

SIMONE DA SILVA OLIVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO MÉDICO-GESTOR NA GESTÃO
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Orientador: Professor Doutor Antonio Augusto Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências Económicas e das Organizações**

**Lisboa
2016**

SIMONE DA SILVA OLIVEIRA

**A INFLUÊNCIA DO MÉDICO-GESTOR NA GESTÃO
HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação defendida em prova pública na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 19 de Abril de 2016, perante o júri, nomeado por despacho nº225/2016, de 19 de Abril de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Ana Cristina Freitas Brasão Amador.

Arguente: Professor Doutor Mário Fernando Carrilho Negas

Orientadora: Professor Doutor António Augusto Teixeira da Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

Lisboa

2016

A Deus pelo dom da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Senhor Deus, que é o meu guia e autor intelectual da minha fé e de minha existência. Obrigada Senhor Deus por tudo que me destes, pela inteligência e pela sabedoria que foi essencial para que eu pudesse superar os obstáculos que surgiram e que porventura possam surgir em minha vida. Te amo Senhor!

Aos meus pais, que são os responsáveis e co-autores de minha existência. Obrigada pelo amor exacerbado, pelos conselhos, incentivo, apoio nos momentos mais difíceis e importantes de minha vida. Vocês são exemplo de vida, de caráter e de personalidade para mim. Sempre serei grata a Deus por esse amor incondicional que vejo e sinto através de seus semblantes. Amo muito vocês!

Minha imensa gratidão aos meus sobrinhos Gustavo Emanuel e Elisa Beatriz, os quais me ensinaram e ensinam o verdadeiro sentido do amor sem medidas. Vocês são o motivo pelo qual luto todos os dias para ser exemplo. Amo-os imensamente.

Às minhas irmãs Elaine e Maria. Obrigada pelo amor, carinho, incentivo, paciência, companheirismo concedido a mim nesse longo período. Agradeço a Deus por vocês fazerem parte de minha vida e por poder compartilhar mais essa grande vitória alcançada. Amo vocês de coração!

À minha avó materna, Diva (*in memoriam*), pela sua sabedoria e pelos ensinamentos que ajudaram no desenvolvimento de meu caráter, pela visão real e futura de objetivos e pela força para trabalhar e lutar para vencer. Por me ensinar a ter paciência, persistência, fé em Deus sempre e, principalmente, resignação e muito amor pelo próximo.

Aos meus tios, primos e cunhados pelo apoio de sempre, bem como pela graça de compartilhar comigo mais essa etapa de minha vida.

Ao Dr. Paulo Teixeira, superintendente do HUPAA, o qual colaborou e viabilizou a aplicação dos questionários, e com isso ajudou e muito na finalização desta monografia, bem como aos médicos respondentes, sem os quais não seria possível coletar e analisar os dados almejados.

Ao professor Dr. António Augusto, pela colaboração e prestatividade oferecidos no compartilhamento de seus conhecimentos através da orientação deste trabalho.

Aos amigos queridos da turma, pelo apoio e pela linda amizade que construímos durante o tempo de convívio.

Aos amigos companheiros de trabalho do HUPAA, pelos anos de convívio, parceria, compreensão, carinho, paciência, contribuição e incentivo durante esses anos e principalmente no período de construção desse trabalho.

Aos professores da banca, colegas de graduação, pós-graduações, os quais compartilhei momentos difíceis, de companheirismo, de alegria e de muita descontração que desfrutamos durante os anos de curso.

Por fim, o meu muito obrigada a todos que me auxiliaram e contribuíram para o meu crescimento pessoal, intelectual e profissional ao longo dessa trajetória!

Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso (MOTTA, 1991, pág. 28).

RESUMO

Os hospitais surgiram após o advento do cristianismo as ordens monásticas criaram espaços físicos para assistir aos enfermos, aos velhos e aos desamparados. Essas organizações de saúde configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho. O presente trabalho se propôs a investigar qual a influência do médico no hospital, analisando suas ações e percepções com relação a gestão de um hospital e o seu nível de influência na organização. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi através de questionários semiestruturados aplicados e avaliados entre 23 médicos gestores que atuam no HUPAA, utilizando erro amostral de 5% ($\alpha=0,05$), caracterizando um nível de confiança de 95%. A partir dos resultados constatou-se que a maioria atua no HU há mais de 15 anos (45%) são do sexo masculino (61%), idade compreendida entre 46 e 60 anos (52%), têm entre 2 e 3 empregos (37%), sendo a maior parte na área pública (82%). Acreditam que o hospital deve ser dirigido por um médico que tenha perfil de liderança e que sua atuação deve ser feita de forma igualitária na área pública e privada (91,3%). Não entendem os processos licitatórios (26%), entendem que são os profissionais mais importantes e diferenciados na organização (61%). Sentem-se clientes do hospital e que sua estrutura, incluindo as pessoas, deve se adaptar às suas necessidades para realizarem suas funções com eficácia, pois convive com situações que exigem o poder de curar e salvar vidas. Portanto, confirmou-se que o hospital é, então, um lugar de confirmação de poderes/saberes, que tem características próprias que o distinguem das demais organizações, além das atividades médicas, resultando em uma estrutura complexa, conflituosa, e que às vezes é marcado por disputas de espaços e egos.

Palavras-chave: hospital, gestão organizacional, medicina, influência médica.

ABSTRACT

Hospitals emerged after the advent of Christianity the monastic orders created physical spaces to watch the sick, the old and helpless. These health organizations bundle in complex institutions, where political projects coexist quite different from each other, influencing the management and organization of work. This study aimed to investigate the influence of the doctor at the hospital, analyzing their actions and perceptions regarding the management of a hospital and their level of influence in the organization. This is an exploratory-descriptive study with quantitative and qualitative approach. Data collection was through semi-structured questionnaires applied and evaluated among 23 medical managers operating in HUPAA using sampling error of 5% ($\alpha = 0.05$), indicating a 95% confidence level. From the results it was found that most operates in HU for over 15 years (45%) are male (61%), aged between 46 and 60 years (52%) have between 2 and 3 jobs (37%), the majority being in the public area (82%). They believe that the hospital should be directed by a physician who has leadership profile and its performance should be made equally in the private and public sectors (91.3%). Do not understand the bidding process (26%), understand which are the most important professional and differentiated in the organization (61%). Sit hospital customers and their structure, including people, must adapt to their needs to carry out its functions effectively, as lives with situations that require the power to heal and save lives. Therefore, it was confirmed that the hospital is then a place of confirmation of power / knowledge, which has its own characteristics that distinguish it from other organizations, in addition to medical activities, resulting in a complex structure, conflict, and which is sometimes marked by disputes spaces and egos.

Key-words: hospital, organizational management, medicine, medical influence.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Perfil do HUPAA.....	41
Figura 2: Idade	44
Figura 3: Sexo	44
Figura 4: Área de atuação	45
Figura 5: Quantidade de locais de trabalho, incluindo o HUPAA	45
Figura 6: Tempo de serviço no HUPAA.....	46
Figura 7: Proprietário ou sócio de estabelecimento de saúde.....	46
Figura 8: O setor que tem a melhor remuneração	47
Figura 9: Fatores influenciadores no desempenho gerencial.. ..	48
Figura 10: O médico é mais qualificado para dirigir um hospital... ..	50
Figura 11: O HUPAA é considerado uma empresa	53
Figura 12: Área de atuação no HUPAA	53
Figura 13: Tempo que exerce cargo de chefia no HUPAA.....	55
Figura 14: Como o médico enxerga as áreas não-médicas	58
Figura 15: A área que tem a melhor comunicação	61
Figura 16: O setor mais eficiente.....	61
Figura 17: O papel do médico em uma organização hospitalar	65
Figura 18: O médico é a pessoa mais importante do hospital	67
Figura 19: O médico é um profissional diferenciado no hospital	67
Figura 20: O médico entende o processo de aquisição de bens e serviços	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Habilidades necessárias para desempenhar a função de diretor.	49
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: A execução do médico deve ser igualmente no setor público e privado... ..	55
Tabela 2: O HUPAA deve se adaptar às necessidades dos médicos para que eles realizem suas funções de forma eficaz	56
Tabela 3: É importante ter boa comunicação com as áreas de apoio do hospital.....	57
Tabela 4: O médico deve preocupar-se com o custo do procedimento que realiza... ..	59
Tabela 5: O médico deve se preocupar apenas em fazer atendimentos e procedimentos médicos	60
Tabela 6: É importante a descrição de rotinas e protocolos clínicos	62
Tabela 7: É dever do médico registrar todos os procedimentos realizados	63
Tabela 8: O processo de decisão na gestão hospitalar pública prejudica as atividades do médico	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL - Alagoas

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Art. – Artigo

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CF – Constituição Federal

CID – Código Internacional de Doenças

CFM – Conselho Federal de Medicina

DL – Dispensa de Licitação

RH – Recursos Humanos

HU – Hospital Universitário

HE – Hospital de Ensino

HUPAA – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDHUPAA – Plano Diretor do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

PE – Pregão Eletrônico

POA – Plano Operativo Anual

RH – Recursos Humanos

SPSS – Software Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

UAs – Unidades Acadêmicas

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

.....	11
1.INTRODUÇÃO	13
1.1 Problema de pesquisa	16
1.2 Justificativa	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Conceitos e características das organizações e de gestão	18
2.1.1 As organizações	18
2.1.2 Gestão	19
2.2 O papel e as funções do administrador	22
2.3 Conceitos e características das organizações hospitalares	23
2.4 Os Hospitais Universitários (HUs)	26
3. O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR	29
3.1 A importância da gestão hospitalar	31
3.2 A cultura do médico como gestor e suas influências na forma de gestão.....	33
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	38
4.1 Tipo de pesquisa.....	38
4.2 Universo e amostra	39
4.3 Seleção de sujeitos	40
4.4 Lócus da pesquisa.....	40
4.5 Coleta de dados.....	41
4.6 Análise e levantamento dos dados	42
4.7 Limitações do método	43
5. RESULTADOS.....	44
5.1 Perfil do corpo médico	44
5.2 Percepção médica com relação às competências necessárias para a gestão de um hospital público de ensino	47
5.2.1 Habilidades/competências médicas para gerir.....	47
5.2.2 O hospital como empresa.....	52
5.3 Atuação do médico no setor público	54
5.4 Atuações do médico no setor público e privado.....	60
5.5 O médico dentro da organização hospitalar	64
5.5.1 A relação médica com as demais categorias profissionais do hospital....	66
CONCLUSÕES	70
REFERÊNCIAS	74
ANEXOS.....	82
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	82
ANEXO B – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	83
ANEXO C – ESCALA DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL	84
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS	85

APRESENTAÇÃO

Segundo Teixeira (2005), as ordens monásticas após o advento do cristianismo, criaram espaços físicos nos seus conventos para assistir aos enfermos, aos velhos e aos desamparados. Com o passar do tempo, o aumento crescente da população, sobretudo dos desvalidos, obrigou os responsáveis pelos governos a organizar, em locais apropriados, unidades que pudessem acomodar os enfermos e facilitar a assistência que se pretendia prestar a eles.

Com o passar dos tempos surge os *iatreuns*, lugares públicos e precários orientados por leigos e curandeiros que prestavam assistências; algum tempo depois esses lugares foram transformados em pavilhões em que os doentes permaneciam em regime de internação. Essa ação fez surgir as primeiras estruturas hospitalares que se tem relato na história (SILVA e SILVA, 2008). Surgiram assim, os hospitais.

Considerando a centralidade que o médico tem na vida do hospital, não é preciso muito esforço para se compreender as consequências da sua não adesão ao projeto mudancista. Algo como se o núcleo do poder e da vida cotidiana seguisse imutável (CECÍLIO, 1999). Estas coisas vistas em toda a sua dimensão se impõem em uma pergunta crucial: analisando o processo de trabalho e de gestão que ocorre, de fato, em uma unidade assistencial, mesmo reconhecendo algumas apostas bem-sucedidas de mudança na “estrutura” gerencial. *Qual a verdadeira inserção do médico na organização hospitalar? Ele é “membro” ou “cliente” da equipe?*

Diante desse questionamento, o mesmo não pode ser deixado sem resposta. Mesmo que as propostas de mudança de gestão que em que se tenha trabalhado tragam a aposta implícita de que é possível (e necessário) que o médico seja parte da equipe, temos que considerar a outra possibilidade: o médico ser o cliente da equipe.

Portanto, este trabalho tem como objetivo geral, analisar as ações e percepções dos médicos gestores, no tocante ao nível de influência que essa categoria profissional possui na gestão de um hospital público de ensino.

Partindo do objetivo geral, pretende-se:

- Verificar a percepção médica com relação às competências necessárias para a gestão de um hospital público de ensino.
- Observar como o médico se vê numa estrutura hospitalar (cliente – fornecedor).

- Analisar como o médico vê sua atuação no setor público e no setor privado.
- Apontar a relação médica com as demais categorias profissionais na estrutura hospitalar.
- Identificar a percepção do médico e dos fatores de decisão no processo de aquisição de equipamentos e materiais.

Tem-se um questionário semiestruturado para buscar responder aos objetivos específicos. Além disso, realizar uma análise atenta e minuciosa dos resultados da organização estudada para concluir ou não de que os médicos têm poder/saber na organização hospitalar.

Buscou-se referencial teórico como dissertações, teses, artigos e nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library On line), DEDALUS da Universidade de São Paulo e Bibliotecas das Universidades das regiões Sul e Sudeste do Brasil, bem como de universidades europeias e americanas.

O levantamento de dados foi realizado utilizando os descritores: gestão administrativa, co-gestão, gestão hospitalar, médicos-gestores de modo a subsidiar a análise qualitativa e as considerações finais dos dados obtidos.

