientes. Emerge da análise das entrevistas uma percepção segundo a qual há uma oposição entre as ideias de "público" e "eficiência". O atributo "eficiência" seria algo próprio das organizações privadas. E essas comparações vão sendo construídas várias vezes, conforme sintetizado nos trechos abaixo:

> Lá na minha clínica, se eu preciso de um extintor de incêndio, eu vou lá e compro. No público eu tenho todo um processo que complica. [...] Esse processo de comprar alguma coisa no público atrapalha, porque, por exemplo, aqui no hospital, tu precisa comprar alguma coisa pra amanhã ou pra semana que vem; aí tu tem todo um trâmite (ENTREVISTA 9).

> É difícil planejar aqui. Tu não consegue planejar o futuro né. Coisa que no hospital privado tu consegue. Em hospitais privados a maneira como se resolvem as coisas é bem mais ágil, bem mais dinâmica (ENTREVISTA 12).

Nesse sentido a gestão na esfera pública é descrita como mais desafiadora do que no setor privado, e esse desafio também é apontado como um fator que desmotiva. "Por isso que eu digo, a gestão no serviço público, ela é mais desafiadora do que no particular. [...] E esse desafio, às vezes, desmotiva um pouco" (ENTREVISTA 9). Na administração

pública, existem procedimentos que têm por objetivo garantir uma forma mais segura de utilização dos recursos, evitando desvios, por exemplo. Quem está na ponta da prestação de serviços gostaria de processos mais ágeis, principalmente aqueles que já tiveram contato com o setor privado. Parece que há pouca experiência e conhecimento aprofundamento/ elaboração sobre processos e procedimentos da administração pública. E, ainda, pelo fato de alguns terem experiência no setor privado, fazem uma comparação direta. Essa situação pode ter relação com o histórico dos Hospitais Universitários, mas também com a própria trajetória do HU-FURG. Na primeira situação pela flexibilidade no manuseio de recursos que as fundações permitem e, no segundo aspecto, pelo histórico do HU no que tange ao atendimento assistencial via segmento privado. A questão das fundações é apontada como uma forma de realizar uma "privatização por dentro" nas organizações hospitalares públicas.

> O uso das fundações de apoio para tornar mais ágil e efetiva a gerência do hospital constitui apenas uma opção entre os inumeráveis mecanismos disponíveis de 'privatização por dentro'. Em realidade, a efetividade das unidades assistenciais, incluindo os hospitais universitários, é bastante dependente da dimensão privada internalizada (NOGUEIRA, 2010, p. 45).

No que tange a dimensão da gestão na área de saúde, é apontada a falta de profissionalização da gestão como um problema. A gestão na saúde é vista por alguns gestores como não profissionalizada, um sinal de tempos anteriores, onde a gestão era permeada por fatores políticos. Nesse sentido, é muito referido como problemática a questão da politização da gestão em detrimento da técnica "pior ainda, em alguns setores ela não é técnica, ela é muitas vezes política e isso acaba trazendo um grande prejuízo. [...] Então a gestão ela deve ser profissionalizada, ela deve ser técnica, ela deve estar acima das questões ideológicas e políticas" (ENTREVISTA 8).

> As pessoas têm que ter formação na área, elas têm que continuar estudando, continuar se especializando. É a profissionalização, através da aquisição de conhecimento, da produção de conhecimento, de novas técnicas de gestão, abertura pra novas possibilidades de gestão é que a gente vai obter sucesso (ENTREVISTA 8).

> Gestão na área da saúde ela não é muito fácil de fazer em função dos envolvidos, dos atores envolvidos, é muito difícil tu lidar com esses profissionais que envolve a gestão da saúde, são os médicos, enfermeiros. Não é como numa empresa, que tu fica vendo a questão financeira, a questão administrativa, melhorar processos. Aqui envolve muito a questão da assistência mesmo. Então, muitas vezes o pensamento em função de custos não cabe em função do que tu tá recebendo de demanda. 'Vamos fechar o SPA porque tá saindo muito caro'. Não é bem assim.

> Então eu vejo a gestão bem mais complexa dentro da área da saúde, [...] do que numa empresa onde as coisas estão… as caixinhas funcionam, digamos assim (ENTREVISTA 2).

> É difícil fazer, normalmente se faz mágica, se faz diariamente escolhas, tu faz uma escolha, às vezes, que não era pra fazer, tu faz escolhas entre pacientes, todos merecem e tu tem que fazer escolha, às vezes, pelo que mais merece. Não sei se é utopia fazer uma gestão hospitalar baseada realmente no que diz os livros, porque daí não ia ter dinheiro que chegue. É impossível. Mas a gestão em saúde é uma coisa estressante, difícil, frustrante na maior parte das vezes, mas que é basicamente que nem fazer assistência médica, é tão importante quanto (ENTREVISTA 10).

A percepção sobre as dificuldades em construir uma gestão mais técnica e as críticas em relação à presença de uma dimensão política no âmbito da gestão é também articulada a certa visão crítica em relação ao setor público. O setor público aparece repetidas vezes como o espaço da política e da ineficiência, em detrimento da eficiência e objetividade que seriam inerentes ao setor privado. Novamente é de se destacar, sem receio de parecer insistente, não se trata aqui de criticar ou desabonar as posições dos gestores entrevistados. Trata-se, isso sim, de verificar e analisar a forma como as falas e as narrativas ecoam percepções que estão ligadas a processos de institucionalização muito mais profundos, que vão além da dimensão do agente individual. E novamente, também, destaca-se o pressuposto teórico-analítico que move este trabalho, segundo o qual as instituições afetam, influenciam as ações dos atores sociais.

O que se entende por gestão em saúde pública, assim, pode ser descrito de forma sintética como algo extremamente complexo, e essa complexidade se deve em muito às características próprias da organização hospitalar. Novamente aqui parece haver um distanciamento em relação à concepção que esteve presente no processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde. Novamente observa-se a dificuldade de o SUS entrar no hospital. A percepção dos agentes envolvidos na atividade cotidiana de gestão ecoa um olhar que parece, na falta de uma forma melhor de descrever, vindo da iniciativa privada. Ou seja, como se agentes de mercado olhassem e criticassem os problemas de funcionamento de uma organização pública.

O processo de institucionalização de uma lógica de gestão baseada nos princípios de um sistema de prestação universal, baseado em equidade, cidadania e participação ainda encontra-se em construção. É possível captar nos depoimentos dos gestores percepções que vão nesse sentido, inclusive chamando a atenção para toda a dificuldade que representa o

enfrentamento da lógica privada, assim como o papel dos usuários na construção do sistema:

> Eu acho que vem se investindo, se aprimorando, se melhorando muito, e isso a gestão dos hospitais, não só dos hospitais, mas a área de saúde, nos últimos anos, acho que vem se trabalhando com mais ênfase, ainda é muito carente. Ainda vem de um ciclo ou de uma lógica de funcionamento aonde o interesse corporativo, ele ainda luta muito com a técnica de gestão, com a técnica administrativa dentro das instituições. Mas eu acredito que vem se abrindo campo de discussão, com a entrada de novas profissões, formações de novos profissionais, acho que tem se alcançado bons ganhos nessa área (ENTREVISTA 1).

> Porque a gestão do SUS ela é compartilhada, o usuário também tem um papel super relevante nas políticas do SUS. Então, o SUS é pensado para que todos os atores envolvidos tenham voz. E isso não pode ser diferente na gestão do hospital (ENTREVISTA 7).

Através da análise e reflexão sobre as falas e narrativas expostas pelos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande pode-se inferir alguns pontos relativos à visão de gestão que esses atores carregam. Na verdade não se trata de uma visão homogênea, mas de concepções matizadas, onde se misturam variados aspectos relativos à dimensão pública e privada. Nesse mosaico de percepções é possível identificar processos de institucionalização em andamento, ideias em disputa, concepções mais e menos consolidadas. Quando se fala em modelos tecnoassistenciais, em gestão e organização do trabalho em saúde, pode-se perceber que, antes de tudo, não há neutralidade nem processos imparciais ou puramente técnicos. As falas, ideias e narrativas carregam visões políticas, ou, como aponta Feuerwerker (2005), há uma disputa tanto pelo conceito quanto pelas práticas em saúde, e "*nada é indiferente no processo de luta para a construção do SUS.*" (FEUERWERKER, 2005, pág. 489). Nesse sentido, uma reflexão crítica sobre o atual desenvolvimento das ideias sobre gestão em saúde pode trazer outros elementos à tona, que passam despercebidos quando se adota, por exemplo, um discurso voltado para o mercado.

7 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FURG E A PROBLEMÁTICA EM TORNO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PÚBLICA

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG) recebeu o nome de Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., em 1976, em homenagem ao primeiro diretor da Faculdade de Medicina de Rio Grande. No entanto, o hospital iniciou suas atividades em 1966, com instalações físicas na Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande (ACSCRG), mediante convênio com essa organização. A criação da Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande – FAHERG, em 1986, teve a finalidade de gerir recursos e possibilitar a contratação de funcionários. Em 1993, ocorreu a compra de prédio próprio para a instalação do hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande. E, em 1995, é inaugurada a área acadêmica – Área Acadêmica Newton Azevedo, em prédio anexo ao HU, um espaço que é ocupado pela Faculdade de Medicina e pela Escola de Enfermagem (MEIRELLES, 2016).

No ano de 2010 houve a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), mediante o Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010. O REHUF foi uma primeira resposta governamental aos problemas de gestão identificados pelo Ministério Público e principalmente pelo Tribunal de Contas da União. Este programa tinha como objetivos propor mecanismos de financiamento compartilhados entre as áreas de educação e saúde; melhorias no processo de gestão, estrutura física e tecnológica; e, ainda, reestruturação do quadro de recursos humanos desses hospitais.

> Com a publicação do projeto do REHUF em 2010, então começaram os investimentos, a se forçar formação de gestores na área de saúde, a se investir nessa parte de recursos humanos, se preparar efetivamente a chegada da EBSERH. E com isso começou, a gente acabou recebendo do próprio ministério da educação várias diretrizes de como atuar, o que fazer, como preparar. Então no ano de 2010, a FURG foi um dos seis hospitais selecionados pelo próprio ministério da educação, em conjunto com o ministério do planejamento e com o ministério da saúde, para um estudo piloto, para entender o cenário que se encontravam os hospitais universitário do país. Isso nos ajudou bastante, nós recebemos um relatório do que nós precisávamos melhorar em relação a recursos humanos, cobrança de horário, disponibilização de especialidades, organização de serviços. Isso nos ajudou bastante. O próprio REHUF deu muita diretriz pra gente, pra gente saber que precisava trabalhar com a parte patrimonial, organização patrimonial, gestão dos recursos orçamentários e financeiros, tudo isso acabou ajudando bastante também (ENTREVISTA 1).

Em 2011, o hospital passou a realizar atendimentos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Fez parte do histórico do HU-FURG a prestação de serviços privados aos usuários. Do total de cento e noventa e sete leitos, dezessete eram destinados ao atendimento de pacientes provenientes da esfera privada. Salienta-se aqui que os recursos provenientes desses atendimentos eram destinados para o atendimento dos pacientes dentro do próprio hospital. A percepção é de que nesse período o hospital teria maior autonomia para o manuseio dos recursos. “Eu acho que o hospital tinha maior autonomia, porque se tu precisava comprar um filtro pra um ar-condicionado ou um controle para o ar-condicionado tu tinha” (ENTREVISTA 15).

> A nossa grande dificuldade foi, da gestão como um todo, a nossa passagem para atendimento cem por cento SUS. Quando eu cheguei lá, nós não éramos hospital cem por cento SUS. O hospital universitário ainda atendia uma fatia de particulares e convênios dentro do hospital universitário e acomodava essa relação entre o público e o privado. Então nós tínhamos docentes que ofertavam seus serviços no SUS, tinham efetivamente a inserção dentro do hospital, atendiam demanda do gestor municipal, mas também atendiam seu privado, seu particular e seu convênio lá dentro. E né, de maneira bem abrupta, no finalzinho do ano de 2010 e início do ano de 2011, por conta de um ato executivo e de uma ação civil pública, movida pelo Ministério Público Federal, o reitor não teve outra alternativa senão passar o hospital em sessenta dias para atendimento cem por cento SUS. Quando nós iniciamos, no ano de 2011, [...] não havia mais possibilidade de atender convênio e particular lá dentro. Isso mudou completa o sistema de saúde interno do município de Rio Grande. O único local para prática de particular e de convênio na cidade era a Santa Casa e a Santa Casa tinha regras extremamente complexas para atuação lá dentro e isso dificultou. Tivemos docentes que se exoneraram (ENTREVISTA 1).

O REHUF trouxe para o hospital um aporte financeiro que permitiu melhorias principalmente na parte de infraestrutura e aquisição de equipamentos médico-hospitalares. No entanto, para que a escassez de recursos humanos fosse solucionada, o hospital precisaria aderir à EBSERH, para que então fosse dimensionada a quantidade de funcionários que hospital necessitaria, a contratação se efetivaria mediante concurso público e contratação via EBSERH.

O processo de adesão do hospital à EBSERH é relatado como permeado por disputas e conflitos. Esse processo é citado como “muito sofrido, porque há os que são a favor, os que enxergam como uma benção, e os que enxergam como um atraso de vida. Tivemos o sindicato todo contra, achando que não era certo, [...] que o hospital deixaria de ser cem por cento público” (ENTERVISTA 13). O processo de adesão à EBSERH, no HU-FURG, foi demorado e envolto por ações de resistência, reconhecidas como um atraso ao processo. “Sabe como é né, os primeiros que aderiram pegaram o filé, os últimos que aderiram

pegaram a carne de pescoço. [...] Poderíamos estar numa situação muito melhor, se tivéssemos aderido junto com os primeiros" (ENTREVISTA 13).

Um dos maiores problemas relatados durante o processo de adesão à EBSERH é a resistência que foi promovida, principalmente pelo sindicato. "A reitora passou um trabalho bem grande pra fazer isso [...] Tiveram correntes pró ativas dentro do hospital e dentro da universidade, antagonizadas pelo sindicato" (ENTREVISTA 13). O momento em que houve a adesão pode ser identificado como um momento em que não restava outra alternativa, "não tinha mais saída, ou a gente assinava ou a gente ia ficar na mais completa penúria" (ENTREVISTA 13).

A estrutura que realizava a gestão do hospital universitário, anteriormente à implantação da EBSERH, era centralizada no cargo de direção do hospital. Historicamente, o cargo de diretor era ocupado por um docente médico da faculdade medicina, "diretor geral, que era um professor, normalmente da faculdade de medicina, historicamente um professor da faculdade de medicina" (ENTREVISTA 1). O hospital contava com uma direção executiva, composta pelo diretor, vice-diretor e um administrador. Além dessa direção executiva, o hospital contava com coordenadores de três áreas: enfermagem, medicina e infraestrutura. Essa equipe, formada por seis pessoas realizavam as atividades administrativas dentro do hospital.

> Uma administração muito complexa; não consigo imaginar outra área de gestão mais complexa e complicada, mais importante e necessária do que a administração hospitalar... O pior, as questões, as informações, os 'macetes' mais estratégicos, na cabeça de não mais do que três ou quatro pessoas que, se afastadas por qualquer motivo, geravam pânico por levar na cabeça a vida do hospital... (ENTREVISTA 16).

A EBSERH trouxe uma nova estrutura administrativa para o hospital, denominada de Governança. Nessa nova estrutura, por ter sido enquadrado como um hospital de médio porte, o hospital poderia contar com até setenta e cinco cargos de gestão, divididos nos três níveis hierárquicos: núcleo operacional, onde se encontram os chefes de setores e unidades; linha intermediária, com os chefes de divisão; e a cúpula, que conta com os cargos de superintendente e gerentes.

> Um ponto positivo que me chamou a atenção e desafiou a aceitar o convite de vir pra cá foi justamente essa estrutura EBSERH, esse pensamento prévio que tiveram em relação à estrutura de gestão que um hospital deveria ter. Eu avalio como muito bem pensado [...] Mas a gestão em função desse planejamento que foi feito, dessa estrutura hierárquica que foi montada, esse organograma, eu achei

> muito bem feita. E, com ela toda preenchida, ela é muito boa de lidar. Porque tu tem as funções bem definidas em cada estrutura (ENTREVISTA 2).

A vinda da EBSERH para administrar os hospitais universitários é percebida como uma profissionalização da gestão. O que está relacionado ao fato de que a EBSERH proporcionou um curso de formação para os gestores dos hospitais universitários.

> Nós fomos, nove gestores, profissionalizar a nossa prática. [...] Tivemos um curso de profissionalização no hospital Sírio Libanês, e isso rendeu, como produto, o nosso Plano Diretor Estratégico, que é o que nos guia e que dá norte para as ações efetivas. Então, a EBSERH, a proposta dela é essa profissionalização da gestão. [...] E isso se consolida hoje a gente fazendo uma gestão profissional (ENTREVISTA 8).

A EBSERH é apontada como a possibilidade de realizar uma gestão profissional, e comparada com o fato de que antes só se conseguia "apagar incêndios" (ENTREVISTA 8; ENTREVISTA 13). A solução foi aliar um número maior de cargos de gestão com uma determinada forma de fazer gestão, concebida como "profissional". O que se compreende é que, antes, o hospital contava com um número reduzido de pessoas para os cargos de gestão, e essa insuficiência estava alinhada a uma falta de profissionais gestores. Cabe aqui uma referência ao fato de que fazer "gestão" parece que foi diretamente articulado com práticas de gestão gerenciais.

Além disso, a EBSERH permitiu suprir de recursos humanos o hospital. "Eu acho que essas questões [profissionalização da gestão e recursos humanos] elas são extremamente importantes, que vieram como benefício da EBSERH pros hospitais universitários" (ENTREVISTA 8).

> Eu acho que a EBSERH representa uma tentativa de tu readequar a atualidade da questão de ensino e de assistência à saúde com a realidade que a gente tem do país. Então é uma forma de tu tentar revitalizar hospitais hoje que são basicamente o pilar do atendimento do SUS, do atendimento público de saúde, que são os hospitais universitários. Então eu acho que a EBSERH ela foi uma empresa pra tentar facilitar, digamos assim, o funcionamento, cortar um pouco das amarras do SUS. Pra revitalizar o que, na minha percepção, é uma representação de qualidade de saúde, que são os hospitais universitários. Que eu acho que é o lugar onde tu espera ter a melhor qualidade de atendimento. Eu acho que é uma forma de tu não tentar deixar falir as principais ferramentas públicas de saúde (ENTREVISTA 10).

> Depois vem a EBSERH com a nova proposta, [...] com um número de pessoas na parte administrativa muito superior do que aquilo que a gente imaginava. Há os que duvidaram, os que duvidam até hoje, acham que não, que está errado. Eu sempre apostei nesse novo sistema [EBSERH] como um sistema que ia nos libertar daquela, eu não digo falta de profissionalismo, mas muito mais boa

> vontade do que profissionalismo. A gente trabalhava contando com a boa vontade das pessoas, com a compreensão (ENTREVISTA 13).

Com relação às dificuldades ou aspectos negativos que a EBSERH possa ter trazido para o hospital, existe muitas vezes uma negativa nessa questão, outros abordam a dificuldade em chamar os aprovados no concurso para que assumam os postos de trabalho. "A única coisa é que a gente tem uma dificuldade de chamar as pessoas que passaram no concurso, mas isso é porque nós fomos um dos últimos hospitais a fazer a adesão. [...] Mas a EBSERH não obstrui os nossos processos, ela incentiva os nossos processos, existe uma qualificação das pessoas pra atuarem na gestão. [...] E isso é um ganho, um ganho gigantesco que se teve" (ENTREVISTA 8). Havia uma crença de que a EBSERH traria uma mudança maior nas questões financeiras e estruturais. "Eu acho que os problemas são parecido com o que eram, pelo que eu ouço. [...] Eu acho que se esperava mais" (ENTREVISTA 10). As questões críticas em relação à EBSERH se esgotam em falas como essas, a forma de gestão proposta pela EBSERH não é apontada como um aspecto negativo.

Mesmo com a vinda da EBSERH, a FAHERG ainda é considerada pelos gestores como imprescindível, principalmente pelo caráter imediatista do hospital, tanto em contratação de funcionários quanto financeiras. É característico da organização hospitalar ações urgentes e que exigem uma flexibilidade no manuseio principalmente de recursos. Faz parte do histórico dessas organizações uma ausência de servidores públicos selecionados em concurso. Logo as fundações foram essenciais.

> Hoje a fundação é imprescindível para o hospital, sem a fundação não se conseguiria resolver algumas coisas de questões financeiras, questões de funcionários. Se não é a fundação, uma boa parte de funcionários hoje não estaria aqui, o que inviabilizaria todo o serviço, principalmente enfermagem. Então a fundação, hoje, eu acho que é primordial pro hospital (ENTREVISTA 10).

As fundações permitem certa autonomia para os hospitais universitários trabalharem com recursos financeiros e humanos. Além disso, no caso específico do HU-FURG, ainda existia a captação de recursos proveniente da internação dos pacientes via convênios privados. Ou seja, o hospital estava habituado a ter uma maior autonomia para gerir os seus recursos. Lidar exclusivamente com as regulamentações impostas pela administração pública ainda parece ser uma atividade que gera conflito para o hospital.