Ademais, nesta dissertação, propõe-se uma abordagem conceitual e metodológica que permita estudar, explorar e caracterizar as determinantes e as práticas de governança no hospital em questão aplicando um instrumento de recolha de dados desenvolvido, o qual permitisse analisar como se dá a administração e gestão hospitalar. Por fim, os achados da presente pesquisa também apontarão aos seus gestores subsídios que possibilitem compreender sobre sua organização, sob a ótica gerencial hospitalar, podendo servir de auxílio no aperfeiçoamento e na melhoria de sua gestão.

1. INTRODUÇÃO

O hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial (RENATA, 2015).

Portanto, o hospital é uma organização de saúde que tem na sua origem a prática da assistência aos enfermos, o que lhe confere o caráter humanístico, conservado até a atualidade. Seu papel social evoluiu juntamente com a prática da medicina, chegando, no cumprimento da sua missão, a prestar serviços curativos e preventivos cada vez mais eficientes (MARINHO e MAC-ALLISTER, 2006).

A organização hospitalar é um território extremamente complexo, justamente pelo entrecruzamento de múltiplas, incontáveis racionalidades, compostas, elas próprias, por outras tantas éticas de convicção e de responsabilidade (CECILIO e MENDES, 2004) e estão inseridas em um contexto complexo porque todas as suas condições estão subordinadas à ética e à legalidade, além de estarem sob normas de políticas de saúde e governamentais, competindo como empresas de serviços em cenários globalizados.

Partindo dessa afirmativa, Matos e Pires (2006, p.511) relatam que:

As organizações de saúde configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho. A instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção, no clássico modelo taylorista-fordista.

Somente as organizações de saúde possuem todas estas características ao mesmo tempo, derivando deste fato o desafio de integrar o todo organizacional diante da divisão e especialização do trabalho que produz vasta segmentação interna (SENHORAS, 2007).

Além disso, o hospital, ao longo da história, foi conduzido ao desempenho de diferentes funções, cada vez mais complexas: recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p.45).

A partir dessa vertente, Gurgel Júnior e Vieira, (2002, p. 329) enfatizam que:

A organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente. E se constitui, ainda, num espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica.

Na responsabilidade de atender a demanda distinta que se divide entre cuidados humanos e processos financeiros, a estrutura hospitalar é dividida em políticas direcionadas, com sentidos de cima para baixo, de formação de setores encarregados de atividades bem caracterizadas e pelo desenvolvimento relacional de uma cultura própria.

O resultado é uma estrutura com marcante complexidade e conflitos, com objetivos de integrar os seus processos não apenas os de informação e negócio, mas seu corpo organizacional que às vezes é marcado por disputas de espaços e egos.

Uma estrutura hospitalar é composta de atividades complexas que abrangem desde o atendimento inicial ao paciente (entrada na instituição), os procedimentos que serão executados sejam eles cirúrgicos, exames laboratoriais ou tratamentos contínuos até a saída do paciente, gerando processos, faturamento e procedimentos administrativos para a organização executora.

Portanto, administrar um hospital implica trabalhar entre os extremos humanistas e administrativo: entender que mesmo uma organização que presta serviços de saúde precisa ser bem administrada. Sendo assim, na própria configuração organizativa:

O hospital apresenta-se como um conjunto de várias oficinas de trabalho, entendidas como lugares onde vários tipos de trabalho, diferentes recursos e específicas divisões de trabalho são requeridos para levar a cabo o trabalho médico, orientado, direta ou indiretamente, para a gestão dos casos clínicos dos doentes, justificando a subordinação das profissões que cooperam com os médicos na divisão de seu trabalho (CARAPINHEIRO, 1998 *apud* CECÍLIO e MENDES, 2004, p. 52).

Nessas organizações, o trabalho é marcadamente complexo, compreendendo grupos profissionais de diferentes capacitação e formação, mas que estão organizados, predominantemente, em torno de uma base hierárquica composta de especialidades e por especialistas em setores de operação médica, técnica e

administrativa (SENHORAS, 2007), constituindo uma atividade complexa e peculiar, uma vez que envolve a união de recursos de diferentes tipos e procedimentos muito diversificados (DRUCKER, 1999), além de uma série de processos e atividades paralelas à atividade-fim do hospital, que é o cuidado ao paciente (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Portanto, o hospital constitui-se como um campo documental que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber (CECÍLIO e MENDES, 2004), e é entendido como uma peça-chave para a análise da evolução do sistema de saúde, considerando-o nas específicas posições estruturais que ele vai tomando, de acordo com as orientações de política de saúde conjunturalmente dominantes (CARAPINHEIRO, 1998).

1.1 Problema de pesquisa

Para que uma organização hospitalar cumpra com efetividade sua missão, é imprescindível que suas ações decorram de um planejamento organizado e permanente, baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização se vincula, no conhecimento das expectativas dos funcionários e levando em conta as condições e os meios de que dispõe (SENHORAS, 2007).

O ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo de trabalho que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinem qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, aproximando-se das características do trabalho profissional (AMORIM *et al.*, 2008, p. 127).

O trabalho em saúde é analisado como trabalho coletivo e trabalho autônomo e suas interfaces com as lógicas da divisão parcelar do trabalho e do trabalho profissional, bem como são destacadas algumas das mais marcantes características do trabalho dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde (AMORIM *et al.*, 2008, p. 119).

As organizações de saúde, identificadas na tipologia de Mintzberg (1982) como organizações profissionais, ainda são em grande número gerenciadas por profissionais da área da saúde, com pouco ou nenhum conhecimento administrativo.

Este fato tem acarretado grandes dificuldades à sobrevivência dessas instituições a partir da seguinte afirmação:

Os médicos possuem grande autonomia, rejeitam qualquer projeto gerencial, organizando-se por uma lógica de acordos e entendimentos baseados em uma ética corporativa. Percebem-se como clientes do hospital e dos demais serviços, que funcionam como fornecedores de insumos para o seu trabalho [...] e ainda resistem a mudanças de gestão e organização do trabalho (MATOS e PIRES, 2006, p. 511).

Para se protegerem dessa ameaça, em muitos casos, os médicos e enfermeiros desenvolvem resistências às mudanças em razão do medo do que é desconhecido, preferindo, assim, continuar com seus próprios canais de comunicação, linguagens, costumes e padrões de conduta, a fim de realizarem suas atividades como sempre fizeram (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

As mudanças geram incertezas, transformam as relações de poder, mudam a estrutura das forças que sustentam o *status quo* e obrigam a procurar novas formas para a resolução dos conflitos que advêm com a nova era. Há de se perguntar se realmente a alta administração está disposta a enfrentar a mudança indo à raiz dos problemas, pois isso implica, muitas vezes, em perda de poder ou em redistribuição do mesmo (MACHADO e KURCGANT, 2004 *apud* SENHORAS, 2007, p.47).

Nesse sentido, os critérios culturais existentes no interior da organização hospitalar acabam por justificar o entendimento de que os hospitais são organizações profissionais estratificadas por relações de dominação, onde o exercício tradicional do poder se manifesta pela posição técnica de cada funcionário (SENHORAS, 2007).

Sendo assim o médico exerce no hospital substancial influência em todos os níveis organizacionais, tendo uma grande autonomia em seu trabalho e autoridade profissional sobre os outros na organização (BRANDALIZE e SILVA, 1985).

Partindo dessa afirmativa, o problema de estudo desta pesquisa apresenta-se em forma de um questionamento: *qual é a influência do profissional médico na gestão hospitalar?*

1.2 Justificativa

Compartilha-se do pensamento de Demo (1987) de que a pesquisa justifica-se na medida em que possibilita descobrir novos horizontes do conhecimento e da prática.

Para Ander-Egg (1978), a pesquisa é um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento. A pesquisa, portanto, é um procedimento formal, com método do pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais.

Dentre os serviços que incubem aos órgãos e entidades que compõem o SUS estão os serviços hospitalares, hoje, um dos problemas do sistema público de saúde, principalmente no que se refere a sua gestão que não se modernizou nem conseguiu capacitar profissionais para gerir a complexidade de um sistema hospitalar que está fortemente marcado pela inovação tecnológica e práticas empreendedoras (SANTOS, 2006, p. 1 e 2).

A autora ainda argumenta que a necessidade de a gestão hospitalar ocupar espaço mais moderno na sua administração, parece que continuaram na contramão de todos os avanços da informatização, da incorporação tecnológica, do tratamento humanístico, da mobilização e do desenvolvimento de recursos humanos comprometidos com o serviço público e que na maioria dos hospitais públicos falta gestão eficiente, moderna, humana e capacidade de gerenciamento.

Inseridos no SUS, os hospitais universitários (HUs) desempenham papel relevante em várias regiões do país na medida em que são capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população; além de garantirem o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade.

Em um estado como Alagoas, onde cerca de 90% da população é usuária¹ do SUS, tem-se (apenas) um hospital universitário público federal. Portanto, considerando a magnitude do HUPAA, o presente trabalho justifica sua relevância visto que ao estudar como o médico influencia a gestão nesta instituição hospitalar, produzirá conhecimento com utilidade para o cumprimento da missão do HUPAA qual seja desenvolver atividades de ensino, pesquisa e assistência.

¹Estas informações se confirmam com os dados contidos no Caderno de Informações de 2010, relatados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/Caderno_2010-12-emb_WEB.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceitos e características das organizações e de gestão

2.1.1 As organizações

A organização é um sistema aberto, que para sobreviver necessita de uma constante adaptação às mutações do contexto onde se insere. Também é tida como um conjunto de indivíduos, que mediante uma hierarquia e uma divisão de funções, partilham um conjunto de regras, procedimentos e responsabilidades, as quais são orientadas por pessoas com capacidades de liderança, com o propósito de cumprir determinada missão e os objetivos associados (GONÇALVES, 2010).~

Organização é uma entidade social, conscientemente coordenada, gozando de fronteiras delimitadas que funcionam numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objetivos comuns". Sobrevivência e crescimento (metas e objetivos) é o que a maioria ambiciona. Objetivos que exigem grupos de duas ou mais pessoas, que estabelecem entre eles relações de cooperação (coordenação), em ações formalmente/fortemente coordenadas e funções diferenciadas, hierarquicamente hierárquica.

Então, é uma organização é o produto da combinação de esforços individuais, visando a realização de propósitos coletivos. Por meio de uma organização, é possível perseguir ou alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa.

Todas as organizações necessitam ser geridas. Então, o processo de gestão, tradicionalmente, obedece ao modelo desenvolvido no final do século XIX por Fayol e ainda hoje usado. Este modelo considera que há quatro funções da gestão: planejar, organizar, liderar, e controlar. Segundo Araújo (2015, p. 9), são eles:

Planejar a função planejar (ou processo de planificação) consiste na definição dos objetivos a atingir e na identificação da melhor forma de os alcançar. Significa definir antecipadamente os objetivos e as ações a desenvolver no futuro. Indica a existência de um método ou plano para fazer as coisas;

Organizar é o modelo de arrumar e distribuir os recursos, o trabalho e a autoridade entre os membros de uma organização, para que eles possam alcançar os objetivos de modo eficiente, para um objetivo diferentes requerem estruturas diferentes (projeto organizacional). Por exemplo, numa empresa que produz *software* as pessoas interagem, ao passo que numa

empresa de têxtil as pessoas estão dispostas ao longo da linha de produção;

Liderar significa influenciar e motivar os indivíduos de uma equipa a realizar as tarefas essenciais para atingirem os objetivos organizacionais. Esta função da gestão põe a ênfase no elemento humano. O gestor, líder ou responsável pela equipe de trabalho deve propiciar um ambiente de trabalho motivador, dinâmico, em que os colaboradores se sintam envolvidos e satisfeitos com o seu trabalho e com a organização; e

Controlar significa certificarmos de que a organização está a cumprir os objetivos definidos, ou seja, a caminhar conforme o estabelecido.

Sendo assim, gestão é uma ciência que visa gerenciar/organizar pessoas e recursos e tem como objetivo atingir metas específicas. Gestão é a área que abrange comando, coordenação, planejamento, controle e aceitação. E o gestor é responsável por controlar, coordenar, orientar, avaliar e motivar essas pessoas de diferentes setores.

2.1.2 Gestão

Gestão é a função gerencial voltada para o comando, coordenação, planejamento, controle, orientação e a integração das ações levadas a efeito nos diversos níveis e setores incubidos da execução dos serviços (MATTOS, 1999). Portanto, não se pode apenas tratar o gerenciamento de uma organização, ou de suas divisões, como se fosse simplesmente cumprir uma série de atividades pré-estabelecidas e que, se satisfeitas, conduzem o gestor ao sucesso líquido e certo.

O termo gestão (do inglês *management*) pode ser definido como “o conjunto de ações, métodos e processos de direção, organização, assimilação de recursos, controle, planejamento, ativação e animação de uma empresa ou unidade de trabalho” (HERMEL, 1990, p.75).

A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, “construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização. Não sendo necessária nem previamente estas coincidências, a gestão tem por objeto os conflitos derivados desta discrepância. Assim, a gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam” (BRASIL, 2009, p. 14).

Para Motta (1991), “a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer”, de obter resultados. O aprendizado gerencial é o processo pelo qual o indivíduo adquire novos conhecimentos, atitudes e valores e fortalece sua capacidade de análise de problemas, envolvendo quatro dimensões básicas:

(1) a cognitiva, habilidade de compreender o particular por meio do conhecimento do geral; (2) a analítica, habilidade de saber a utilidade e a potencialidade das técnicas administrativas e adquirir mais realismo, profundidade e criatividade na solução de problemas; (3) a comportamental, habilidade de adquirir novas maneiras de interação humana, dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente; e (4) a de ação que, denota a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional (MOTTA, 1991, pág. 151).

Portanto, ele não está ligado somente à direção de uma empresa, mas a todos aqueles que participam do processo de produção da empresa. Entretanto, o grau de implicação e a natureza da participação podem variar de caso para caso. Os diferentes tipos de participação são: a participação nos meios; participação nos processos, e: a participação nos resultados.