A situação de saúde no município de Rio Grande tem enfrentado um período de crise. A demanda de atendimento do hospital universitário aumentou muito nos últimos tempos, conforme destacado por vários entrevistados. A crise no hospital da Santa Casa de

Rio Grande teria influência direta nesse aumento. A assistência, assim, quando fica sob responsabilidade de um único hospital, tende a sobrecarregar, piorar a qualidade do atendimento e repercutir na gestão. Nessas condições, conforme destaca uma entrevistada, "você faz má gestão" (ENTREVISTA 3). Outro ponto considerado problemático diz respeito a uma falta de articulação com a gestão municipal, "a gente vê casos da prefeitura sendo omissa. Os postos de saúde da cidade não têm médicos" (ENTREVISTA 5).

O HU-FURG, mediante convênio com a Prefeitura Municipal de Rio Grande, oferece um serviço de Pronto Atendimento para a população do município de Rio Grande. No município, apenas dois hospitais prestam atendimento à população, que representa cerca de duzentos mil habitantes. Segundo o Plano de Desenvolvimento Estratégico do hospital, o número de leitos que são disponibilizados por essas duas organizações não é suficiente par atender a demanda local.

Essa situação, aliada à crise em que se encontra a outra organização hospitalar do município - Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande, se reflete em uma superlotação do serviço de Pronto Atendimento do HU-FURG. "A gente tem uma sobrecarga de demanda, que a gente não tinha, devido à situação caótica da Santa Casa [...] Muitas responsabilidades que eram deles [Hospital Santa Casa de Rio Grande] acabam caindo sobre nós" (ENTREVISTA 10). No ano de 2015, a taxa de ocupação do Pronto Atendimento foi de 297%, enquanto que até o mês de agosto de 2016, estava em 212% (HU-FURG/EBSERH, 2016). Nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2016, as taxas de ocupação do SPA foram, respectivamente, de 232,8%, 325,5% e 329% (HU-FURG/EBSERH, 2017).

A cidade de Rio Grande vem enfrentando uma crise no sistema de saúde municipal, com considerável aumento da demanda para o HU, nesses condições, torna-se difícil o estabelecimento de redes de cuidado, pois algumas organizações não estão atuando. No entanto, como parte de um sistema, o HU tem atuado com vistas a prover o atendimento das necessidades da população.

O Plano Diretor Estratégico do hospital, desenvolvido durante o curso de Gestão para Hospitais Universitários Federais, realizado no Sírio Libanês, não aborda diagnósticos ou ações voltadas para aspectos relacionados à promoção e proteção da saúde. A Lei 8.080/1990, lei orgânica da saúde, institui que o Sistema Único de Saúde tem como objetivo prestar "assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas" (BRASIL, 1990).

No que tange a descrição que os entrevistados fizeram sobre a gestão no HU, foi observada uma preponderância de respostas em torno da descrição da estrutura. Essa ênfase na descrição da estrutura de gestão trazida pela EBSERH, assim como os elogios que são feitos a ela, demonstra o reconhecimento de uma forma de gestão ideal em detrimento de outra. Um sistema que pode ser apontado como próprio de organizações empresariais. Salienta-se que, em função de características próprias da organização hospitalar, na qual as categorias profissionais estão diretamente ligadas aos seus Conselhos Profissionais, não há uma submissão total dos funcionários em relação à cúpula do hospital. No entanto, a proposta de gestão da EBSERH, no que tange às decisões organizacionais, não contempla a participação de membros de outros níveis hierárquicos.

7.1 Dificuldades nas relações de trabalho e a solução apontada

Na visão dos gestores entrevistados predomina um conjunto de pontos que representam os principais entraves à administração do hospital atualmente. No que diz respeito ao sistema de saúde de forma mais ampla predomina o entendimento de que o principal desafio é o financiamento. Essa concepção vai ser desdobrada na forma como se analisam os principais problemas da gestão no hospital. Os principais desafios dizem respeito (1) aos aspectos relacionados à força de trabalho, (2) às relações com os demais níveis, especialmente a atenção primária, e (3) aos aspectos técnicos relacionados a uma expertise gerencial que seria deficitária no âmbito do hospital.

No que diz respeito à força de trabalho, observa-se uma crítica que é recorrente quando se trata de analisar o serviço público. Esta crítica habita o imaginário social, e destaca a superioridade da gestão privada sobre a gestão pública, especialmente pelas possibilidades dar respostas mais rápidas nos casos de ineficiência no desempenho de funções por parte dos trabalhadores. Por tratar-se de um hospital público, há dificuldades em punir profissionais que não desempenham a contento suas funções. "A dificuldade que eu encontro, basicamente, é pessoas" (ENTREVISTA 10). Relata-se, por exemplo, a existência de casos em que funcionários batem o ponto e vão para casa.

> Os tramites legais, eu acho que, por ser uma empresa ou por ser um serviço, é muito atravancada as coisas aqui. Tu tem péssimos funcionários, funcionários conhecidos, e sabiamente que eles são contra a empresa, mas nada acontece com eles. Então eu acho que isso é uma coisa que contamina. [...] Deve ser respeitado todos os tramites vigentes, só que mesmo assim a gente tem situações que beiram a loucura. Por exemplo, um funcionário que há dez meses registra o ponto e sai, e já teve denúncia de tudo quanto é jeito, processos de tudo quanto é jeito, e não acontece nada. Eu acho que falta a gestão ter uma coisa até punitiva pra algumas situações bizarras como essas (ENTREVISTA 10).

> Em um Hospital privado, não existe, pelo menos nos mesmos níveis, a mesma complexidade de relacionamentos, de subordinação; os diversos níveis de subordinação são obedecidos e, em casos mais graves, demitem... No Serviço Público o trabalhador de qualquer nível, precisa fazer muita força para ser demitido; por pior que seja, é uma raridade...Este é um grande problema da estabilidade de servidores, principalmente num Hospital... No H.U. gastava-se tempo precioso resolvendo conflitos, 'remendando' furos, correndo atrás de dinheiro... (entrevista 16).

Nesse sentido, é destacado o aspecto de que muitas vezes faltaria gestão, mas entendida como capacidade de punição para casos mais extremos, o que seria muito mais ágil na iniciativa privada. Aumento de salários atrairiam profissionais mais qualificados. Dificuldades financeiras são o maior fator a obstruir a gestão. "Um dos maiores problemas do hospital diz respeito aos profissionais. A falta de incentivo financeiro faz com que não sejam atraídos profissionais qualificados" (ENTREVISTA 10).

O HU-FURG, assim como outros hospitais universitários, encontra dificuldades para o preenchimento dos cargos médicos. A classe médica parece não ter interesse em trabalhar para os Hospitais Universitários. Alguns gestores apontam que não é uma vantagem para a categoria, tendo em vista os baixos salários e também a disponibilidade que trabalhar com pacientes internados exige.

> De certa forma, a gente tem limitação também de médicos, foram abertos setores que acabaram drenando partes da parte médica, então o hospital cresceu em especialidades e complexidades; e drenou um pouco da parte médica e a gente não conseguiu repor na velocidade que foi; hoje a gente tá com um déficit de médicos por assim dizer. [...] Óbvio, existe dificuldade financeira, pelo consumo e pelo alto custo, aumentou muito o custo de tudo. [...] Agora, da medicina em si, hoje a gente vê cada vez mais que não é interessante tu ter pacientes internados ou tu tratar pacientes internados, porque a recompensa entre aspas é muito inferior, seja financeiramente ou questão de problemas; do que, por exemplo, tu ter o teu consultório fora. Então, a grande maioria dos médicos se recusam a vir para o concurso da EBSERH, até porque o cenário é muito melhor atendendo em casa do que atendendo. Ficou muito estressante estar no hospital (ENTREVISTA 10).

O regime de trabalho trazido pela EBSERH segue regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), trata-se de um novo regime trazido para a área assistencial, principalmente à área médica. “A questão da CLT não cai muito bem com a parte médica, ela engessa, dificulta. As leis trabalhistas elas falham muito nas questões de plantões, de escalas” (ENTREVISTA 10). A contratação de servidores via CLT para ocuparem cargos no hospital representou a coexistência de múltiplos regimes de trabalho, o que acabou causando conflitos entre profissionais.

> É uma luta difícil, porque hoje coexistem em torno de três ou quatro regimes de trabalho no mesmo ambiente. As questões financeiras são difíceis, questões de carga horária são difíceis. É estabelecido uma certa hierarquia, onde não era pra ter uma hierarquia, porque é uma empresa. Uma hierarquia no sentido assim, eu tenho a mesma formação que tu, eu tenho o mesmo conhecimento que tu, estou no mesmo setor que tu, eu sou FURG, funcionário federal, e eu sou EBSERH, eu sou mais importante. [...] É muito difícil, no meu caso, uma pessoas que entrou EBSERH, ir falar com alguém que é FURG, [...] médicos FURG me reclamaram que seriam avaliados por alguém EBSERH (ENTREVISTA 10).

> Eu acho que ela tá reformulando as relações de trabalho, tornou uma coisa que realmente é uma empresa. Eu acho que tira um pouco daquela sensação de ser intocável por ser um funcionário federal. [...] E tá, no sentido de ser EBSERH, a gente tá vendo, que nós somos empregados. Ninguém é insubstituível. [...] Na verdade, eu tenho uma ideia sobre a estabilidade do emprego, a estabilidade do emprego é um mérito, digamos assim, é uma recompensa para o bom trabalhador. A estabilidade era pra ser considerada assim, tu faz o teu trabalho bem e tu vai ter o teu emprego. Só que claro, o ser humano ele deturpa tudo, então a estabilidade virou um dos piores cânceres que a gente tem. Por que eu sou estável e eu vou fazer o que eu quiser. Se eu fizer um ou fizer dois é a mesma coisa. Então isso aí eu acho que é uma coisa que a EBSERH vem pra quebrar. [...] A partir do momento que eu não seja útil ou desempenhar o meu trabalho mal, eu tenho que ser ou advertido ou punido por estar fazendo uma coisa errada (ENTREVISTA 10).

Em relação à dimensão da técnica, há uma crítica em relação à falta de maior conhecimento de gestão em saúde, e muitas vezes a uma sobreposição de fatores políticos em relação aos técnicos (ENTREVISTA 6; ENTREVISTA 3; ENTREVISTA 10). A adesão à EBSERH teria trazido ganhos do ponto de vista de gestão. Entretanto, quando se aprofunda na questão relativa a quais teriam sido efetivamente esses ganhos, a resposta vai na direção do aumento de efetivos nos cargos de gestão. A fórmula parece ser “mais gente é igual a gestão melhor”. Mas se houve ganho do ponto de vista quantitativo, do ponto de vista qualitativo ainda há muito o que melhorar, sendo inclusive referido que “a gestão hospitalar ainda é muito amadora e pouco profissionalizada.” (ENTREVISTA 6). Importante destacar que nessa fala o entrevistado refere-se à *expertise* específica no campo

da gestão, e critica o fato de muitas vezes os cargos de maior responsabilidade de gestão serem ocupados por médicos, situação esta que vem mudando nos últimos tempos. Entretanto, pode-se analisar mais a fundo, de maneira mais complexa, o que se entende por gestão em saúde. A visão que emerge nas entrevistas é uma visão estritamente gerencial.

Gaulejac (2007, p. 75-76) ao trabalhar com a ideia de "reino da expertise" dentro da gestão, destaca que

> a racionalidade instrumental consiste em pôr em ação uma panóplia impressionante de métodos e de técnicas para medir a atividade humana, transformá-la em indicadores, calibrá-la em função de parâmetros precisos, canalizá-la para responder às exigências de produtividade. No universo experimental, o expert domina as modalidades de elaboração e de aplicação do método. A discussão sobre o 'como' tende a eliminar a questão do 'porquê'.

Da mesma forma que a solução para os problemas de subfinanciamento e crise financeira do hospital giram em torno de soluções privatistas, as questões relativas à força de trabalho no HU também se desenrolam dentro dessa lógica. É possível perceber que as soluções vão desde regimes de trabalho dentro de uma lógica neoliberal até o desenvolvimento de um modo de trabalho gerencial, apontado como sendo a gestão profissional e saída para enfrentar os problemas alusivos à força de trabalho.

7.2 Integralidade da Atenção à Saúde: um desafio para o poder institucionalizado em torno das categorias profissionais

Entre os gestores, há o reconhecimento de que existe um movimento, dentro da área de saúde pública e, consequentemente, dentro dos hospitais públicos, para que se trabalhe com cuidados multiprofissionais. Esse foi um dos temas abordados no treinamento que receberam no Sírio Libanês. No entanto, essa ainda não é a realidade vivenciada dentro do hospital. Em sua maioria, os cargos de chefia de unidades são ocupados por médicos. "A gente já tem algumas unidades que tem enfermeiros como chefes, mas a grande maioria ainda são médicos" (ENTREVISTA 11).

> Essa visão a gente não tem aqui ainda, ela é extremamente centrada no médico, como sendo o chefe da equipe, talvez a enfermagem que é a grande força de trabalho do hospital, mas não se vê esse trabalho em conjunto, onde um respeitaria o trabalho do outro, ou assim, a expertise que cada um tem na sua

> área, que poderia contribuir com um melhor cuidado e até mesmo oportunizando as discussões (ENTREVISTA 4).

Essa situação evidencia uma resistência, dentro da organização hospitalar, no que diz respeito à realização de mudanças. No que concerne à centralidade do médico, uma característica que foi perpetuada ao longo da trajetória das organizações hospitalares, essa resistência tende a ser ainda maior. “Acho que o grande problema é a parte médica. É um perfil muito complicado de trabalhar. Os bons são sobrecarregados e os maus geram mais sobrecarga” (ENTREVISTA 10).

> Eu acho que pra melhorar a gestão do hospital, a gente tem que melhorar inclusive a gestão no município. [...] A gente não tem respaldo fora do hospital pra tentar estabelecer, por exemplo, uma linha de cuidado. Não existe isso. [...] A gente recebeu um protocolo de linha do cuidado, é muito bonito, [...] só que muita coisa, quando sai da porta do HU, eu não consigo fazer. [...] Eu não consigo dar alta para os pacientes do ambulatório, tem pacientes que não tem que estar no hospital; a pressão é alta, mas é leve, por que esse cara tá aqui? [...] Tu tem profissionais não tão bons nos postos, tu tem profissionais cansados nos postos, [...] são mal remunerados, são sobrecarregados, tu tem uma população que não é instruída, sobre o que procurar, tu tem uma população que não tem pra onde ir (ENTREVISTA 10).

> A maioria dos atendimentos do SPA são de pessoas que deveriam ser atendidas em unidades básicas de saúde. São pessoas que eram pra ser atendidas na atenção básica, mas que acabam procurando atendimento no hospital pois as “unidades básicas não estão abastecidas, não tem médico, não tem insumos”. No centro hoje não há nenhuma outra organização de saúde que atenda vinte e quatro horas e já fizeram essa reivindicação para o gestor municipal. Na época, a resposta que receberam é que abriram uma unidade no centro, mas que havia pouca demanda e por isso fecharam. O entrevistado coloca que “em um mês tu não muda a cultura de uma população”, relata que a população prefere ir para o SPA, ficar as vezes seis, sete horas esperando, do que ir para unidade básica de saúde, onde não terá uma estrutura para exames e internação, se necessário. Ou seja, tendem a procurar por um serviço “completo (ENTREVISTA 6).

Em meio ao entendimento de que a atenção básica não atende de forma satisfatória a demanda do município, surgem relatos que reforçam o modelo hospitalocêntrico. Ao mesmo tempo em que, os gestores reconhecem os problemas e os altos custos de modelo, nas falas acabam por reforçar e, até mesmo, defender esse modelo. O entrevistado coloca que “em um mês tu não muda a cultura de uma população”, relata que a população prefere ir para o SPA, ficar às vezes seis, sete horas esperando, do que ir para unidade básica de saúde, onde não terá uma estrutura para exames e internação, se necessário (ENTREVISTA 6). Ou seja, tendem a procurar por um serviço “completo”.

“As pessoas que estão no SPA elas podiam ser tratadas num outro tipo de complexidade hospitalar” (ENTREVISTA 8). A relação do hospital com as Unidades

Básicas acaba sendo definida por alguns gestores como “complicada”. E referenciam com frequência o fato do município não possuir UPAS e da “rede básica não se sustentar por si só” (ENTREVISTA 8). Fazem referência também ao fato de que na rede primária de atenção não há como ser feito um raio-x ou a coleta de algum exame; fazendo com que os usuários acabem se encaminhando para o hospital. “E aqui, no hospital, como tem resolução, os pacientes costumam não ir a rede básica. [...] Então isso sobrecarrega o hospital. [...] Isso ocorre porque nós somos um hospital de porta aberta” (ENTREVISTA 8).

“Às vezes, não acontece o contrário, da gente contra-referenciar o paciente pra rede básica, porque ele é atendido aqui. Mas existe também, da gente pra rede básica. Mas não é um sistema que funcione cem por cento” (ENTREVISTA 8). O sistema de referência e contra-referência é afirmado pelos gestores como uma prática que não se realiza, uma comunicação que acontece de forma insatisfatória. “Acaba não funcionando como uma rede, onde o nosso hospital trabalha de uma forma diferente do hospital aqui da frente e que tá desvinculado dos outros postos, dos outros contatos de saúde que a gente teria aqui no estado [...] Se comunica muito mal" (ENTREVISTADO 4).

A relação do hospital com o município é descrita como complicada. “O hospital tem relações municipais, contratos com o município, a relação é difícil” (ENTREVISTA 10). Há referência ao fato do município não cumprir com as suas atribuições dentro da área da saúde, assim como, não atender a algumas solicitações do hospital. “O município resiste, por questões financeiras, ou por questões políticas, não sei e não me interessa, em acatar algumas coisas que a gente pede” (ENTREVISTA 10).

> No que se refere às linhas de cuidado a gente também vem passando por um processo bastante difícil, porque pra gente estabelecer esses fluxos ou as linhas de cuidado isso envolve uma discussão com a secretaria de saúde, com a Santa Casa e com o HU. [...] As Unidades Básicas de Saúde deveriam encaminhar as gestantes de baixo risco pra Santa Casa e as gestantes de alto risco para o HU, mas na prática isso não acontece. Isso é definido, existe, é mais ou menos assim, mas a Santa Casa vem passando por uma crise e isso interfere muito no HU e no meu fazer. Eu nem tenho como estabelecer a linha de cuidado, porque eles passam o dia sem ter plantonista lá. Hoje nós estamos com a maternidade lotada, com o CO [Centro Obstétrico] lotado. Nós temos um whats da emergência, eu tentei fechar de manhã, foi uma loucura, eles não postaram que eles [Santa Casa] estavam fechados [...] Um colega da secretaria me ligou e disse que não tinha plantão. Eu não posso deixar a população desassistida, o HU não pode deixar a população desassistida. E aí a gente abre as portas mesmo numa condição que a gente não tem. (ENTREVISTA 15).

Percebe-se uma preocupação dos gestores do hospital com a situação de saúde do município. Tanto no que diz respeito a uma preocupação com o fato de a população precisar do serviço, quanto com o fato do outro hospital e unidades básicas do município não terem estrutura para atender.

> A gente vai fechar o pronto-socorro porque a gente tá com excesso de paciente. A gente fica um pouco culpado, a gente fica se sentindo um pouco responsável pela situação que se instala do outro lado da rua [referência ao hospital Santa Casa de Rio Grande que se localiza em frente ao HU-FURG]. Nós não somos culpados pelo pronto socorro estar superlotado lá. [...] O que mais me deixa inquieto é ter que fechar aqui sabendo que o outro hospital tá sofrendo também com a sobrecarga (ENTREVISTA 10).

O hospital possui setores de cuidado com a comunidade que são atuantes. Um exemplo que pode ser dado são os mutirões de atendimento à comunidade, são ações realizadas nas periferias da cidade de Rio Grande, onde o hospital desloca parte de sua estrutura e profissionais para atendimentos nos finais de semana. Essa atividade acaba por reduzir as filas de espera do município para procedimentos e consultas.

> Isso é uma coisa bem legal, o hospital tem setores de cuidado com a comunidade. Também é um dos setores muito funcionais, questões de mutirões, questões sociais bem importantes. Eu acho que do ponto de vista do município, hoje, o HU é o que mais tem essa relação [com a comunidade] (ENTREVISTA 10)

Há uma dificuldade de lidar com aspectos que tangenciam transformações no sistema de saúde, os hospitais e gestores ainda parecem estar envoltos por demandas. Há pouco espaço para que seja dada a devida atenção para transformação, por exemplo, do modelo de atenção à saúde. Cabe aqui um esclarecimento sobre o que representa o termo "modelo de atenção".

Nesse trabalho, foi possível perceber, ainda que na visão dos gestores, um sistema de saúde que mantém uma aproximação considerável do modelo de atenção médico-assistencial privatista. Sabe-se que esse modelo faz parte do histórico da saúde pública no Brasil. O ponto central aqui diz respeito ao fato de que a lógica gerencialista mantém determinados pontos de proximidades com esse modelo ou, pelo menos, não divergentes, o que permite certa complementariedade no modo de funcionamento e organização dessas duas concepções.

7.3 As possibilidades de promover a Participação Social

No HU-FURG, a integração dos mais diversos cargos de gestão acontece nas reuniões semanais de governança. Participam dessas reuniões, além do superintendente e dos gerentes, os chefes de divisão, de setor e de unidade. Trata-se de uma reunião ampliada que tem por objetivo reunir as diferentes áreas do hospital para a tomada de decisões. A primeira reunião de cada mês é realizada de forma pública, da qual podem participar membros da comunidade em geral. As questões atinentes à reunião pública serão desenvolvidas mais adiante.