Nesta perspectiva:

O gerenciamento é importante demais para ser reduzido à maior parte do que aparece nas prateleiras das livrarias. Fórmulas fáceis e soluções rápidas são hoje os problemas da administração, não as soluções (MINTZBERG, 2006, p.14).

A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer, de obter resultados. O aprendizado gerencial é o processo pelo qual o indivíduo adquire novos conhecimentos, atitudes e valores e fortalece sua capacidade de análise de problemas, envolvendo quatro dimensões básicas:

(1) a cognitiva, habilidade de compreender o particular por meio do conhecimento do geral; (2) a analítica, habilidade de saber a utilidade e a potencialidade das técnicas administrativas e adquirir mais realismo, profundidade e criatividade na solução de problemas; (3) a comportamental, habilidade de adquirir novas maneiras de interação humana, dentre padrões alternativos conhecidos e validados socialmente; e (4) a de ação que, denota a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional (MOTTA, 1991, pág. 151).

Para compreender esta dinâmica do capital, é preciso tanto analisar as práticas das formações sociais correlatas à gestão das organizações, quanto discutir as propostas analíticas disponíveis (PREDEBON e SOUSA, 2008 *apud* CAVALCANTE, 2014).

No que respeita à partilha de valores e tendo em conta as características das organizações hospitalares “é geralmente considerada a existência de uma orientação do tipo corporativista como forma de compensar alguma perda de controlo por parte dos profissionais que atuam ao nível operacional” (ESPÍRITO SANTO, 2015, p. 77).

QUADRO 1: Modelo básico de tipos de gestão

QUEM ADMINISTRA	COMO ADMINISTRA		
	ISOLADAMENTE	EM GRUPO	COLETIVAMENTE
UM	Heterogestão Absoluta/Monárquica	Gestão participativa consultiva	Gestão participativa representativa
POUCOS	Heterogestão Relativa/Oligárquica	Gestão participativa grupal	Gestão cooperativa/associativa
MUITOS	Gestão Anárquico-individualista/Oclocrática	Co-gestão	Autogestão democrática/Solidária

FONTE: Cavalcante (2014, p. 24)

Por fim, a gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas: todos fazem gestão. Tomar a gestão como um método implica também na adição de outras funções para a gestão, para além de ser um espaço substantivo que permite a organização de saúde operar no tempo (BRASIL, 2004; 2007). No Brasil, tem sido comum a expressão co-gestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão (BRASIL, 2009).

A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas.

Tendo como preocupação analítica, o procurar perspectivar a **Gestão Hospitalar**, como uma prática social complexa, voltada para a congregação e o controlo de outras práticas respeitantes à atividade nobre do Hospital — *a área da produção*. Tentou-se, dar conta das tensões e dificuldades sentidas pelos AD(s), quer no que respeita aos seus aspectos organizacionais, quer como membros de um grupo socioprofissional, em interacção com outros grupos profissionais (PIRES, 2015).

Ademais, segundo Cavalcante (2014), reinventar a gestão requer novas relações entre sujeitos e novos processos institucionais, ou seja, reinventar as organizações pressupõe alterar o modo de produção e luxos de poder, visto que em geral, as organizações de saúde (que são realidades hipercomplexas) têm uma disposição centralizadora do poder, fomentando processos de comunicação pouco transversais e colocando em relação apenas os iguais.

A partir dos anos 80 foram sendo difundidas, alternativas administrativas, de gestão e organização do trabalho que estão associadas, frequentemente, à superação dos modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, na medida em que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão (FASCINA, 2016).

2.2 O papel e as funções do administrador

O objeto da Administração é bem definido, ou seja, as organizações. Sua finalidade não é o conhecimento pelo conhecimento nem explicações de fenômenos e sim as realizações concretas que buscam satisfazer necessidades sociais, tanto de clientes quanto de participantes (BERNARDES e MARCONDES, 2006, *apud* CARNEIRO, 2009).

A administração funciona como um elo entre a sociedade e as empresas, catalisando as necessidades sociais e transformando simples invenções em negócios de sucesso, além dessa compreensão podemos falar do espírito empreendedor que alguns candidatos a empresários de sucesso desenvolvem a partir de uma necessidade social. São os chamados nichos de mercado não percebidos pelas grandes organizações industriais, deixando uma lacuna a ser preenchida por empreendedores detentores de muita força de vontade, proatividade, criatividade, capacidade de inovação e coragem de assumir riscos calculados. Nesse aspecto, o administrador tem um papel fundamental, pois ele é o principal responsável por organizar recursos e pessoas, essências para o desenvolvimento contínuo das organizações.

Sendo assim, uma coisa é clara:

A administração tem como função principal a satisfação de necessidades humanas. Essas necessidades podem ser internas; de empregados, de dirigentes ou de proprietários, e externas; de clientes, de fornecedores ou de órgãos reguladores, por exemplo. Porém, tais necessidades giram em torno de um elemento – a organização. Logo, a mesma pode, sim, ser definida como o objeto de estudo da administração (CARNEIRO, 2009, p.5).

Tem-se a gestão administrativa como um meio de gerenciamento das atividades da organização, desenvolvidas no dia a dia, e que precisam ser exercidas

de acordo com as metas e objetivos estabelecidos, exigindo um profissional capacitado e comprometido com o desenvolvimento da organização, partindo assim, para uma gestão que se identifique com as necessidades da instituição e que compreenda como os profissionais atuam e como funciona sua interrelação de acordo com sua capacidade profissional.

Sendo assim, tem-se a gestão como um instrumento de auxílio e de grande importância, que somente se fará eficiente, eficaz, adequado e competente, se os gestores hospitalares estiverem conscientes das atividades que desenvolvem e das que devem desenvolver para o pleno atingimento dos objetivos sociais e comunitários das organizações que dirige (SENHORAS, 2007).

2.3 Conceitos e características das organizações hospitalares

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda em centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

O hospital apresenta características próprias que o distinguem das demais organizações. Além das atividades médicas, existem pelo menos quatro outras atividades desenvolvidas pela organização hospitalar: um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Cada uma complexa o bastante para ser uma organização independente, mas que, no entanto, são complementares.

Outra característica marcante do hospital é o fato de que ele possui um caráter social e, em alguns casos, filantrópico, com um aspecto de responsabilidade mais amplo e complexo do que as organizações tradicionais (comerciais e industriais). Fatores legais e políticos também se fazem sentir na organização hospitalar com mais intensidade do que nas demais.

No Brasil, por exemplo, por força da Constituição Brasileira, todo indivíduo tem direito à assistência médica e hospitalar necessárias. Assim, o hospital tem a obrigação legal de atender a todos os pacientes que precisarem, mesmo que não possam pagar pelos seus serviços, fato que não costuma ocorrer com outros tipos

de organizações prestadoras de serviços.

É bem provável que, dentre as organizações contemporâneas, nenhuma seja mais complexa do que o hospital. A complexidade é resultado das principais características das organizações hospitalares: trabalho com vida humana; dificuldade de definir e mensurar os resultados; o trabalho desenvolvido extremamente variável, de natureza emergencial e com pouca margem para a ambiguidade e o erro; as atividades dos membros da organização extremamente profissionalizadas e, por isso, geralmente mais leais à profissão do que à organização; a existência de uma dupla linha de autoridade que gera conflitos de coordenação e de responsabilidades.

Considerando todos os aspectos aqui apresentados concernentes às organizações hospitalares, torna-se plausível a seguinte afirmação de Mintzberg (1997, p.16): “tenho a significativa suspeita de que administrar a mais complicada corporação deve ser quase brincadeira de criança quando comparada à administração de qualquer hospital.”

Do ponto de vista financeiro, hospitais, sejam eles públicos ou privados, têm exigências tais como: altos investimentos com gastos salariais; instalações maiores e mais sofisticadas, tornando necessários equipamentos mais caros com custos operacionais mais elevados; variedade de serviços disponíveis, oferecendo mais serviços aos pacientes; preços dos insumos como materiais e medicamentos (GRECH, 2002).

Reis (2016) e Raposo (2015) têm o mérito de oferecer ângulos ampliados para “observar” o hospital, e o principal deles dá conta de que ainda que o hospital produza em qualquer sociedade o mesmo impacto nas experiências humanas de viver a doença, no entanto retira sempre da especificidade de cada uma delas a sua relativa singularidade.

No que se refere ao interrelacionamento entre o hospital e as políticas de saúde, Carapinheiro (1998, p.22) mostra que:

[...] todas as medidas políticas que mexem nas carreiras profissionais hospitalares ou nas condições materiais e técnicas que envolvem o desempenho das práticas médicas ou que produzem alterações na gestão dos hospitais, são sempre interpretadas pelos analistas como sinais prévios de mudança da relação de forças dos protagonistas das políticas de saúde. Conhecendo-se as articulações íntimas que as políticas de saúde mantêm com as restantes políticas setoriais, então o hospital adapta-se

constantemente às novas necessidades decorrentes da evolução do lugar da saúde no contexto sócio-econômico mais vasto.

Avançando ainda mais nessa percepção acerca dos hospitais, concorda-se com essa autora quando ela admite que as orientações políticas gerais e as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social repercutem e se traduzem nos hospitais, especialmente nas escolhas políticas e na configuração de poder dessas organizações.

No entanto, não se trata de fazer do hospital um lugar que copia mecanicamente, mimeticamente essas orientações:

Retém e usa, segundo uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores, embora decalcado do modelo geral das normas e valores sociais. Adapta-se às mudanças políticas e econômicas, mas conserva uma importante margem de definição e tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares particulares (CARAPINHEIRO, 1998, p. 23).

Todas essas funções caminham em direção à preocupação precípua de prestar assistência às necessidades do paciente, devendo-se para tanto atentar para as diversas dimensões que envolvem esse paciente: dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, culturais e temporais, visto que afetam o comportamento do paciente em relação à doença e ao tratamento (JOHNSON e SCHULZ, 1979).

Pode parecer redundante explicitar que a função primária de um hospital é o cuidado ao paciente; entretanto, no passado, poucos hospitais tinham efetivamente seu foco no paciente – a grande maioria tinha seus serviços e cuidados centrados no profissional e não necessariamente no paciente (GRECH, 2002).

Apesar de os hospitais, em suas características gerais, serem semelhantes, alguns apresentam peculiaridades que os fazem singulares frente aos demais. Podem diferenciar-se quanto às características de propriedade (público federais, estaduais e municipais e privados) ou ainda quanto à finalidade principal (benéficas, lucrativas, de ensino, de pesquisa, entre outros). Nesse sentido, a seguir serão caracterizados os hospitais universitários, com suas principais especificidades.

2.4 Os Hospitais Universitários (HUs)

Nesta seção, os termos Hospital de Ensino (HE) e Hospital Universitário (HU) serão utilizados indistintamente, ambos se referindo aos hospitais-escola que pertencem às universidades.

Segundo Médici (2001), os hospitais de ensino são tão antigos quanto o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. Mas somente no início do século XX, com a medicina flexneriana, é que se tornou quase obrigatório o vínculo e a dependências dessas instituições junto às Faculdades de Medicina.

Até os anos 70, os hospitais universitários, em sua grande maioria, funcionavam como instituições distantes do perfil epidemiológico das populações e eram dominados por interesses de médicos especialistas. Puzin (1996, p.9) define um hospital de ensino (HE) como um centro de atenção médica de alta complexidade que:

(a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde; (d) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido.

O Ministério da Educação (MEC) corrobora essa definição e apresenta os HUs como unidades de saúde que são as únicas, em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população; além de garantirem o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais (BRASIL, 2009a).

A partir desta prerrogativa, confirmou-se que:

[...] os hospitais assumiram uma magnitude que os descreviam com *status* de escolas de desenvolvimento e aprimoração do saber, onde os médicos teriam que aplicar todo seu conhecimento oriundo de livros e experiências práticas. Dessa forma, foi-se ampliando as fronteiras hospitalares e passando a servir toda a uma sociedade moderna com maior prestação de atenção à saúde (SILVA e SILVA, 2008, p.16).

De modo geral, complementam o ensino acadêmico em várias áreas do conhecimento; são importantes centros de formação de pessoas e de desenvolvimento de tecnologia à saúde. Aproximadamente 86% da carga horária

dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro dos HUs (CAMPOS, 1999).

Assim, eles provêm sustentação ao ensino e à pesquisa, visto que: são locais de treinamento prático em quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro desses hospitais; têm compromisso com o aprendizado e a assistência e com a responsabilidade do ensino sob supervisão; estão voltados à qualificação técnica e à produção do conhecimento (CAMPOS, 1999).

Destacam-se, então, três funções principais desempenhadas pelos HUs: pesquisa, ensino e assistência; funções não excludentes, mas que por vezes concorrem entre si.

Concorda-se então com Mintzberg (1997), quando afirma que os HE, em geral, vivem em guerra consigo mesmo, posto que essas três principais forças — atendimento ao paciente em geral, serviço a uma comunidade em particular e o *status* de pesquisa em uma universidade — travam um conflito na dinâmica interna dessas organizações.

Essas mesmas funções conflituosas, no entanto, são responsáveis por conferir aos HUs a dinâmica, características e compromissos diferenciados. Carapinheiro (1998) confirma essa singularidade e alerta que um hospital ao acolher a Faculdade de Medicina ou uma Universidade, compromete-se a garantir a articulação da função assistencial com a função de ensino, tornando-se dessa forma mais vulnerável às pressões internas e externas.

Sobre essa disputa, Mintzberg (1997) reforça que os hospitais existem para o cuidado de pacientes, e os cidadãos de uma comunidade local não têm escolha, mas apenas depender desta organização para o cuidado da saúde.

Os HUs representam uma parcela importante do gasto total com saúde do país. “Ao utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa de saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento” (MÉDICI, 2001, p.151). São, portanto, hospitais caros.