E, para além dela, cada gerência realiza as suas reuniões e, também, as divisões, setores e unidades. Chefes de divisão muitas vezes são solicitados em setores, principalmente na área assistencial. Ou seja, a solicitação de participação dos gestores é feita por pessoas de níveis hierárquicos mais baixos. Essa situação parece bastante frequente na Gerência de Atenção à Saúde, com os chefes da Divisão Médica, Divisão de Enfermagem e de Gestão do Cuidado. “Eu faço reuniões, quando solicitado, com alguns setores” (ENTREVISTA 10).

No que concerne às reuniões de cada gerência, havia uma autonomia dos gerentes para realizá-las. “São reuniões semanais em que cada chefe de setor vinha e passava a realidade do setor, as implementações, os problemas [...] Se tentava soluções ali, caso não houvesse solução, as coisas mais graúdas iriam pra reunião da governança” (ENTREVISTA 10).

Essa forma de gestão é referida pelos gestores de diferentes formas, como “compartilhada” (ENTREVISTA 12), “governança participativa” (ENTREVISTA 11), “descentralizada” (ENTREVISTA 7). Essas nomenclaturas não fazem referência à participação de usuários ou de funcionários que não são gestores. Diz respeito ao fato de que um maior número de pessoas participa das decisões sobre o hospital, em sua maioria, gestores. É o que se pode referir como uma gestão participativa, mas que não representa a ideia de participação social concernente ao proposto para a gestão do Sistema Único de Saúde.

Ainda assim, essa ampliação da participação é uma característica do HU-FURG, não é uma exigência ou orientação da EBSERH. O fato de a gestão funcionar de maneira compartilhada é apontado como favorável a um maior entendimento entre os diversos setores. A relação próxima entre as três gerências e a superintendência é algo que, de

acordo com os gestores, funciona de forma a garantir uma comunicação que é fluida. “Não são ilhas. Essa comunicação existe” (ENTREVISTA 12). É destacado como um ponto forte o fato de existir uma equipe de gestão que, a despeito de serem oriundos de várias áreas de formação, conseguem trabalhar em conjunto, de forma articulada.

> Os problemas não são tratados individualmente. Se temos um problema de compra, a assistência vai tentar auxiliar. Se tem um problema lá na assistência, o setor administrativo vai se empenhar para auxiliar no que for possível, então acho que isso é uma característica que fortalece a gestão (ENTREVISTA 7).

O que acima foi referido como uma gestão participativa, não representa a ideia de participação social concernente ao proposto para a gestão do Sistema Único de Saúde. Todavia, existe uma preocupação com participação que é relatada em diversas entrevistas. As reuniões de governança ocorrem semanalmente, onde as decisões são tomadas em conjunto, em um conselho executivo que é ampliado, conforme já mencionado, a todos que tem função de gestão dentro do hospital. É possível perceber uma ênfase em decisões compartilhadas, uma prática que já existia antes da implantação da EBSERH. Conforme destacado em uma entrevista, essa prática de decisões compartilhadas se consolidou no hospital, desde gestões passadas. “É uma iniciativa própria, nós já tínhamos isso, durante seis anos, mesmo quando era direção[10] nós já tínhamos isso essa prática. [...] Então é uma prática de seis anos, todo mundo já sabe que a sexta-feira é sagrada, oito e meia todo mundo se reúne” (ENTREVISTA 8).

A maioria dos entrevistados destaca que pontos importantes são levados para serem discutidos e deliberados na reunião de governança. No que diz respeito à governança, mesmo as diretrizes da EBSERH não pontuando a inclusão dos chefes de divisão, setor e unidade, nas reuniões de governança do HU-FURG, todos são chamados a participar e se envolver nas discussões. Além disso, eles têm autonomia na decisão do que será levado para discussão e decisão em reunião. Essa autonomia também possibilita que tomem decisões sem necessariamente chegar à reunião, desde que sejam questões pontuais e que digam respeito exclusivamente à unidade, setor, divisão ou gerência da qual sejam gestores.

E ainda, ocorre uma reunião pública mensal, onde são debatidos assuntos que muitas vezes podem não chegar para a governança do hospital, trata-se de uma reunião aberta para membros internos e externos, aberta a participação de toda a comunidade, inclusive

[10] Anteriormente, direção era o nível hierárquico mais alto do hospital. Com a implantação da EBSERH, essa cúpula administrativa passou a ser denominada de superintendência. Acrescenta-se aqui que, para além da nomenclatura, a estrutura hierárquica também sofreu alterações.

havendo a possibilidade dos munícipes colocarem demandas e pautas para discussão. “Ela [reunião pública] pode ser até executiva mesmo, [...] deliberativa, no sentido das pessoas tomarem alguma decisão sobre alguns rumos do hospital” (ENTREVISTA 8).

> [As decisões] seguem uma escala hierárquica. Decisões que são de organização de setor competem ao chefe de setor. Quando tu tem alguma mudança de conduta do hospital, essa decisão é tomada pela superintendência, pela gerência de atenção em saúde, que repassa para as chefias médica, enfermagem e etc. [...] E. às vezes, essas decisões de mudanças de conduta, na parte da superintendência, vem de solicitações dos setores. [...] A superintendência toma uma decisão e devolve a resolução (ENTREVISTA 10)

Um exemplo de pauta da reunião foi a criação do Núcleo de Educação Permanente do hospital, com a participação membros de diferentes setores. A criação desse núcleo foi anunciada em uma reunião pública. Durante a apresentação, os membros procuraram convocar a participação de todos na melhoria dos processos e na proposição de temáticas a serem trabalhadas no hospital. A primeira atividade realizada pelo núcleo foi uma palestra com uma psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, a temática sugerida foi uma proposição da gestão do hospital para que fosse possível atuar nos problemas relacionados aos diferentes vínculos e também problemas relacionados à vinda da EBSERH, fato que ainda parece trazer transtornos para o hospital.

A preocupação dos membros da gestão do hospital com a participação está presente quando mencionam o serviço de ouvidoria. “A ouvidoria funciona bem, eu acho que, todas às vezes que a ouvidoria é acionada, chega até nós o problema e a gente tenta correr” (ENTREVISTA 10). Trata-se de um canal de comunicação entre a gestão do hospital e os usuários, que se consolida como um mecanismo de participação.

No que tange às dimensões ainda não concretizadas do SUS, na seção que discutiu a percepção dos gestores sobre saúde pública surge uma referência ao fato das pessoas não sabem sobre seus direitos e não participam do controle social. No entanto, não foi possível observar uma preocupação dos gestores com o fato dos usuários em si participarem, por exemplo, das reuniões públicas.

7.4 As percepções em relação aos usuários do sistema de saúde

Considerando o que foi brevemente discutido acima, e prosseguindo na análise sobre as percepções dos gestores e as concepções institucionalizadas no hospital, pode-se

refletir sobre o processo de institucionalização das regras do SUS dentro dos hospitais. Quando os entrevistados falam da percepção que têm sobre os usuários, há uma forte referência à dimensão da satisfação, ou seja, parece haver uma redução do usuário à sua satisfação ou insatisfação com atendimento que recebe no hospital. Essa ênfase no binômio satisfação/insatisfação, por sua vez, decorre que uma ideia de que o usuário é um cliente:

> Em geral a gente percebe pelos indicadores que o pessoal gosta, os resultados de satisfação ou de qualidade dos serviços são bem avaliados, geralmente. Talvez pelo perfil, certamente pelo perfil de cliente que se tem aqui, porque é um cliente que talvez as condições na casa dele sejam muito piores das que ele tem aqui. E talvez porque, se ele disser que tá ruim aqui, é capaz de ainda perder o serviço que ele tem; vão fechar, era ruim, fecha. Mas acho que não, acho que as pessoas realmente gostam. Mas tem casos que vão na ouvidoria. Tem alguns casos que o pessoal coloca, se eu não me engano: a demora na fila; demora pra agendar o exame, que vai ficar pra dois meses, três meses, pra cirurgias tá maior. [...] Então eu vejo com a população mais ou menos isso (ENTREVISTA 4).

Observa-se, assim, a ideia de um cliente, ao qual se presta um serviço. A complexidade da relação do usuário com o sistema de saúde é reduzida à experiência de um cliente que consome um produto. No caso, um tratamento de saúde. E este cliente pode ficar satisfeito ou insatisfeito com a experiência e com o produto consumido. Entretanto, trata-se de um cliente pobre, sem recursos, que tenderá a reconhecer e ter gratidão ser for minimamente bem atendido.

> Necessitados, muito necessitados, precisando demais do nosso atendimento. Pessoas que, se não conseguirem aqui, não vão ter oportunidade de ter atendimento em outro lugar, não tem condição de pagar um exame caro fora, ou um tratamento em outro município. Então, eu percebo os nossos usuários assim. E muitos deles também humildes e agradecidos. Ao mesmo tempo que a gente vê uma crítica ou outra, em razão das demoras, que são compreensíveis também, eu vejo que as pessoas reconhecem a qualidade do trabalho que é realizado aqui, dentro do possível. Porque as próprias pessoas quando estão internadas no SPA [Serviço de Pronto Atendimento] elas tão vendo, que se elas não tiverem naquele corredor, não tem outro lugar, não tem leito. As pessoas também reconhecem e se solidarizam com essa situação toda da saúde pública (ENTREVISTA 5).

> É bem diversificado. Vai pegar o paciente que vai vir pra cá, vai ser atendido, vai embora e vai dizer mil maravilhas daqui. Vai ter aquele outro que vai fazer um escarcéu, vai dizer que 'ah porque essa cama é horrível', aí tu vai ver que a cama é boa. 'Ah o lençol tem mancha'. 'Ah porque a enfermeira me olhou torto'. 'Ah porque o médico não veio me ver'. Então a gente vai ter todo tipo de casos de pessoas aqui. Com o usuário a gente vai do céu ao inferno (ENTREVISTA 6).

É importante, mais uma vez, ressaltar que não se trata aqui de criticar comportamentos ou visões de mundo dos gestores em relação aos usuários, ou em relação

ao sistema de saúde. O que se está analisando, a partir das falas coletadas nas entrevistas, são concepções institucionalizadas, visões de mundo que se consolidaram ao longo de muitas décadas no Brasil. A estas visões consolidadas, acrescente-se todo o poder das concepções centradas no indivíduo que ganham força a partir da década de 1980, conforme discutido no referencial teórico deste trabalho. As abordagens neoliberais, como movimento em torno do *New Public Management* na administração pública, todos esses fatores interligados nos impedem de fazer uma análise meramente crítica em relação às falas e narrativas expressas pelos entrevistados desta pesquisa. O que se considera aqui é que elas expressam concepções institucionalizadas, que vão muito além da esfera individual ou do caso aqui analisado. Afinal conforme destaca Franco (2003), gestores atuam em um contexto de demandas extremas, onde há uma visão de que apenas o hospital é o espaço do tratamento de saúde. E essa é uma visão disseminada por toda a sociedade, veiculada nos meios de comunicação, consolidada no senso comum da população. Afinal, o atual modelo de assistência médico-hospitalar se desenvolveu ao longo do século XX, com base por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos (FRANCO, 2003).

Nesse sentido, os depoimentos dos gestores entrevistados corroboram essa visão em relação ao usuário, predominando uma divisão que delimita o usuário ao seu lugar de paciente. Além disso, algumas falas são mescladas com a vulnerabilidade social da população, onde o cidadão pode vir a ser colocado apenas como pobre, necessitado e carente.

> Se a gente parar e andar pelo corredor, enxergar o corredor do SPA lotado, às vezes uma gestante sentada numa cadeira aguardando pra ir pra uma sala de parto, essa com certeza não é a realidade que a gente quer pra dentro do hospital. Mas, se a gente conversar com o usuário, na grande maioria, embora eles passem por essas dificuldades, vai ser um relato deles que eles estão contentes, porque aqui eles são acolhidos. Eles enxergam que está sendo feito o possível dentro da estrutura que se tem (ENTREVISTA 7).

> Essa é uma pergunta bem difícil porque a gente tem dois tipos de usuários. A gente tem aqueles que nos idolatram e aqueles que nos criticam. E muitas vezes as críticas não são construtivas, são só destrutivas (ENTREVISTA 9).

> A maioria do usuário ele reconhece a nossa situação, que a nossa situação não é ideal e mesmo assim eles valorizam o nosso trabalho. Obviamente que nem todos saem satisfeitos, mas a grande maioria sai. Se tu passares lá no SPA agora, aquelas macas todinhas do corredor, tu vais escutar mais elogios do que críticas (ENTREVISTA 13).

Esses dados mostram-se relacionados ao histórico dos hospitais, que se consolidam primeiramente como organizações destinadas a tratamento dos pobres. Destaque-se ainda que em muitos hospitais de ensino, há o histórico dos acadêmicos realizarem seus estágios nas alas destinadas a caridade. O próprio hospital aqui pesquisado carrega este histórico. Além disso, é importante também ressaltar a prática de atendimento privado dentro das dependências do hospital universitário, o que ainda é defendido, em virtude de facilitar a obtenção de recursos financeiros de forma mais "autônoma". Nessas duas perspectivas se encontram, respectivamente, um discurso que é humanitário, de atendimento aos pobres e desvalidos, e outro discurso que é voltado à atenção a um cliente.

Talvez esteja havendo a passagem de um para o outro, ou a conexão entre eles. O usuário pobre (que se relaciona com o histórico dos hospitais e com o histórico do hospital da FURG) articulado a dimensão do usuário cliente. Caso essas duas percepções sejam concebidas e venham a se desenvolver (institucionalizar) de forma conjunta, e dada a situação política e econômica do país, poderá se construir a imagem do usuário do SUS como um "cliente-pobre" ou o "pobre-cliente". Coloca-se, assim, mais um entrave à institucionalização de uma ideia de saúde pública como direito social, articulado a uma noção de cidadania e com uma visão integral de assistência.

Os dois momentos nos quais há uma referência ao usuário como dotado de direito à saúde, em suma, não faz referência a esse como um direto de cidadão. Em um dado momento, surge articulado a ideia de que os usuários estão mais atentos aos seus direitos, não aceitando pagar por procedimentos em um hospital que é cem por cento SUS. Em outro, há menção ao fato de que os usuários podem e deveriam exigir seus direitos; no entanto, essa fala é intercortada pelo discurso da pobreza, conforme podemos perceber abaixo:

> Eu brinco que é muito bom trabalhar no dia-a-dia, isso que me fez escolher vim pro SUS, é trabalhar no dia-a-dia com pobre, porque o pobre se tu cumprimentá-lo ele já fica agradecido. E isso não é um demérito. Isso eu acho que é muito importante tu fazer, tu ajudar, esse perfil de paciente eles ficam extremamente gratos. Não tem noção de que poderiam e deveriam exigir muito mais do que atualmente tem (ENTREVISTA 12).

Dessa forma, é possível constatar que a saúde como um direito de cidadania não se expressa. O que representa a dificuldade de se institucionalizar, como prevê o SUS, esse direito à saúde. Direito à saúde é mais do que ter direito a um procedimento, a estar atento ao fato de que esse procedimento não pode ser cobrado em um hospital que é cem por cento

SUS. Na verdade, é participar de forma ativa nas deliberações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A implementação da EBSERH não proporciona essa dimensão, no entanto, o HU-FURG possui reuniões públicas que realiza mensalmente, ainda que esse não seja um espaço que seja comumente frequentado pelos usuários de saúde.

Destaca-se aqui o fato dessa pesquisa ser realizada em um hospital universitário, local onde se aprende a ser um profissional para atuar na saúde (o que inclui, mais do que saúde pública, o SUS), o que inclui o posicionamento que será adotado frente ao usuário. O artigo de Cecim e Feuerwerker (2004) aborda a questão do quadrilátero da saúde, onde o processo de educação é discutido como um dos elementos que conseguirá alcançar transformações mais profundas no SUS, e que poder-se-ia dizer para a institucionalização do SUS. E ainda, como reforçam os autores, trata-se de formar e não de reformar profissionais para atuar no SUS.

Profissionais, acessam o sistema de saúde de forma diferenciada e privilegiada. Isso pode representar uma dificuldade para que vivam aquela realidade como usuários do sistema de saúde, se posicionem ao lado da saúde como direito. Não há um corpo coeso de usuários, como coloca Menicucci (2003), cada um utiliza do sistema de saúde público uma parte. Por sua vez, os usuários não têm essa noção e esse acesso. Ainda que tenham as reuniões públicas, eles não se apresentam, não propõe pauta, etc. Não aparece a fala "a nossa saúde". E, salienta-se que a reunião pública é uma proposta do HU-FURG. Não há na EBSERH esse elemento.

Profissionais de saúde não acessam o sistema de saúde como qualquer usuário. Eles são "privilegiados" por trabalharem na área (ENTREVISTA 11). E, ainda que tenham plano de saúde, eles acessam o sistema de saúde tanto no plano de saúde quanto no sistema público, pela facilidade de acesso. Por exemplo, o entrevistado 13 destaca que possui plano de saúde, mas ainda assim, se tem algum mal estar ou intercorrência e quiser ir até o pronto atendimento do hospital; passará na frente de todos os usuários e acessa exames de forma mais fácil, etc.

> Não sei se porque trabalho na área de saúde tive essa facilidade ao sistema de saúde. Não só posto de enfermagem, as Unidades Básicas de Saúde também, [...] Não sei se, por fazer parte da área de saúde, não sei se isso foi um leque de abertura. Mas o atendimento que eu tive, das vezes que eu procurei, tanto nas unidades de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde, quanto nos hospitais municipais, estaduais e federais, foram sempre bem recebidos. É como eu tô te falando, as consultas procurava, os atendimentos dos profissionais também, sempre foram bem correspondidos (ENTREVISTA 11).

> A gente que trabalha aqui, a gente não é um usuário comum, entende? Porque de uma forma ou de outra, tu acaba utilizando o sistema, não como um cidadão comum. Tem pessoas que tem plano de saúde, tem outros que não tem plano de saúde. Por exemplo, os meus partos, eu fiz pelo plano de saúde; e tem outras coisas que a gente não faz. Por exemplo, tu passou mal, aí tu usa o serviço de pronto atendimento; mas aí tu não vai pelo plano de saúde. Então fica uma coisa meia [meio] diferente. Quando eu era criança, eu começo a lembrar de saúde, meu pai era ferroviário, então existiam as caixas de pensão (ENTREVISTA 13).

No hospital pesquisado observa-se que há folders na área administrativa, que destacam o papel do usuário enquanto um cidadão ativo e participante do sistema. Talvez, numa tentativa de tentar institucionalizar a concepção do SUS no hospital. Mas, ao fim e ao cabo na prática o que aparece é uma concepção gerencial que vê o usuário como um cliente individualizado, em lugar de um cidadão integrante de uma coletividade mais ampla.

Nesse momento pode-se retomar a análise de Telles (1998) sobre direitos, e a diferença entre considerar um indivíduo como cidadão de direitos ou como pobre carente. Dizer que o cidadão tem direito à saúde não faz parte de um discurso humanitário, no qual ele é posto como um agente passivo e carente, e nem de um discurso que o coloca como cliente, o consumidor que receberá atendimento em saúde como se essa fosse uma mercadoria. O mero discurso humanitário, ainda que cheio de boas intenções, situa o usuário do sistema de saúde como o pobre destituído e debilitado, a quem a vida colocou em situação de miséria; e, pela sua condição de necessidade, deve, em posição inerte, aceitar aquilo lhe é oferecido, em condições não determinadas por esse sujeito.

Esta concepção do "pobre carente e fraco" torna-se distante da concepção preconizada pelo SUS, no momento em que se articula às concepções neoliberais do indivíduo-cliente. A percepção sobre quem é o usuário do sistema de saúde e, nesse caso, do hospital impacta na forma com que ocorrerá a relação, tanto de assistência quanto administrativa, com a população assistida. As concepções de gestão na área da saúde percebem o usuário de formas diferentes. Dentro da constituição e processo de consolidação do SUS, há uma ênfase para a dimensão da saúde como um direito social. Enquanto que a proposta gerencialista concebe o usuário como um cliente (GAULEJAC, 2007), para o qual é prestado um serviço. Conforme o autor citado, "Quanto mais [o cidadão] é desapossado da possibilidade de ser ator no jogo político, mais ele vai exigir o que lhe é devido e tratar o sistema político como um guichê de reclamação que deve estar a seu serviço" (GAULEJAC, 2007, p. 282). E assim, tenderá a fazer exigências e

colocações que não representam transformação ou garantias, pois se constrói uma distância entre o processo de trabalho na área da saúde e aqueles que recebem o atendimento.

Adaptando-se a frase “a política perde seu poder visionário e suas capacidades de mobilização sobre projetos coletivos que não podem ser realizados a não ser com tempo” de Gaulejac (2007, p. 281) para o contexto da saúde, se percebe o esvaziamento de construções coletivas de longo prazo, para atender as necessidades desses clientes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de saúde no Brasil é permeada historicamente por uma disputa entre os segmentos público e privado, cada qual com uma proposta de gestão. Dessa forma, se institucionalizam duas grandes concepções de gestão. Uma delas se reflete pela institucionalização do segmento privado na área de saúde. Ressalta-se aqui o fato de que a forma de gestão construída historicamente no segmento privado tem sido incorporada na administração pública de forma ampla, não só na área da saúde, principalmente, a partir da adoção de políticas neoliberais para a esfera pública. A outra concepção, instituída com a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem sido um movimento que tenta garantir a saúde como um direito de todos, mais especificamente como um direito social, baseada em pressupostos coletivos e solidários.

Nesse trabalho foi possível compreender de que forma essas concepções de gestão institucionalizadas historicamente na área de saúde no Brasil se relacionam com as percepções dos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande. No caso dessa pesquisa, o enfoque foi dado justamente para a forma como ocorre a relação entre essas concepções de gestão institucionalizadas e os agentes da área de saúde, mais especificamente gestores de um hospital universitário. Ressalta-se que esses agentes acabam por legitimar determinada forma de gestão e, dessa forma, contribuem para reforça-la e imprimir, no contexto da gestão de um hospital universitário, um modo de fazer e, consequentemente, pela natureza dessa organização, de atuar na formação universitária.