No Brasil, até julho de 2010, existiam 150 instituições enquadradas como hospital de ensino, sendo 75 públicos, entre os quais, 46 ligados diretamente ao Ministério da Educação (BELTRAME, 2010). Os HUs são também consideradas instituições estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, na medida

em que disponibilizam cerca de 35,9 mil leitos para o mesmo, o equivalente a 12,5% dos leitos brasileiros (OLIVETO, 2009), realizaram um milhão de atendimentos emergenciais, 402 mil internações, seis milhões de consultas e 20 milhões de procedimentos médicos, e 10,7% de transplantes dos 19 mil realizados no país (BRASIL, 2009c).

Apesar de seu relevante papel no sistema de saúde de nosso país, essas instituições têm vivido, ao longo dos últimos anos, uma profunda crise caracterizada por limitação orçamentária, dificuldade de financiamento e gerenciamento, desorganização administrativa, sucateamento de suas instalações, greves, entre outros (CHIORO, 2004; ABRAHUE, 2010).

Para sanar essas dificuldades, em 2004 foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, com o objetivo de definir uma nova política para os hospitais de ensino e aprimorar essas unidades, inserindo-as no SUS e definindo mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades de atenção, gestão, ensino e pesquisa (BRASIL, 2009b).

3. O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

A administração é orientada e alimentada pela prática, mesmo que utilize mecanismos científicos. Portanto, seu ensino deve estar coerente com esta realidade:

Sendo a administração uma prática, sua aprendizagem só será eficiente e eficaz caso vivenciada dentro das organizações, como a medicina nos hospitais e a advocacia nos tribunais. A administração tem como objeto de estudo a organização, logo, não se concebe seu ensino distanciado destas, é uma incoerência acadêmica sem precedentes e muito prejudicial à formação do administrador (BERNARDES e MARCONDES, 2006 *apud* CARNEIRO, 2009, p.7).

Nessa perspectiva, faz-se necessário o conhecimento de técnicas, táticas, estratégias e comportamentos de negociação, pois o gerente hospitalar se depara diariamente com conflitos organizacionais internos, ou seja, entre os interesses dos colaboradores e as exigências das organizações e externos, destacando os conflitos entre a organização e os clientes; organização e fornecedores; organização e sindicatos.

Diversas pessoas questionam a importância de haver um administrador hospitalar nos hospitais. No entanto, fica claro que estas desconhecem a complexidade que é um sistema hospitalar (LINO *et al.*, 2008), cujo aumento crescente da complexidade da estrutura hospitalar e de seu funcionamento tornou indispensável à participação de um elemento tecnicamente preparado de maneira adequada, que é o administrador hospitalar (RAPOSO, 2015) e que seu papel é encontrar o ponto de equilíbrio entre o preço e o custo (SEIXAS e MELO, 2004).

Logo, faz-se necessário o conhecimento de técnicas, táticas, estratégias e comportamentos de negociação, pois o administrador se depara diariamente com conflitos organizacionais internos, ou seja, entre os interesses dos colaboradores e as exigências das organizações e externos, destacando os conflitos entre a organização e os clientes; organização e fornecedores; organização e sindicatos (REIS, 2016; CARNEIRO, 2007).

O administrador hospitalar, que deseja atuar na área, deve ter perfeito entendimento do processo de trabalho na prestação da saúde, com uma visão integrada de todos os serviços, autonomia e iniciativa para decidir, apoiando-se nos princípios éticos, ter comprometimento com a empresa, saber trabalhar com equipe e estar disposto a aprender diariamente (SEIXAS e MELO, 2004, p.19).

A gestão hospitalar é um importante instrumento de auxílio à comunidade, que somente se fará eficiente, eficaz, adequado e competente, se os gestores hospitalares estiverem conscientes das atividades que desenvolvem e das que devem desenvolver para o pleno atingimento dos objetivos sociais e comunitários das organizações que dirigem (LINO *et al.*, 2008).

É também um meio de gerenciamento das atividades do hospital, desenvolvidas no dia a dia, e que precisam ser exercidas de acordo com as metas e objetivos estabelecidos, exigindo um profissional capacitado e comprometido com o desenvolvimento da organização, partindo assim, para uma gestão que se identifique com as necessidades da instituição de saúde e que compreenda como os profissionais atuam e como funciona sua inter-relação de acordo com sua capacidade profissional (SEIXAS e MELO, 2004 *apud* LINO *et al.*, 2008).

A área administrativa funciona de acordo com uma lógica própria, aparentemente é o grupo mais silencioso dentro do hospital, porém detém recursos estratégicos fundamentais para o cotidiano da vida organizacional. É uma área bem estruturada, regida por normas e rotinas, com linha de mando verticalizadas, formalizadas e consideradas legítimas (MATOS e PIRES, 2006, p.511).

Zoboli (2002, p.15) corrobora com tal afirmação, enfatizando que:

Nem sempre os administradores percebem que suas atitudes administrativas resultam em malefícios para a população assistida e para os trabalhadores, atitudes que levam em conta exclusivamente a viabilidade econômico-financeira e o bom funcionamento do hospital. Propõe que é no diálogo que há possibilidade de harmonizar viabilidade econômica e sem descuidar das questões éticas envolvidas nas relações com servidores e população.

O código de ética do administrador hospitalar, para exemplificar uma área de gestão, ressalta sua responsabilidade tanto com o atendimento adequado àqueles que demandam os serviços hospitalares quanto com o desenvolvimento de todas as potencialidades de seus servidores (AMORIM, *et al.*, 2008).

Segundo Nassar e Padilha (2009), administrar organizações hospitalares exige do gestor um grande comprometimento com a instituição, competências para apresentar resultados. A comunicação eficiente insere-se nesse contexto, pois o gestor deve ser capaz de utilizar diversos instrumentos com o objetivo de se

comunicar com todos os públicos que se relacionam com a instituição. Citam ainda que:

[...] o campo de atuação do gestor das organizações de saúde compete em compreender o papel mediador da comunicação, utilizando-se, com o mesmo peso, da técnica e da sensibilidade. Esse profissional há de ser capaz de perceber, distanciando-se e envolvendo-se na dinâmica da vida social, na construção do novo, no cotidiano e na sincronia manifestada nas interações com as tecnologias, mediadoras privilegiadas pela condição que têm de ampliar, de redimensionar a própria vida social (NASSAR e PADILHA, 2009, p.3).

Uma administração profissionalizada contribui para que a organização hospitalar alcance resultados sociais, assistenciais, operacionais e econômicos (CHERUBIN, 1998), por isso, questões técnicas e práticas de gerência administrativa têm sido um dos pontos mais criticados nas organizações hospitalares devido ao fato de serem consideradas organizações complexas, que envolvem uma série de processos e atividades paralelas à atividade-fim do hospital, que é o cuidado ao paciente (LIMA-GONÇALVES, 2002 *apud* SENHORAS, 2007).

Ademais, não se pretende afirmar que o hospital deve compor seu quadro de gerentes como administradores hospitalares. Mas, ressalta-se que quem for exercer essa função administrativa, deverá estar consciente da complexidade que é requerida para prestar seus serviços na área de saúde, já que os serviços administrativos asseguram a existência de todos os outros serviços do hospital, pois administram os recursos financeiros, humanos e materiais que são necessários para que todos os outros serviços funcionem plenamente.

3.1 A importância da gestão hospitalar

Segundo Mattos (1999), gestão é a função gerencial voltada para o comando, coordenação, planejamento, controle, orientação e a integração das ações levadas a efeito nos diversos níveis e setores incubidos da execução dos serviços.

Portanto, não se pode apenas tratar o gerenciamento de uma organização, ou de suas divisões, como se fosse simplesmente cumprir uma série de atividades pré-estabelecidas e que, se satisfeitas, conduzem o gestor ao sucesso líquido e certo.

Nesta perspectiva:

O gerenciamento é importante demais para ser reduzido à maior parte do que aparece nas prateleiras das livrarias. Fórmulas fáceis e soluções rápidas são hoje os problemas da administração, não as soluções (MINTZBERG, 2006, p.14).

A prática da gestão, assim como a atividade de “ser gerente” é muito mais complexa do que apenas seguir algumas fórmulas de sucesso. Hill (2003) acompanhou a transformação individual sofrida por 19 novos gerentes, durante o seu período inicial na prática da gestão, de maneira a comprovar que a prática gerencial é muito mais complexa do que se imagina, principalmente para aqueles que se tornam gerentes.

Com o advento de novas tecnologias e o avanço nas pesquisas, as organizações hospitalares passam de um conglomerado de alas que só abrigavam doentes e assume conotação de organização empresarial.

Quem atua na área hospitalar, na administração especificamente, se depara constantemente com dois desafios cruciais: o de obter resultados empresariais enquanto gestor e, concomitantemente, ter a capacidade de otimizar recursos para proporcionar bem-estar, saúde e manutenção da vida de quem recorre a unidade hospitalar.

No que concerne à uma empresa social, seu enfoque é a prestação do serviço sem a perda de sua configuração e sua função social assumida com a coletividade, mesmo diante às dificuldades financeiras, má qualidade, bem como a ineficiência nos serviços, o hospital vem desenvolvendo um planejamento criativo, uma organização racional, uma direção eficiente e a preocupação constante com a qualidade (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000).

Os dirigentes de hospital necessitam, portanto, ampliar sua visão de mercado. Não podem se restringir à produção de serviços e à busca de novos clientes. Precisam estar constantemente agindo com vistas a encantá-los a cada dia mediante a utilização efetiva de seus serviços. A visão ampliada leva a conhecer melhor as necessidades dos clientes. Com esse conhecimento torna-se possível adequar os serviços visando o atendimento do público-alvo (MAIA, 2016, p.3).

Outra questão relevante relacionada com a prática gerencial se resume na seguinte frase: “não existe uma melhor forma de administrar; tudo depende da situação”. Esta afirmação demonstra que a prática gerencial é, acima de tudo, uma situação contextual. Tendo em mente que a prática da administração é caracterizada

por sua ambiguidade, o gerente deve ter uma profunda compreensão do contexto organizacional (MINTZBERG, 1973 *apud* SANTOS *et al.*, 2008).

Senhoras (2007) enfatiza que a discussão sobre a cultura hospitalar pode ajudar as instituições de saúde, como elemento estratégico, a pensarem sobre a sua administração, pois a preocupação com a cultura nasce associada tanto às necessidades de aperfeiçoar o desenvolvimento dos processos em um hospital, quanto das relações de poder e o confronto de interesses dentro dessa organização.

Os hospitais são organizações profissionais, que, para tudo funcionar, dependem da capacitação e do conhecimento de seus executores; portanto, os seus resultados não podem ser facilmente medidos ou padronizados, uma vez que dependem fortemente da relação profissional/usuário (MARINHO, 2001 *apud* SENHORAS, 2007, p.47).

O hospital apresenta dois sistemas lógicos distintos. Por um lado, existe a lógica científica e técnica do corpo profissional médico, por outro, existe a lógica economicista e racionalizadora da gestão hospitalar. “Sendo estas perspectivas diferentes e normalmente antagônicas, a relação profissão médica/administração hospitalar é muitas vezes pautada por orientações de alguma conflitualidade” (ESPÍRITO SANTO, 2015, p. 77).

Sendo assim, as variáveis situacionais se alteram de acordo com o padrão de relacionamento entre os membros de uma organização, o tipo de trabalho a ser desenvolvido e o nível de exposição (YUKL, 2005) e responsabilidade aos quais um gerente está vinculado. Além disso, devem-se levar em consideração as características da organização em que o gerente está trabalhando (RAPOSO, 2015).

3.2 A cultura do médico como gestor e suas influências na forma de gestão

No hospital, instituição geralmente mais complexa, observa-se uma inserção cada vez maior de profissões da saúde além de trabalhadores das áreas administrativas, limpeza, manutenção ou outras que se fizerem necessárias (MATOS e PIRES, 2006). Uma análise da organização do trabalho, nestes espaços tem que considerar os diferentes processos de trabalho e as diferenças institucionais. Além disso, as necessidades de atenção à saúde e o modelo assistencial adotado demandam mudanças gerenciais.

De acordo com Padilha e Nassar (2009), devido ao grande desenvolvimento da tecnologia aplicada à medicina, à crescente expansão dos conhecimentos médicos, à ampliação do campo de atuação dos agentes de saúde e à diversificação das áreas médicas, o hospital torna-se uma instituição bastante dinâmica.

Assim, é hoje aceite sem contestação que nas organizações de saúde, principalmente em hospitais coexistem duas linhas de autoridade: uma, correspondente a uma estrutura convencional no contexto das organizações em geral, em que uma autoridade formal procura intervir crescentemente (por alegados motivos de racionalização) em áreas onde se cruzam dimensões técnicas com dimensões de gestão; outra, emanada do saber e da projecção técnica dos profissionais (um poder-saber de índole técnica) que procura evitar a transferência para o domínio da gestão de áreas de decisão de origem técnica e abranger domínios que têm dimensões técnicas, para além de dimensões económicas, alegadamente com objectivos de especialização, de autonomia técnica e de salvaguarda de valores específicos (ESPÍRITO SANTO, 2015, p. 78).

Segundo essa perspectiva, exemplo disto é o processo de implantação de tal modelo no Brasil a partir do SUS, cujas diretrizes de descentralização e regionalização, e princípios de integralidade, equidade e resolutividade geram demandas gerencias diferenciadas, exigindo mudanças na organização e gestão do trabalho para sua concretização (PIRES, 1999).

De profissional liberal à integrante do SUS, o médico vem percorrendo um caminho que lhe é difícil, já que edifica sua formação, geralmente, em hospitais, com um saber acunhado em enfermidades e com uma atividade orientada ao paciente internado. Assim, o médico tem uma prática individual e individualista, hospitalocêntrica em sua essência, sendo este o viés fundamental, que se reproduz na prática quotidiana da clínica e se projeta na atenção básica ambulatorial, seja esta privada ou da rede pública (BECH *et al.*, p.5).