As instituições, enquanto ideias e práticas consolidadas, exercem influência sobre os indivíduos. Considerando o conceito de instituição proposto por Durkheim, enquanto maneiras de agir e de pensar que são exteriores aos indivíduos, neste trabalho, percebemos a prevalência de uma determinada forma de conceber a gestão em saúde – a gestão gerencialista. Embora a área da saúde seja marcada por uma institucionalização que é dual, na qual coexistem os segmentos privado e público, enquanto forma de gestão o que se observa é a preponderância de uma concepção de gestão que é empresarial. A gestão proposta nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde não está consolidada na percepção dos gestores do hospital.

Reforça-se que, na percepção dos gestores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande, estão presentes elementos que tangenciam tanto a concepção empresarial quanto a concepção proposta pelo SUS. No entanto, essa última se expressa mais enquanto segmento público, que fornece a estrutura de funcionamento da saúde pública, do que enquanto fundamentos para a gestão.

Nesse trabalho foi possível demonstrar o desenvolvimento do setor de saúde pública no Brasil e como nesse prevalece a influência do segmento privado. Os hospitais universitários, inseridos no contexto de saúde pública, sofrem influência desse processo. Mais ainda por serem hospitais, que são organizações cujo desenvolvimento histórico, no Brasil, é permeado pela lógica privada. Além disso, também está presente em seu histórico o predomínio do poder centralizado na categoria médica e no hospital como local de realização desse saber, colocando as demais áreas do conhecimento e própria população assistida em segundo plano. Esse modo histórico no qual se desenvolveram as organizações hospitalares, e até mesmo em virtude de sua ligação com a esfera privada, tornou essas organizações semelhantes à organização empresarial.

As percepções dos gestores são heterogêneas em vários aspectos, o direcionamento não encontra um caminho linear. Observam que o SUS possui um bom sistema, mas quem em um nível amplo não funciona nos aspectos de acesso do usuário ao sistema, na participação social, na prevenção como redução de danos à saúde e na organização em rede. No entanto, na relação do hospital com o SUS as falas são um pouco diferentes, pois o SUS é apontado como um sistema que impõe amarras para o funcionamento hospitalar. Não há um direcionamento único nem mesmo na análise das falas de forma individualizada.

Contudo, há um direcionamento quase que unânime de que a EBSERH trouxe profissionalização, de que as metas são algo positivo. As informações obtidas mostraram a presença da ideia de uma gestão profissional como símbolo da aplicação de conhecimentos e técnicas gerenciais. A esse fato relaciona-se a defesa de que a EBSERH representa a profissionalização da gestão. Essa empresa pública é um ente que se coloca como organização externa responsável por conduzir aos melhores resultados. Nesse aspecto, não surge a menção à possibilidade de que os indivíduos que ali atuam possam participar na escolha das finalidades, pois essas não passam pela ideia de uma construção coletiva com a comunidade, entendida como o corpo de pessoas que compartilham espaço do hospital (profissionais, usuários, representantes de outros órgãos públicos, dentre

outros). Por trás desse modo de ver a gestão da organização hospitalar, encontra-se uma visão de mundo e um sistema de crenças – a instituição empresarial – como ideal a ser seguido. Os pressupostos e diretrizes em torno do SUS não são colocados como elementos importantes da gestão em saúde.

Aproximar o modo de funcionamento do serviço público ao modo de funcionamento do serviço privado contribui para que essas sejam formas organizacionais comparáveis. Essa lógica tende a desvalorizar a esfera pública em função de não alcançar os mesmos resultados. Os hospitais universitários são fontes centrais na institucionalização de práticas e ideias que se consolidarão na área de saúde pública no Brasil. Desta forma, há de se pensar na institucionalização de elementos como o "cliente", aquele que solicita e reivindica aquilo que considera que é seu direito de forma individual, via balcão; talvez o "cliente pobre", aquele que por necessidade acaba por aceitar as condições dos serviços que lhe são prestados, destituídos da ideia de direitos. O cliente é aquele que chega ao balcão para reclamar do produto ou serviço de forma individualizada, recebendo em contrapartida benefícios particulares. Essa lógica dificulta que se consolide um corpo coeso de usuários, que reivindiquem coletivamente seus direitos.

Existe um modelo médico centrado e hospitalocêntrico que é característico do histórico da área da saúde. O que parece estar havendo é a incorporação de um discurso gerencialista, alinhado a incorporação dessas respectivas práticas por parte da administração pública no Brasil. O que não chega a ocorrer é inclusão da voz do cidadão, dotado de diversos direitos, entre eles o direito à saúde.

Reconhece-se que há uma ênfase exagerada na dimensão apenas curativa, no hospital como centro de todo o sistema, e um descuido em relação à atenção básica. Entretanto, e aqui reside um grande paradoxo, esses seriam problemas do SUS, dos governos, da administração pública, sendo poucas vezes referida a ideia de que os hospitais universitários também são o SUS, que os gestores também fazem o SUS. E, ainda mais ausente, a ideia segundo a qual os hospitais universitários poderiam (ou "deveriam") formar para o SUS, e isso inclui também gestão para o SUS.

As fundações davam certa autonomia para os hospitais universitários trabalharem com recursos financeiros e humanos. Além disso, no caso específico do HU-FURG, ainda existia a captação de recursos proveniente da internação dos pacientes via convênios privados. Ou seja, o hospital estava habituado a ter uma maior autonomia para gerir os seus

recursos. Lidar exclusivamente com as regulamentações impostas pela administração pública ainda parece ser uma atividade que gera conflito para o hospital.

O Plano Diretor Estratégico do hospital não enfatiza ações de prevenção e promoção por parte do hospital. Ressalta-se que esse documento foi construído durante um curso de especialização no hospital Sírio Libanês (organização hospitalar privada), o qual foi financiado pela EBSERH. Isso demonstra a força da institucionalização do segmento privatista, com ideias que ao mesmo tempo em que favorecem organizações privadas também transforma as públicas, aproximando-as do seu mecanismo de funcionamento, sendo esse o modo concebido como "ideal". Trata-se de uma concepção institucionalizada e que exerce influência nos mais diversos agentes, dentre eles os gestores de um hospital público de ensino.

Talvez, não se possa dizer que o movimento gerencialista estaria desistitucionalizando o SUS dentro da organização hospitalar estudada, pois a nível hospitalar os pressupostos e diretrizes do SUS historicamente encontram dificuldades para se concretizarem. Ainda assim, esse forte movimento em torno da adesão de práticas empresariais tende a tornar o processo de institucionalização do SUS, principalmente no que se refere aos pressupostos de gestão, cada vez mais esvaziado de possibilidades reais. A realidade aparece aqui como aquela que dá espaço apenas para a lógica privada, objetiva, quantificada, financeirizada, e tantas outras que vemos tomando espaço na administração pública.

8.1 Limitações e sugestões para futuras pesquisas

Este trabalho apresentou algumas limitações importantes, devido a dificuldades que surgiram ao longo do processo de pesquisa, mas também a limites na conexão com a abordagem teórico-analítica, uma vez que foram surgindo possibilidades de análise que não puderam ser exploradas. Esses pontos serão desenvolvidos em pesquisas futuras, uma vez que a autora pretende continuar investigando as complexidades inerentes à relação entre público e privado na estruturação das políticas de saúde no Brasil.

Uma primeira limitação do trabalho se deu devido ao fato de o processo de construção do projeto de pesquisa ter se alongado mais do que o previsto. A revisão de toda uma ampla e complexa bibliografia, tanto na área da Administração como de outras

áreas, e o esforço de articular essas perspectivas, acabaram por tomar um tempo maior do que o previsto.

Além disso, a aprovação do projeto no Comitê de Ética ocorreu cinco meses antes do prazo para defesa da dissertação. Com isso, a coleta de dados e a posterior análise também foram realizadas em um período menor, ainda mais se for considerado o volume de dados coletados. Nesse sentido, é importante destacar que esta pesquisa prosseguirá após a defesa da dissertação aqui apresentada.

Uma segunda limitação deste trabalho diz respeito a uma descrição mais detalhada tanto do histórico dos hospitais universitários brasileiros quanto do hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande. Esta limitação deveu-se também a existência de limitadas fontes de dados sobre o histórico dessas organizações.

Do ponto de vista teórico-analítico, pode-se dizer que uma terceira limitação deste trabalho diz respeito a uma descrição mais detalhada das lógicas privada e pública que ensejam processos de institucionalização no âmbito da assistência à saúde no Brasil. Embora haja uma vasta literatura a este respeito, trata-se de um corpo de análises que se situa, salvo exceções, fora do âmbito da área da Administração. Nesse sentido, um desafio para futuros trabalhos será possibilitar um diálogo profícuo entre a Administração e outros campos do conhecimento que também tenham se debruçado a analisar os processos de implementação e de gestão das políticas de saúde no Brasil.

Há que se destacar ainda, como limitação deste trabalho e possibilidade para novas agendas de pesquisa, um maior aprofundamento da análise das relações entre a dimensão institucional, a dimensão organizacional e como estas impactam nas percepções, concepções e tomadas de decisões dos agentes. Trata-se de uma empreitada extremamente complexa articular essas dimensões, uma vez que, ao captar as falas e narrativas dos agentes envolvidos, pode-se tender a pessoalizar a análise, como se estivesse “culpando” ou “acusando” indivíduos, enquanto que, na realidade, o que se busca é verificar de que forma se expressam percepções institucionalizadas, que vão muito além da dimensão individual.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. M.; Leta, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARNARD, C. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1979.

BAUER M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAUER, M. A. L. **Solidariedade e organização social**: a luta do "Movimento de Ilhéus" pela gestão social do território no arquipélago em Porto Alegre. 2011. 293 f. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BERGER, P.; LUCKMAN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1976.

BORGES, J. C. P. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH:** uma análise sobre o processo de empresarização em sua constituição. 2017. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Faculdade de Administração e Turismo, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 10. ed. Campinas: Papirus, 2010.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo veinteuno Editores Argentina, 2005.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1981.

BRASIL. Acórdão Tribunal de Contas da União 1.520/2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Acórdão Tribunal de Contas da União 2.731/2008. Brasília, 2008.

BRASIL. Acórdão Tribunal de Contas da União 2.813/2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/JP/Downloads/Caderno%20Textos%20VERSUS%20Brasil%202004.pdf >. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CALDAS, M. P.; FACHIN, R. Paradigma funcionalista: desenvolvimento de teorias e institucionalismo nos anos 1980 e 1990. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, 2005.

CAMPOS, G.W. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: ONOCKO, R & MERHY, E. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al (orgs.). **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-194, jan. 1999.

CAMPOS, G. W. S.; RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o Sistema de Saúde Brasileiro no Início do Século XXI. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.2, 2016.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento. 1998.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F. D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. **Anais do 23º Encontro da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração**, Foz do Iguaçu, 19-22 set. 1999.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F. **Organizações, cultura e desenvolvimento local**: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional. Recife: EDUFEPE, 2003.

CARVALHO, C.A.; VIEIRA, M. M. F.; SILVA, S. M. G. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Gestão.org**, v. 10, p. 469-496, 2012.

CASTRO, R. C. L. et al. O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 33, p. 375-383, 2014.

CATÃO, M. O. Estrutura Hospitalar Moderna. In: CATÃO, M. O. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CECÍLIO, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

CÔRTES, S. V. (org.). Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. A Gaiola de Ferro Revisitada: Isomorfismo Institucional e Racionalidade Coletiva nos Campos Organizacionais. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, abr-jun, p.74-89, 2005.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EBSERH - **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**. Institucional. Nossa História. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hu-furg/nossa-historia. Acesso em: 20 jul. 2017.

ESCOREL, S. BLOCH, R. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 83-120, 2005.

FACHIN, R. C.; MENDONÇA, J. R. C. Selznick: uma visão da vida e da obra do precursor da perspectiva institucional na teoria organizacional. In: VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. A. P. **Organizações e instituições no Brasil**. São Paulo: FGV, 2004. p.29-45.

FAUCONNET, P.; MAUSS, M. Sociologia. In: MAUSS, M. **Ensaios de sociologia**. São Paulo, Perspectiva, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANÇA-FILHO, G.C. **Definindo Gestão Social**. In: Gestão Social: Práticas em Debates, Teorias em Construção. Laboratório Interdisciplinar de Estudos em Gestão Social. Universidade Federal do Ceará. Juazeiro do Norte, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família**: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GODOY, Arlinda S. Pesquisa qualitativa – Tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, nº3, p. 20-29, 1995.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.

HALL, P. A. Central bank independence and coordinated wage bargaining: their interaction in Germany and Europe. **German Politics & Society**, p. 1-23, 1994.

HALL, P. A. Politics as a Process Structured in Space and Time. In: FIORETOS, O.; FALLETI, T.; SHEINGATE, A. (Orgs.). **The Oxford Handbook of Historical Institutionalism.** Oxford University Press, 2016.p. 50-76.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C.R. The three versions of neo-institutionalism. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 58, p. 193-223, 2003.

HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOCHMAN, G. História e políticas públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. A Política Pública como Campo Multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

HU-FURG/EBSERH. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa -Universidade Federal do Rio Grande / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Plano Diretor Estratégico 2017-2018**. Rio Grande. 2016.

HU-FURG/EBSERH. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa -Universidade Federal do Rio Grande / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Monitoramento Mensal das Atividades Assistenciais**. Rio Grande. 2017.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 30, n. 11, p. 139-163, 1996.

IMMERGUT, E. M. The Theoretical Core ofthe New Institutionalism. **Politics&Society**, v. 26, n. 1, 1998. p. 5-34.

JUSTEN, C. E. et al. Semeando o antropofagismo na produção acadêmica institucionalista brasileira em administração a partir de abordagem interdisciplinar. Revista de Ciências da Administração, v. 14, n. 34, p. 9-23, 2012.

LOPES, F. D; BALDI, M. Laços sociais e formação de arranjos organizacionais cooperativos: proposição de um modelo de análise. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 81-101, jun. 2005.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. **Perspectivas históricas na Análise de Políticas de Saúde**. In: BAPTISTA, T. W. F. Política, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MARQUES, Eduardo Cesar. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 39, p. 182-186, 1999.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149 56, 2001.

MEIRELLES, A. L. B. **História do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande:** 1966-2016. Rio Grande: Ed. da FURG, 2016.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. 402 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas – Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político–o caso da política de saúde. **Locus-Revista de História**, v. 15, n. 2, 2010.

MENICUCCI, T. M. G. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS**: uma análise institucional. Publicação das Nações Unidas. 2014.

MERHY, E.E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira

e a potência transformadora da gestão. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, p. 45-76, 2004.

MEYER, W. J.; ROWAN, B. Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia. In: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. **El Nuevo Institucionalismo enelanálisis organizacional**. Fondo de Cultura Econômica, 1999

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MORAES, L. F. R.; MAESTRO-FILHO, A.; DIAS, D. V. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas aplicações na teoria organizacional. Revista de administração contemporânea, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 57-71, 2003.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria das organizações***:* evolução e crítica. São Paulo: Pioneira, 2001.

OLIVEIRA, G. A. **A compatibilidade de princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e à EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014. 191 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2014.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do que Nunca. 2008.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes ou de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr-jun, 1998.

PADILHA, R. Q. et al. Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS. São Paulo: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L. et al (organizadores). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 88-115, 2008.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULA, A. P. P. de. Administração Pública Brasileira Entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, jan-mar, p.36-49, 2005.

POLANYI, K. **A grande transformação**. 2 ed. Ria de Janeiro: Compus, 2000.

POSSA, L. B. **Políticas públicas** : os efeitos no subsistema de provisão de serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde. 2013. 286 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. Rupturas e Resoluções no Modelo de Atenção à Saúde: reflexões sobre Estratégia Saúde da Família com base em categorias kuhnianas. **Interface – Comunicação e Saúde**. V. 9, Nº 16, p. 53-66, 2005

SILVA, R. C. et al. Para além da empresa: por outras possibilidades de teorizar sobre organizações. In: VIEIRA, M. M. F.; SILVA, R. C.; RODRIGUES, M. S. (organizadores). **Cultura, mercado e desenvolvimento**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010. p. 277-297.

SELZNICK, P. A Liderança na Administração: uma interpretação sociológica. Rio de Janeiro: FGV, 1971.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (The BrazilianCompanyof Hospital Services): a new management model? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-380, 2013.

TENÓRIO, F. G.; ROZEMBERG, J. E. Gestão pública e cidadania: metodologias participativas em ação. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro: EBAP/FGV, v.31, n.4, pp. 101-125, 1997.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institucionalism in comparative politcs. In: THELEN, K.; STEINMO, S.; LONGSTRETH, F. Structuring Politcs: historical institucionalism in comparative analysis. Cambridge: Cambrigge University Press, 1992.

THÉRET, B. Institutions: between structures and actions. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 58, p. 225-254, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, M. M. F.; MISOCZKY, M. C. Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais. In: CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F. **Organizações, cultura e desenvolvimento local**: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional. Recife: EDUFEPE, 2003.

VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em Administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

WACQUANT, L. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 19, p. 95-110, 2002.

WEBER, M. Os fundamentos da organização burocrática: Uma construção do tipo ideal. In: CAMPOS, E. (org.) **Sociologia da burocracia.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 14-28.

WEBER, M. **Ensaios de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WEICK, K. **A Psicologia Social da Organização**. São Paulo: Edgard Blucher, 1969.

WEICK, K. E. **Sensemaking in organization**. London: Sage, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado

Roteiro de entrevista semiestruturado

I – Questões sobre trajetória:

(1) Fale sobre a sua trajetória pessoal no sistema de saúde (experiências que teve como usuário do sistema de saúde)
(2) Qual a sua formação?
(3) Fale sobre a sua trajetória profissional.
(4) Em qual período trabalhou no HU?

II - As próximas questões serão sobre a saúde e a gestão em saúde de uma forma mais ampla

(5) Como tu percebe a saúde pública? (Qual a tua visão sobre saúde pública?)
(6) Qual a sua percepção sobre gestão na área de saúde pública? (Aspectos que considera mais importante)
(7) Qual (is) o (os) problema (s) da saúde pública?
(8) Como deve ser tratado (resolvido)? (Como atuar nesses problemas?)

III - Questões sobre hospitais

(9) O que é um hospital? Me fala um pouco de como tu considera/vê um hospital?
(10) Tu percebes diferenças e afinidades entre a gestão de um hospital público e um privado? Quais? Como uma interfere na outra?
(11) E os hospitais universitários, como tu percebe eles?
(12) Qual o papel dos hospitais universitários?
(13) Que elementos tu considera que influenciam na gestão de um hospital universitário? Por quê?

IV – Questões sobre o HU-FURG:

(1) Me conta um pouco como funciona a gestão do HU? Quais os conflitos que existem?
(2) O que tu considera que funciona bem na gestão do HU?
(3) O que tu considera que não funciona bem na gestão do HU?
(4) Por que tu achas que não funciona bem?
(5) Como poderia funcionar melhor a gestão HU?
(6) Na tua visão, o que o SUS representa para o hospital?
(7) Como ocorre a relação do hospital com o SUS?
(8) Como o teu trabalho se relaciona com o SUS?
(9) O que tu considera que representa a EBSERH?
(10) O que ela está trazendo para o hospital? (bom e ruim)
(11) Como o teu trabalho se relaciona com a EBSERH? No que ela influencia?
(12) Como é a relação do hospital com a Universidade? E o do teu trabalho?
(13) Como é a relação do hospital com a fundação? E o teu trabalho?
(14) O hospital se relaciona com outras organizações? Quais?
(15) O hospital se relaciona com a comunidade? De que forma? Como tu acha que deveria ser essa relação?
(16) Como funciona a tua rotina de trabalho?
(17) Quais as dificuldades que tu encontra nas tuas atividades?
(18) O que te faz prosseguir na organização? Já pensou em trocar de área/carreira ou setor?

Centralização

(1) Como ocorre a tomada de decisão? Quem pode participar?
(2) A EBSERH mudou isso? De que forma?
(3) Que atividades referentes ao hospital são realizadas pela EBSERH? Ou passam por ela?
(4) O que o hospital tem autonomia para realizar?
(5) Quais as reuniões que tu participas? Como ocorrem, quais os principais pontos e quem participa de cada uma?
(6) Quanto há conflito na tomada de decisão, como isso é resolvido?
(7) Quais os principais fatores levados em consideração nas decisões relacionadas ao longo prazo? Por quê?

Avaliação dos resultados

(8) Os resultados do hospital são avaliados? Como? Por quê?
(9) Quais resultados são avaliados? Em quais o teu trabalho está envolvido? Tu avalias algum resultado?
(10) O que tu acha dessa avaliação?
(11) Há alguma forma de avaliação dos trabalhadores? Quem avalia? Como e quais são os critérios para esta avaliação?
(12) O teu setor tem indicadores e metas? Quais são? Por quê?
(13) Tem as tuas metas individuais? Quais são? Como foram definidas? Por quê?

VI – Integralidade e eficiência

(14) Como tu define um hospital eficiente? O que tu considera que seja? Por quê?
(15) Dentro da tua concepção, o HU é um hospital eficiente? Por quê?
(16) Como tu percebe o usuário? Como é a relação com a comunidade em que ele se insere, sua trajetória e etc.?
(17) Como está funcionando o sistema de referência e contra-referência?