De acordo com Cecílio (1997b) a discussão a respeito da missão, principalmente em relação ao perfil assistencial do hospital, tem sido muito incompleta na experiência brasileira, no campo do setor público, nos últimos anos.

Na prática, o perfil assistencial do hospital acaba sendo modelado sob a ação de duas forças principais: de um lado pela demanda, que como água da chuva, vai erodindo seus caminhos pelas áreas de menor resistência e, por outro, pelos saberes – em particular o do médico – existentes na organização. Com certeza tais forças são legítimas e devem ser consideradas. O que questiona, porém, é o quanto é necessário que elas não sejam as únicas definidoras do perfil do hospital.

O hospital, ou seja, a direção hospitalar deseja estabelecer mecanismos de “controle” sobre o trabalho das equipes, inclusive no corpo médico do hospital, pois sabem que os médicos em particular:

- rejeitam qualquer forma de controle exógeno;
- não deixam nunca de desejar formas mais “liberais” de pagamento por seu trabalho, incluindo o atendimento a clientela diferenciadas no hospital, que possibilite a cobrança pelos serviços prestados; e
- acham que os demais profissionais de saúde estão e devem estar sempre à sua disposição para que execute suas atividades rotineiras.

Estes são só alguns exemplos de como atores estratégicos têm visões ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como o hospital deve ser organizado (CECÍLIO, 1997a).

O médico com os valores sociais adquiridos em sua formação, com seus objetivos, dedicação e independência defronta-se com a estrutura do hospital bem mais restritiva que a social. Ao lado de ter mais contato, de aprimorar-se junto à evolução da tecnologia, ele tem que se relacionar com grupos diferentes e sujeitar-se a escolhas e influências de terceiros. Estes fatos repercutem na efetivação da coordenação das atividades médicas. A responsabilidade definida no papel do médico exige também um correspondente poder e autoridade no desempenho de suas atividades, o que significa maior complexidade no relacionamento médico-hospital (MARCONDES, 1973, p.50).

Em um de seus trabalhos, Cecílio (1999) afirma veementemente que os médicos seguem “atuando como antes”, aparentemente indiferentes às mudanças propostas. Não participam dos colegiados das unidades, não reconhecem a autoridade do gerente, em particular o seu papel de coordenador da equipe, resistem a todos investimentos normatizadores de suas práticas (rotinas, padronizações, protocolos), se recusam a participar das várias comissões que dependem deles para o seu bom funcionamento e, aparentemente, pouco se tocam com o pagamento da gratificação por desempenho até porque, de fato, o impacto dos valores pagos sobre os seus salários é pequeno. Cita ainda que:

Há muitos aspectos da qualidade da assistência que ficam na “penumbra” da avaliação, em particular porque muitos dos dispositivos de avaliação da qualidade, tais como as comissões de revisão de óbito, de prontuário, são de difícil operacionalização, em função, entre outras coisas, da resistência dos médicos em prestigiarem e participarem destas comissões, pressionados, aparentemente, por um forte “espírito de corpo” e um evidente zelo pela autonomia da prática médica. Há uma grande resistência de se trabalhar com protocolos terapêuticos individuais e multiprofissionais

que facilitassem, entre outras coisas, o processo da avaliação final do cuidado ao paciente (CECILIO, 1999, p. 17).

Seguindo a mesma essência, Foucault (1979, p.112), declara:

O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas tanto gerais quanto administrativas que lhes foram fixadas pelo poder.

Sendo assim, os médicos mantêm uma relação de autonomia em relação à organização; o gerente não ‘manda’ formalmente nos médicos, mas atua através de acordos e entendimentos, regidos por uma ‘certa’ ética profissional corporativa e um acentuado espírito de corpo; ele é muito mais um representante dos interesses dos médicos diante da administração do que o contrário; o corpo médico funciona como cliente do hospital, no sentido de que vê tanto a enfermagem, como o corpo administrativo no papel de ‘fornecedores’ de insumos para seu trabalho (CECÍLIO e MENDES, 2004).

A autonomia médica é sustentada pela dominação do seu saber e de sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, ser objeto de direção e avaliação de ninguém (CECÍLIO e MENDES, 2004, p.50).

Todavia, o papel do médico como revelador da doença não desaparece, mas sim se modifica. Ele se apropria de uma determinada maneira de discurso que justificaria sua atuação, e nada mais é do que o mesmo médico dono da verdade, com outros parâmetros (FREITAS, 2015). Tal posição é ainda mais clara do normal sobre o anormal, do certo sobre o errado:

O médico é competente, o médico conhece as doenças e os doentes, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo; eis o que permite sua intervenção e sua decisão (FOUCAULT, 1979, p.123).

Então, a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura:

O hospital é um campo terapêutico e o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Neste raciocínio, considerando o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas e medicações como fatores de cura e, considerando o médico como principal responsável pelo

controle destes itens, tem-se que o médico passa a ser, direta e indiretamente, economicamente responsável pela viabilidade do hospital (VENDEMIATTI *et al.*, 2010, p. 1303).

Partindo dessas afirmações, pode-se dizer que o médico exerce diretamente poder, 'poder microscópico' baseado em noções macroscópicas também exaradas pelo poder: agora é o médico, e não o religioso, que organiza e disciplina o hospital, um ambiente metrado, hierarquizado, calculado (FREITAS, 2015).

Se por um lado o hospital oferece condições para o desempenho das atividades do médico, por outro, por meio da divisão de trabalho, coloca ao seu lado equipes assessoras formadas por outros grupos de especialistas, resultando na diminuição de seu poder em relação ao exercício privado da profissão. Apesar disto, o médico apenas diminui de intensidade o seu poder, sem perdê-lo, continuando detentor da palavra final (BRANDALIZE e SILVA, 1985, p.61).

Segundo Espírito Santo (2015, p. 78), as demais categorias profissionais do meio hospitalar “pouco mais sobra do que algumas franjas de poder, situadas na periferia do poder médico e administrativo, embora esta tendência possa futuramente minimizar-se, devido às crescentes qualificações acadêmicas das novas profissões da saúde.” Na verdade, algumas formas de predominância do poder técnico sobre o poder administrativo estão longe de ser casos isolados.

Por fim, percebe-se que o poder médico é uma reserva mais crítica que estratégica, e sem dúvidas apresenta dificuldades para o exercício da profissão do administrador hospitalar.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia da pesquisa é de suma importância para todo e qualquer trabalho de cunho científico e/ou técnico, pois é a partir deste momento, que se traçam caminhos que serão percorridos durante a pesquisa para o atingimento dos resultados, resolução de problemas, levantamento de hipóteses ou questionamentos acerca de uma realidade (LINO *et al.*, 2008).

O desenvolvimento de produções científicas só se dá de maneira efetiva “[...] mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos” [...] (GIL, 2002 *apud* OLIVEIRA, 2009, p. 5). Portanto, a seguir descrevem-se os aspectos metodológicos concernentes à pesquisa.

4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo adota uma perspectiva predominantemente exploratório-descritiva quanto ao nível de aprofundamento e pesquisa de campo quanto aos fins, já que sua abordagem foi quantitativa e qualitativa. Devido às variáveis do estudo, esses tipos de pesquisa foram utilizados, justificando-se pelas suas particularidades.

Conforme aponta Zikmund (2006), a pesquisa qualitativa é subjetiva por natureza. Para Triviños (2006), a pesquisa qualitativa é descritiva, visto que as descrições dos fenômenos estão impregnadas dos significados que o ambiente lhe oferece, e como aquelas são produtos de uma visão subjetiva.

A pesquisa demandou a realização de revisão bibliográfica sobre temas relacionados à área da saúde e à formação profissional do médico, gestão de serviços e sistema de saúde brasileiro, de modo a subsidiar a análise qualitativa dos dados obtidos. Tal necessidade foi definida em razão de serem os médicos que acabam assumindo a gestão dos serviços de saúde, especialmente os hospitais.

Segundo Pinheiro (2006), a pesquisa quantitativa é um estudo estatístico que se destina a descrever as características de uma determinada situação [...], medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito de um problema de pesquisa.

Desse modo, esta pesquisa passou por dois níveis de aprofundamento: sendo primeiramente uma pesquisa exploratória, seguida por uma descritiva, visando expor

as variáveis relacionadas ao entendimento da influência do profissional médico no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA).

Considerando-se o critério de classificação da pesquisa quanto aos meios utilizados na pesquisa, concebe-se a mesma como bibliográfica e de campo. Classifica-se como pesquisa bibliográfica, pois se recorreu ao uso de material acessível em bibliotecas e *internet*, divulgado de forma didática. Nesta ótica, o pesquisador vai ao campo para coletar dados que serão depois analisados utilizando uma variedade de métodos tanto para a coleta quanto para a análise (GIL, 1999; VERGARA, 2006).

4.2 Universo e amostra

O termo amostragem refere-se ao processo (probabilístico ou não probabilístico) pelo qual se obtém uma amostra e deve ser realizada com técnicas adequadas (amostra probabilística) para garantir a representatividade da população em estudo. A amostragem é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa capaz de determinar a validade dos dados obtidos.

Sua ideia básica refere-se “à coleta de dados relativos a alguns elementos da população e a sua análise, que pode proporcionar informações relevantes sobre toda a população” (MATTAR, 1996, p. 133). Assim, para precisar a margem de confiança adotada, utilizou-se o cálculo da população finita, e portanto, obteve-se 136 questionários válidos, dentre a população de 210, atendendo aos anseios do estudo, com enfoque probabilístico.

Nesta pesquisa, a população em estudo foi profissionais médicos que exercem suas atividades laborais no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPAA. Nesta ótica, as pesquisas por amostragem provêm algumas vantagens na realização do estudo, o menor custo, os resultados em menor tempo, os objetivos mais amplos e os dados fidedignos.

O enfoque adotado justifica-se na medida em que se trabalhou com erro amostral de 5% ($\alpha=0,05$), caracterizando um nível de confiança de 95% e que “procurou responder a questões muito particulares, específicas de um determinado contexto, nesse caso um hospital público de ensino” (MINAYO, 2004 *apud* CORREIA e OLIVEIRA, 2008, p. 7).

4.3 Seleção de sujeitos

Nesta pesquisa foi utilizada a amostragem probabilística, onde cada elemento da população teve uma chance conhecida e diferente de zero de ser selecionado para compor a amostra (MATTAR, 1996).

Entre os sujeitos participantes, estiveram inclusos colaboradores médicos atuantes, independente de seu vínculo, tais como: médicos servidores, cedidos, voluntários e prestadores de serviços, com cargo de chefia, procurando contemplar diversidade nas funções e níveis hierárquicos da instituição em estudo. Ressaltando que a amostra foi estratificada entre os diversos setores/serviços do hospital, evitando assim viés nos resultados coletados.

No desenvolvimento desse trabalho procurou-se conservar os aspectos definidos por Godoy (1995) que melhor caracterizam a pesquisa: o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave (CORREIA e OLIVEIRA, 2008).

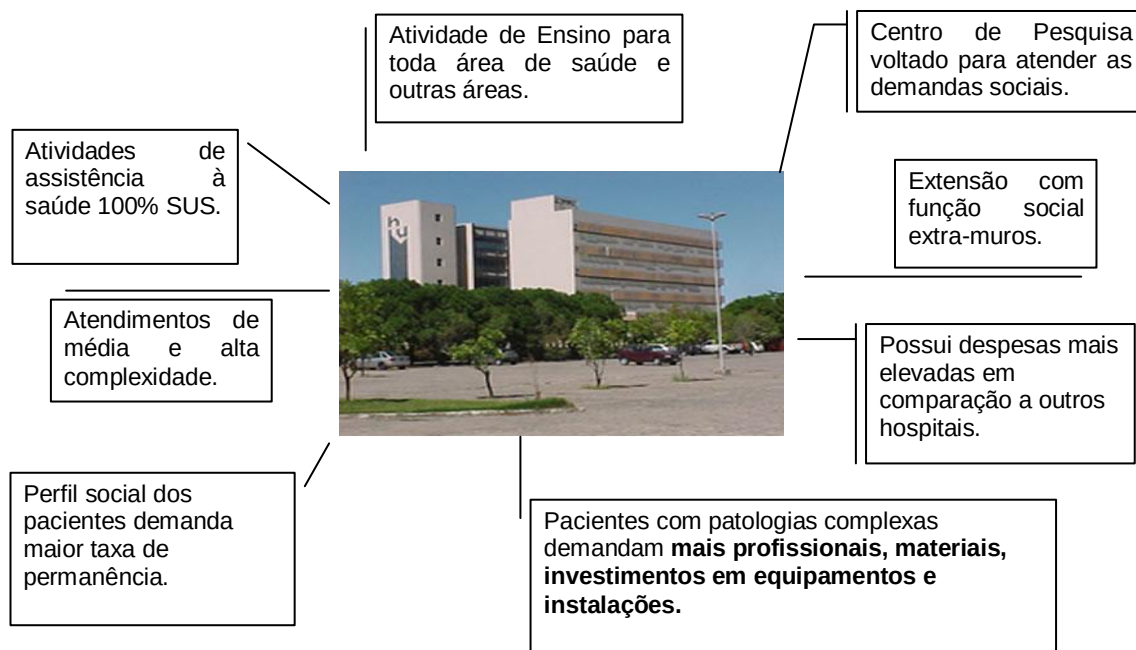
4.4 Lócus da pesquisa

O campo do estudo foi selecionado de forma intencional, probabilística e típica, bem como o fato da pesquisadora do presente trabalho desempenhar suas atividades laborais nesta instituição há mais de 9 anos.

Trata-se de um hospital de grande porte², com uma área construída de mais de 26.000m² distribuídos em 06 (seis) pavimentos, 200 (duzentos) leitos ativos, e corpo funcional de aproximadamente 1.300 colaboradores que atuam nas mais diversas áreas.

Por ser um hospital-escola, é um órgão de apoio acadêmico da UFAL e que mantém relação funcional com todas as Unidades Acadêmicas (UAs), com ações abrangendo as áreas de ensino, pesquisa e assistência. Encontra-se voltado prioritariamente para a formação e capacitação de recursos humanos, principalmente na área de saúde, contribuindo assim, para o fortalecimento do SUS no Estado de Alagoas.

² Os Hospitais classificam-se, de acordo com o porte, como: pequeno porte: até 50 leitos; médio porte: 51 à 150 leitos; grande porte: 151 à 500 leitos e de porte extra: acima de 500 leitos.

FIGURA 1: Perfil do HUPAA

FONTE: Plano Diretor, (maio de 2015).

Seguindo a perspectiva da pesquisa, considerou-se o fato de o HUPAA ser o único hospital universitário federal no Estado de Alagoas e por desempenhar papel de relevante importância no segmento da saúde pública.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados deste estudo se deu através de questionário (APÊNDICE A), observação e diário de campo, o qual possibilitou melhor fundamentação nos argumentos e achados para elaboração dessa monografia.

Para Gil (1999), o questionário é uma técnica de investigação composta por um número de questões apresentadas às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

O diário de campo é um instrumento de grande importância, pois nele, diariamente, são colocadas as percepções, as angústias, os questionamentos e as informações que não são obtidos com as entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 1999). Para Patrício (1995, 1999), expressa os dados referentes aos contextos físico, cultural, social e afetivo que se está estudando: tudo o que se observa no ambiente, acompanhado de todas as expressões verbais e não-verbais que

ocorrem. Registra as reflexões referentes ao método empregado, ao tema e aos seus sentimentos em relação ao estudo.

Por outro lado, o diário de campo é tido como um estudo observacional, no qual descrevem e/ou exploram os fenômenos sem a interferência do pesquisador.

A observação, segundo Vergara (2006), pode ser simples, ou participante. Gil (1999) e Appolinário (2006) relatam que há diversas modalidades de observação. Assim, este estudo utilizou-se de meios de observação direta – é realizada diretamente, enquanto o fenômeno ocorre; participante – onde, dependendo, o pesquisador interage com os sujeitos observados.

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (MARCONI e LAKATOS, 2004, p. 275).

O questionário foi composto por 61 questões, sendo elas dicotômicas, abertas e de múltipla escolha. Além destas, utilizou-se escala tipo Likert de 5 pontos, totalizando 23 questionários aplicados entre os meses de julho e setembro de 2014, em todas as áreas/especialidades médicas do HU.

Assim sendo, adotou-se o expediente da triangulação: a combinação de vários métodos de pesquisa no estudo do mesmo fenômeno (DENZIN e LINCOLN, 2000), tendo por objetivo básico abranger a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138) e diminuir “a influência dos vieses do pesquisador no resultado final das análises” (VIEIRA e ZOUAIN, 2004, p. 23).

4.6 Análise e levantamento dos dados

Segundo Triviños (1987, p. 170), não é possível analisar as informações tal como elas se apresentam. É necessário organizá-las, classificá-las e, o que é mais importante, interpretá-las dentro de um contexto amplo, para distinguir o fundamental do desnecessário, buscar as explicações e seus significados. Razão pela qual os dados coletados foram tabulados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), o qual possibilitou trabalhar com distribuições de frequência, tabulações simples, cruzadas e análise multivariada.

Segundo Malhorta (2001) a análise multivariada é apropriada para análise de dados quando há duas ou mais medidas para cada elemento e as variáveis são analisadas simultaneamente. Para Hair *et al.* (1995), quando esse tipo de análise é empregado, o que se busca é o comportamento de uma variável ou grupos de variáveis em covariação com outras. O autor ainda identifica que essa técnica está sendo muito utilizada em indústrias, governos e centros de pesquisa universitária.

Assim, poderá verificar as variáveis que está se relacionando ou discriminando-se entre si. As técnicas de análise multivariada são utilizadas para descobrir regularidades no comportamento de várias variáveis e para testar modelos alternativos de associação entre tais variáveis, inclusive determinando quando e como dois ou mais grupos diferem em seu perfil multivariado.

4.7 Limitações da pesquisa

No tocante as limitações destacam-se o fato de que os resultados não poderão ser generalizados para um contexto global de organizações hospitalares brasileiras ou regionais, uma vez que os resultados obtidos serão referentes a apenas uma organização hospitalar, no caso, o HUPAA.

5. RESULTADOS

Nesta seção, a partir da análise de conteúdo, foram agrupadas, por analogia, as informações e contabilizados os argumentos citados pelos entrevistados. Esta metodologia baseia-se na ordem dos questionamentos contidos no questionário aplicado à amostra de 23 médicos gestores, e que buscou responder aos objetivos específicos deste trabalho, respondendo assim ao problema da pesquisa.

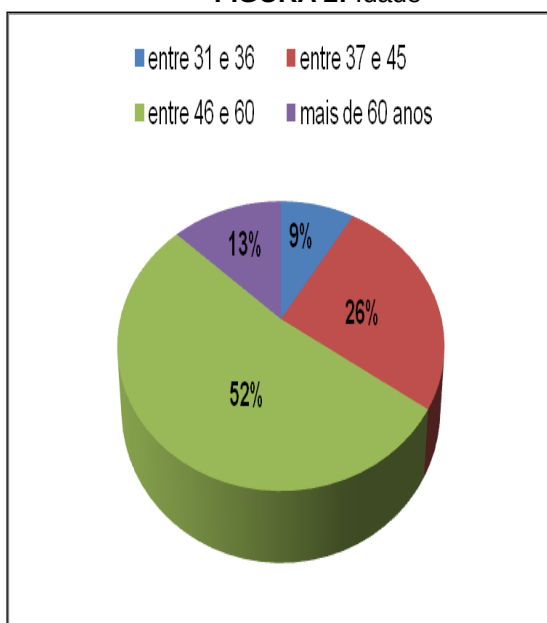
Para melhor visualização e compreensão, os resultados foram apresentados em gráficos e expostos em seis segmentos:

5.1 Perfil do corpo médico gestor

A caracterização do perfil dos médicos do HU da UFAL foi baseada nas respostas obtidas através dos questionários, como também nas entrevistas que fizeram parte da primeira etapa da coleta de dados, conforme foi enunciado anteriormente.

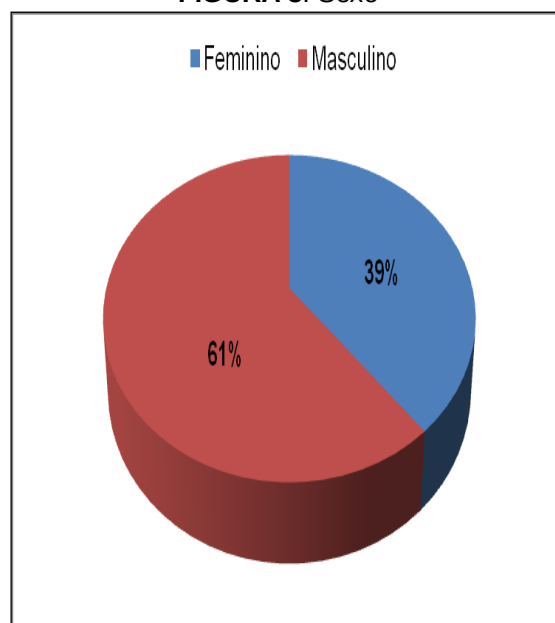
Compõem a pesquisa uma amostra de 23 médicos gestores, em sua maior parte profissionais do sexo masculino (61%), faixa etária elevada, onde cerca de 52% dos entrevistados têm idade compreendida entre 46 e 60 anos.

FIGURA 2: Idade



FONTE: Dados da pesquisa

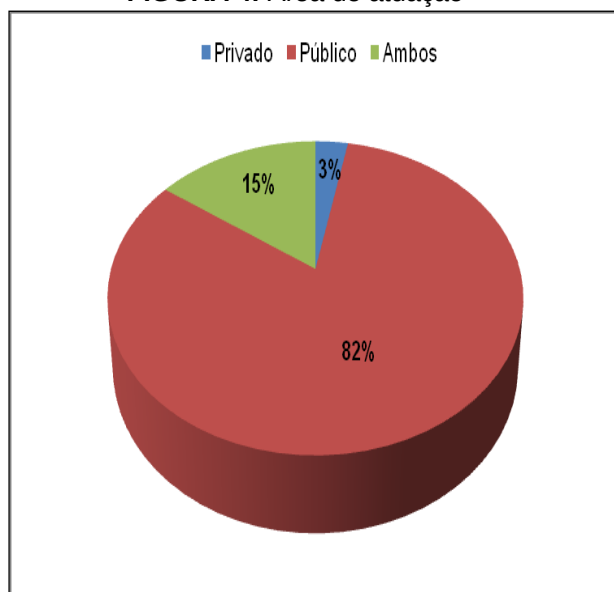
FIGURA 3: Sexo



FONTE: Dados da pesquisa

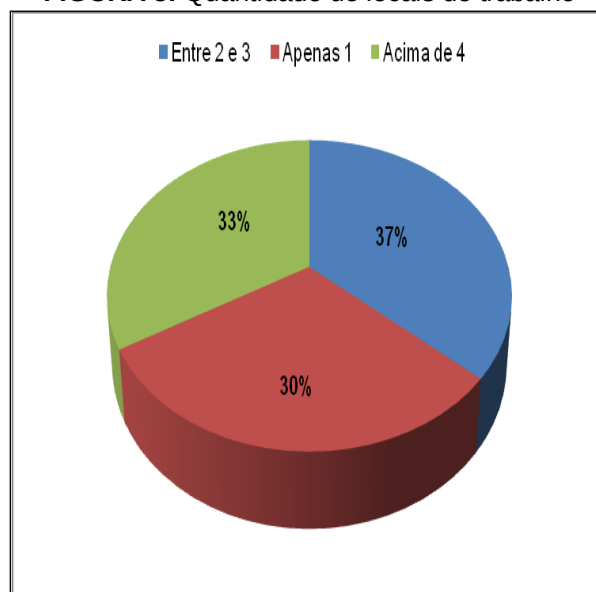
Quanto à inserção no mercado de trabalho, nota-se que 82% dos médicos atuam na área pública de saúde, e que todos têm vários tipos de atividades, desde às ligadas aos serviços públicos de saúde com um ou mais vínculos empregatícios, às de consultório e hospital de natureza privada, de convênios e cooperativas, e ainda em empresas que não são de natureza ligadas à saúde, ou seja, desenvolvem uma ou mais atividades concomitantemente à função de médico e de médico gestor na instituição pesquisada – o HUPAA.

FIGURA 4: Área de atuação



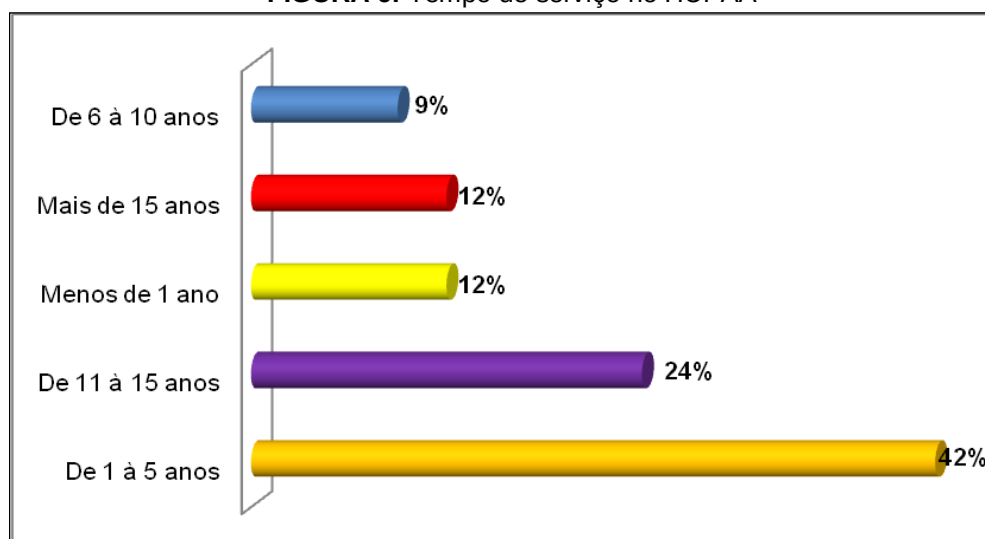
FONTE: Dados da pesquisa

FIGURA 5: Quantidade de locais de trabalho



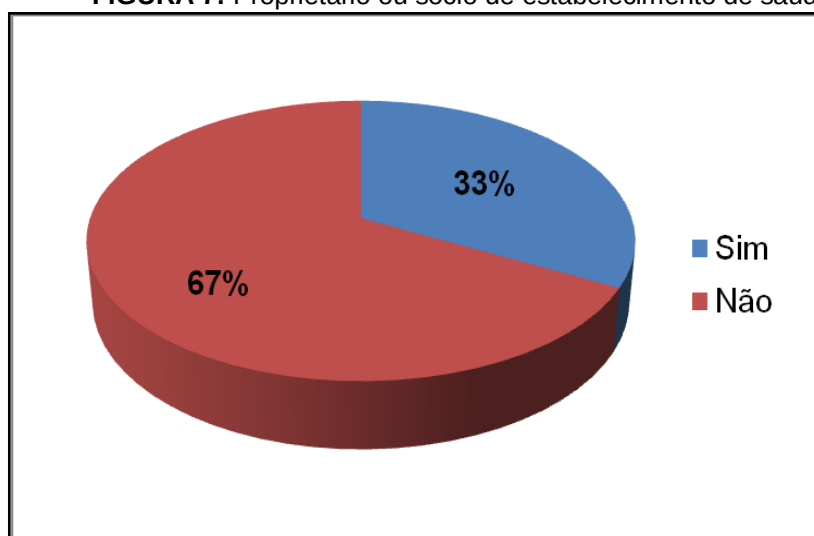
FONTE: Dados da pesquisa

Segundo as respostas obtidas, cerca de 15% dos respondentes têm mais de 15 anos de prestação de serviços no HU (figura 5), dependem do emprego assalariado e por isso possuem múltiplos vínculos empregatícios, onde a pesquisa evidenciou que a insatisfação dos médicos relacionou-se à dimensão econômica, cujo resultado atingiu aproximadamente 72% do total dos entrevistados, os quais exercem acima de 4 atividades em outros locais (figura 6). Esses indicadores de insatisfação relativos à dimensão econômica foram associados aos honorários recebidos e à relação que estes mantêm com o esforço despendido pelos médicos para auferi-los.

FIGURA 6: Tempo de serviço no HUPAA**FONTE:** Dados da pesquisa

Segundo Vendemiatti *et al.* (2010, p.1310), isso pode estar atrelado a “precariedade do vínculo” (salário), por isso a necessidade do médico em se relacionar com mais de um hospital.

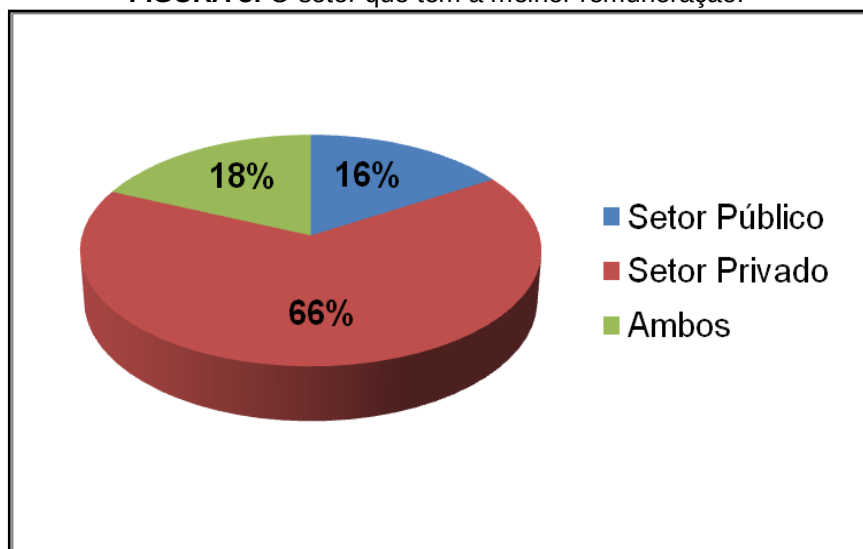
Tal situação pode/deve ser decorrente do crescimento das empresas médicas, do assalariamento pelo setor privado e público e diminuição da atividade liberal, apesar de 33% afirmarem que são proprietários e/ou possuem sociedade em estabelecimentos na área da saúde.

FIGURA 7: Proprietário ou sócio de estabelecimento de saúde.**FONTE:** Dados da pesquisa

Segundo Costa (2006), a baixa remuneração é tida como um dos fatores de desgaste do trabalho médico, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de

Medicina (CFM), corroborando com AMORIM *et al.* (2008, p. 94) quando relata que o “incentivo financeiro está diretamente vinculado à produtividade do trabalho que consiste em uma relação entre a produção realizada e o tempo despendido”, e como o setor que melhor remunera é o privado”, daí a grande diversidade de locais de trabalho e a busca por uma remuneração melhor.

FIGURA 8: O setor que tem a melhor remuneração.

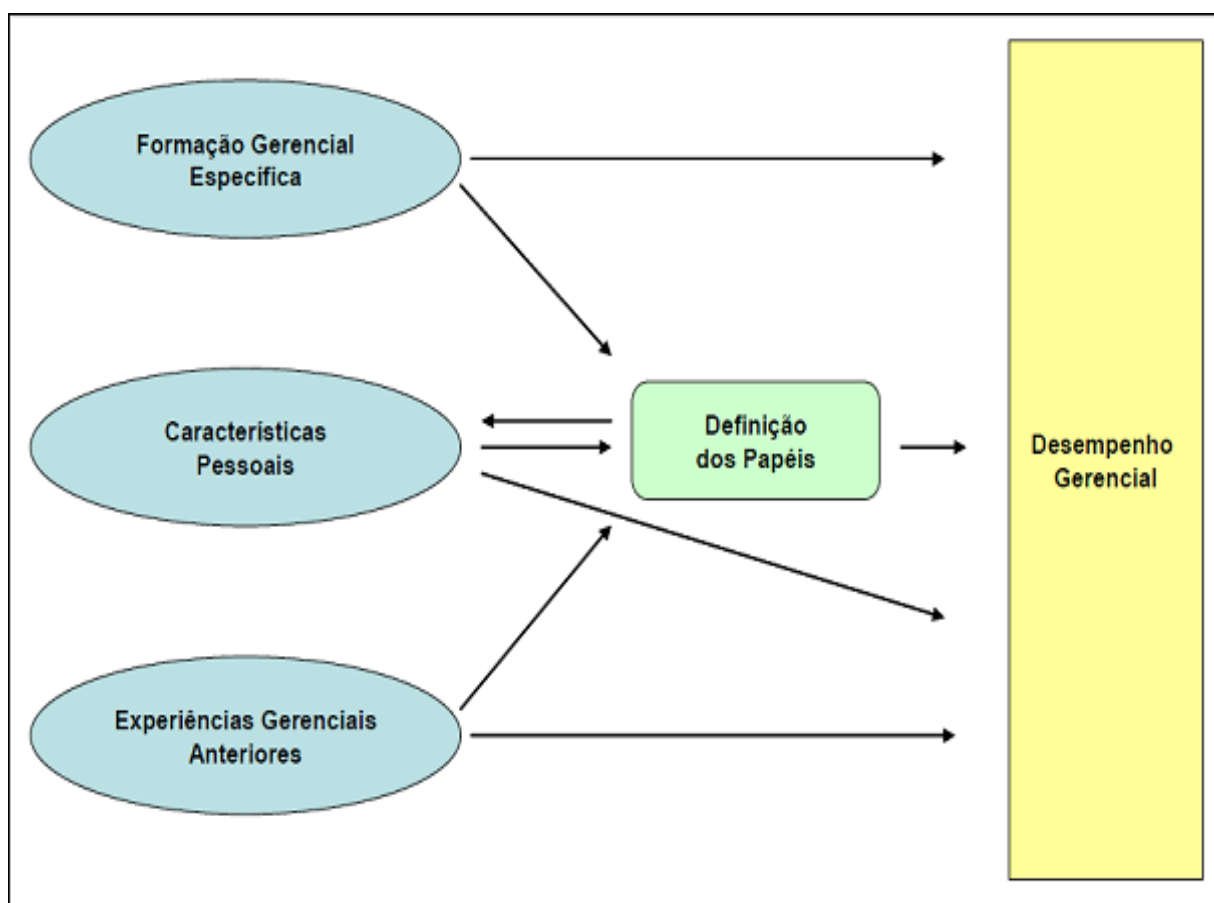


FONTE: Dados da pesquisa

5.2 Percepção médica com relação às competências necessárias para a gestão de um hospital público de ensino

5.2.1 Habilidades/competências médicas para gerir

Competências são conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para uma pessoa desempenhar atividades. Desenvolvem-se por meio de experiência profissional, educação formal e informal, convivência familiar, profissional e social. As competências importantes para o desempenho de tarefas gerenciais agrupam-se em quatro categorias principais – intelectuais, interpessoais, técnicas e intrapessoais. Contudo, sabe-se que há fatores que podem influenciar o desempenho gerencial de quem lida e gerencia organizações.

FIGURA 9: Fatores influenciadores no desempenho gerencial.

FONTE: Caldas, 2008.

A prática gerencial, por se tratar de questões e situações que ocorrem dentro de um ambiente social, envolve aspectos muito mais complexos do que aqueles existentes em suas teorias. No dia a dia de um gerente podem existir diversas variáveis que farão com que exista a intersecção, a união ou até mesmo o surgimento de novas abordagens ou maneiras de gerenciar e liderar.

Para Dutra (2004), os termos competência e habilidade são muitas vezes usados como sinônimos. Mas no contexto da gestão por competências, define-se habilidade como o saber-fazer necessário para a execução de determinado conjunto de atribuições e responsabilidades dentro da organização, ou seja, o saber-fazer necessário para corresponder às exigências estabelecidas por determinado espaço organizacional dentro da empresa.

Partindo dessa vertente, buscou-se analisar esse perfil. O quadro abaixo evidencia as notas atribuídas às competências/habilidades necessárias para que alguém possa exercer o cargo de diretor de um hospital universitário. Sabe-se que o

diretor “é a cabeça pensante do hospital e o principal responsável pela condução do seu destino.” Ele desenvolve, aprofunda, promove, coordena, desencadeia e controla as iniciativas que fazem com que um hospital atinja seus nobres ideais e pratique com qualidade suas atividades.

QUADRO 1: Habilidades necessárias para desempenhar a função de diretor.

Habilidades necessárias a qualquer profissional para exercer o cargo de diretor de um hospital universitário.	NOTAS ATRIBUÍDAS DE 1 A 5					
	1	2	3	4	5	TOTAL
Ter bom relacionamento interpessoal	-	-	-	2	21	23
Ter bom relacionamento político	1	2	6	6	8	23
Ser pós-graduado em gestão hospitalar	-	1	7	7	8	23
Ter formação médica	2	3	5	7	6	23
Ter formação na área de gestão	1	-	3	11	8	23
Ter formação na área de saúde	1	1	3	5	13	23
Ter formação em qualquer área que não seja a de saúde	11	5	4	3	-	23
Ser negociador	2	-	3	9	9	23
Ser autoritário (mandar fazer)	14	1	6	1	1	23
Ter experiência em cargo público	6	3	4	8	2	23
Ser professor universitário	7	6	8	1	1	23
Ter perfil de liderança	-	1	-	1	21	23
Ser comunicativo	-	-	1	8	14	23
Ter experiência no setor privado	4	5	11	2	1	23
Ter bom relacionamento com outras instituições de saúde	1	-	5	7	10	23

FONTE: Dados da pesquisa

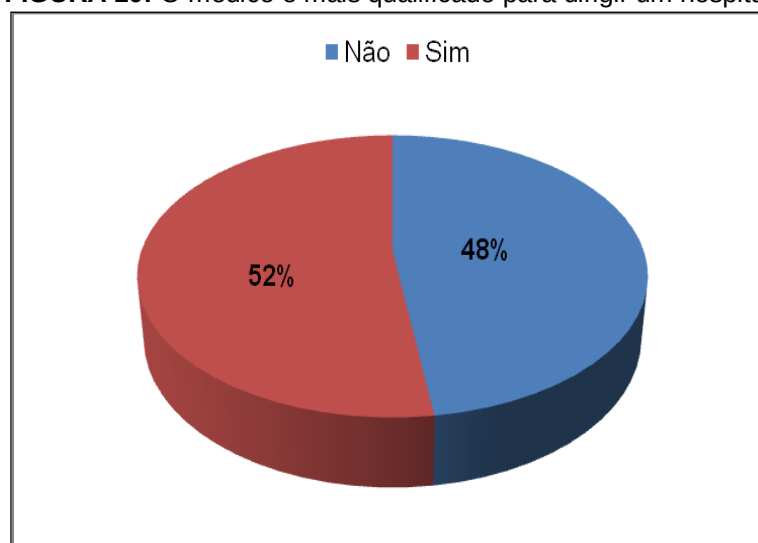
A gestão de competências faz parte de um sistema maior de gestão organizacional. Trata-se de um processo contínuo que toma como referência a estratégia da empresa e direciona suas ações de recrutamento e seleção, treinamento, gestão de carreira, formalização de alianças estratégicas, entre outras, para captação e desenvolvimento das competências necessárias ao atingimento de seus objetivos (BRANDÃO e GUIMARÃES, 2006).

Ainda de acordo com o quadro 2, quando foram analisadas as habilidades com maiores índices (soma das notas 4 e 5, entre os números válidos), obteve-se 7 itens dentre os 15 listados no quadro 2. Portanto, seguindo a ordem, o diretor de um hospital deve ser e/ou ter: bom relacionamento interpessoal (100%), perfil de liderança (95,7%), comunicativo (95,7%), formação na área da saúde (82%),

negociador (78%), formação na área da saúde (78%), e bom relacionamento com as demais instituições de saúde (74%).

A análise descritiva das realidades vivenciadas por gerentes e líderes torna-se assim um modelo de trabalho científico de extrema importância para o entendimento das teorias e práticas de sua rotina. Apesar do evidente avanço na área da saúde no Brasil, ainda se convive com grandes problemas. A área de saúde é de grande complexidade assim como a formação do profissional médico.

FIGURA 10: O médico é mais qualificado para dirigir um hospital.



FONTE: Dados da pesquisa

“Um médico cuja formação é considerada mais completa no âmbito de saúde mas que também tenha experiência na área de gestão” (“K”).

“O médico deve ter uma boa qualificação na área de gestão, qualidade de líder e ser comunicativo” (“F”).

“Ele sabe e detém o conhecimento em assistência” (“P”).

“Devido à complexidade do ambiente hospitalar e suas necessidades” (“X”).

“Por vivenciar mais de perto os problemas do atendimento médico pode projetar as soluções com maior respaldo da experiência” (“T”).

“Seria necessário ter formação em gestão hospitalar e não necessariamente ser um profissional na área de medicina” (“Y”).

A partir das afirmações anteriores, entende-se que os entrevistados acreditam que o médico é a pessoa mais qualificada para gerir um hospital (52%). Sem dúvida que ele vivencia as necessidades, dores e agonia dos pacientes de uma forma íntima, e que, teoricamente, já vivenciou/vivencia com a dor e sofrimento de outrem, mas isso não é um fator de seleção para que o médico gerencie um hospital em sua totalidade.

Entretanto, muitos dos entrevistados relataram que qualquer profissional pode ser apto para dirigir um hospital, desde que este tenha uma formação em gestão hospitalar, o que não deixa de ser uma verdade, já que um hospital é uma organização que abrange mais quatro empresas: lavanderia, hotel, farmácia e um restaurante.

Com efeito, a formação do médico deve ser abrangente de modo a habilitá-lo para lidar com problemas complexos não apenas no âmbito técnico, mas na compreensão da dimensão social da saúde (PADILHA e NASSAR, 2009). Dessa forma, este profissional deve ter um amplo domínio dos conteúdos e técnicas específicos da medicina, mas também sobre o contexto político, social e econômico em que atua.

O trabalho gerencial, por ser situacional, variável e com grandes níveis de ambiguidade, necessita de trabalhos descritivos para que se possam perceber as suas particularidades em diversos tipos de organização. Neste ponto, salienta-se que existem grandes diferenças entre organizações do setor público e aquelas existentes na iniciativa privada.

Nessa conjuntura, recentemente começa-se a falar sobre o termo médico-gestor, preparado para conduzir a organização como uma empresa de fato e, ao mesmo tempo, levando em conta todas as particularidades deste tipo de 'empreendimento'.

A partir desse cenário, entende-se que:

Ampliar as funções e possibilidades da comunicação aumenta a eficácia dos processos comunicacionais que perpassam o ambiente interno e auxilia a consolidação da missão, dos objetivos e a obtenção de resultados da organização. (...) a comunicação facilita diversos processos que integram a dinâmica gerencial, como o administrativo, financeiro, pessoal e de *marketing*. Nessa perspectiva, torna-se necessário que a área de comunicação ocupe um lugar com acesso direto ao poder para ter autonomia de definir estratégias adequadas de veiculação e de interação (OLIVEIRA, 2007, p. 3).

Deste modo, tem-se a visão da importância do diretor/administrador na gestão hospitalar, apontado por Seixas e Melo (2004, p.18):

Para se exercer a função de gestor hospitalar, é necessário: saber coordenar as atividades para se atingir os objetivos; promover programas de capacitação dos profissionais para acompanhar as inovações, pois sem renovação o hospital irá declinar e morrer; promover a motivação do pessoal para trabalhar com entusiasmo.

Entretanto, de acordo com Korbes (2014b), o médico que assume “o papel de gestor pode ter dificuldade em gerir os conflitos inerentes à prática assistencial” ou avaliar negativamente o estabelecimento de um vínculo exclusivo com a instituição, tendo em vista que a academia não prepara o médico para gerenciar, mas única e exclusivamente para o exercício da medicina.

Além disso, entendeu-se que alguns não quererem deixar de clinicar, outros porque não querem sair da ‘zona de conforto’ e ainda os que simplesmente não têm o perfil necessário e nem se interessam por esta mudança de viés em sua profissão.

5.2.2 O hospital como empresa

O perfil do hospital sofreu uma reviravolta com a introdução de modelos administrativos, financeiros e econômicos, dando-lhe conotação empresarial no seu dia a dia e que vários conceitos são atribuídos ao hospital. Logo, um hospital-empresa situa-se naquele grupo de empresas que assumem com a coletividade um papel na produção de serviços (GONÇALVES, 1999), como toda empresa um hospital possui objetivos próprios que devem ser expressos em resultados almejados.

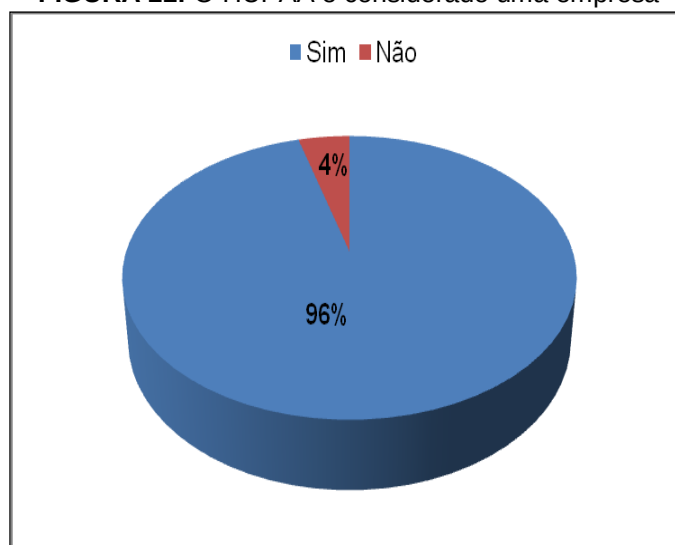
O hospital é uma organização que possui uma infraestrutura com instalações, equipamentos, funcionários e recursos financeiros, e para geri-lo efizcamente é necessário um profissional competente capaz de entender todo esse ‘mundo’ complexo.

Contudo, conclui-se que o hospital é uma organização empresarial e ao assumir a posição de empresa, o hospital, como outra qualquer, necessita ser administrado por um profissional para os devidos fins, pois, possui funcionários, fornecedores e clientes.

Com a consolidação da tríade administrador-enfermeiro-médico na gestão dos serviços hospitalares, começa a se delinear uma nova era, reforçando o papel do médico na administração dos hospitais de diversos portes. Não que isso seja uma novidade. Historicamente, as instituições hospitalares são dirigidas por profissionais de saúde (KORBES, 2014a).

Tal afirmativa pôde ser evidenciada, quando a maioria dos entrevistados (96%) afirmaram que o HUPAA é considerado uma empresa, e que o médico é um profissional habilitado para exercer a função de diretor-geral, já que ele mais que ninguém vivencia e entende a área fim, conforme foi destacado na seção anterior. Além disso, é o “responsável pelo gerenciamento de risco e pela qualificação da assistência”, afirmativa essa que responde e confirma os questionamentos/objetivos desta pesquisa.

FIGURA 11: O HUPAA é considerado uma empresa



FONTE: Dados da pesquisa

Entretanto, vale salientar que mesmo sob o ponto de vista de uma empresa social, especificamente, este tipo de organização tem como missão a recuperação e promoção da saúde e, a missão deverá está atrelada aos princípios administrativos, técnicos e de pesquisa voltados para o mesmo objetivo (SILVA e SILVA, 2008).

A função primária de um complexo hospitalar é oferecer o cuidado ao paciente, pois se sabe que no passado, alguns poucos hospitais tinham essa premissa como princípio, e a grande maioria focava os profissionais e não necessariamente os pacientes (GRECH, 2002, p. 25).

Certamente, as realidades vivenciadas por diretores/gestores de organizações públicas são diferentes daquelas que os de empresas privadas encontram no seu dia a dia. Neste seguimento, pode-se dizer que são poucos os trabalhos que acompanham o cotidiano de um gestor público, apresentando suas principais tarefas e dificuldades durante a execução das atividades costumeiras.

Em contraste com uma organização empresarial que faz necessário a ‘injeção de dinheiro no caixa’ para sua sobrevivência no mercado, um hospital se sustenta no interesse coletivo, daí o princípio da coletividade das instituições hospitalares. Mas vale salientar que as instituições hospitalares são um tipo ‘especial’ de empreendimento empresarial, onde não há uma autoridade única e, a diversidade de profissionais exerce uma grande influência nas tomadas de decisões.

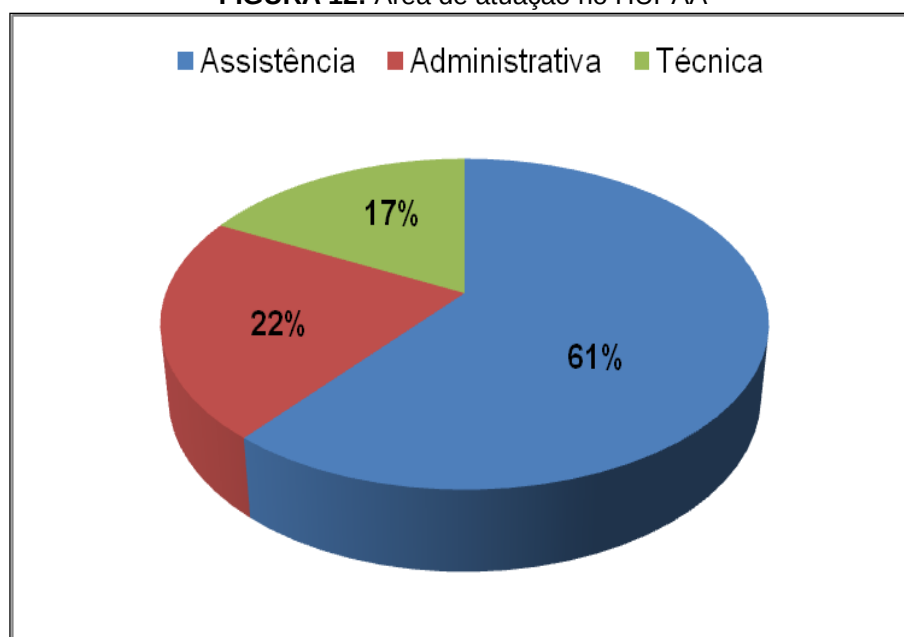
As mudanças geradas diante dessa nova conjuntura de hospital-empresa ocasionaram algumas expressões e atitudes devido à nova linguagem incorporada com palavras e posturas mais técnicas de conteúdos administrativos, sociais e econômicos para a resolutividade dos problemas.

5.3 Atuação do médico no setor público

A administração é um dos itens mais importantes para que as organizações de saúde proporcionem serviços de qualidade e é considerada como uma carreira à parte, apesar de incorporar conhecimentos de diversas disciplinas (SHORTELL; KALUZNY, 2000 *apud* Ferreira, 2008).

Observa-se que a maioria dos médicos gestores atuam na assistência (61%), seguindo da administrativa (22%) e, por conseguinte da área técnica (17%).

FIGURA 12: Área de atuação no HUPAA

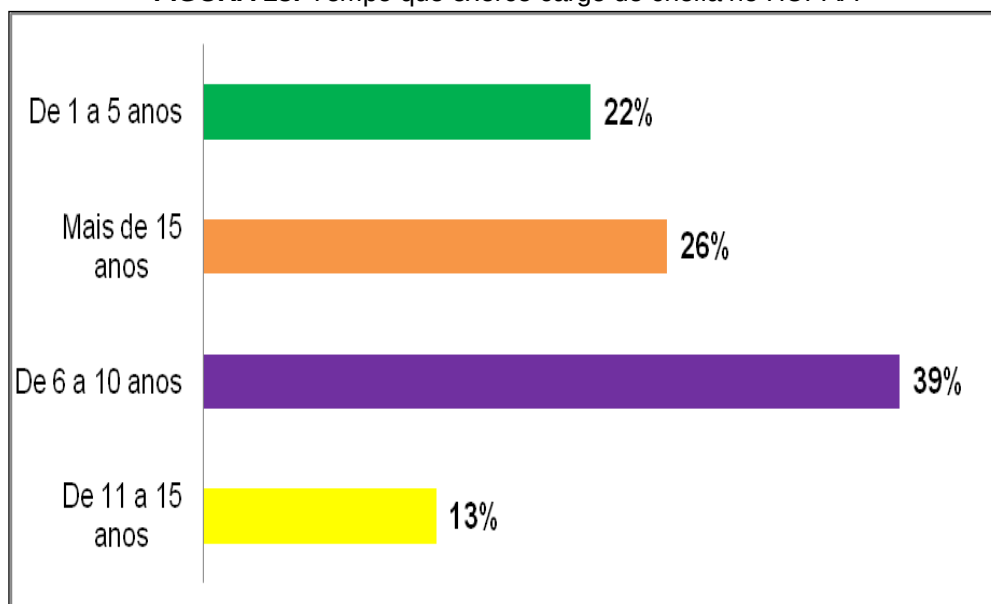


FONTE: Dados da pesquisa

Em decorrência dessa atuação no setor público, 39% têm entre 6 e 10 anos exercendo cargo de chefia. Segundo Korbes (2014b), o médico capacitado para gestor hospitalar ainda não é uma realidade, mas isso precisa acontecer e deu exemplo. "Pronto-socorro e centro cirúrgico têm que ser gerido por um médico."

O médico-gestor precisa ter esse perfil e estar realmente disposto a assumir esse compromisso. A participação do corpo clínico na gestão é um fator crítico de sucesso, já que o médico deve participar e estabelecer negociações em conjunto com os demais profissionais do hospital, contribuindo com seu conhecimento técnico com reflexo nas ações e nos resultados.

FIGURA 13: Tempo que exerce cargo de chefia no HUPAA



FONTE: Dados da pesquisa

Para se conceituar um profissional que apresenta competências, deve-se avaliar não somente o conhecimento técnico que o indivíduo possui (obviamente condições necessárias, mas não suficientes), mas também os diversos aspectos comportamentais, tais como: postura ética, criatividade e iniciativa (BERTELLI, 2004).

TABELA 1: A execução do médico deve ser feita igualmente no setor público e privado.

	Frequência	Percentual (%)	Percentual cumulativo (%)
Discordo	1	4,35	4,35
Concordo em parte	1	4,35	8,75

Concordo	21	91,30	100
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Buscando evidenciar também a atuação do médico no setor público e constatou-se que eles percebem-se como “clientes do hospital e dos demais serviços, que funcionam como fornecedores de insumos para o seu trabalho.” Tal afirmativa pôde ser feita quando 56,5% enfatizaram que o HUPAA tem que adaptar-se às necessidades dos profissionais médicos, para que estes possam desenvolver suas atividades de forma eficaz.

TABELA 2: O HUPAA deve se adaptar às necessidades dos médicos para que eles realizem suas funções de forma eficaz.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Discordo	1	4,3	4,3
Discordo em parte	1	4,3	8,6
Indiferente	1	4,3	12,9
Concordo em parte	7	30,4	43,3
Concordo	13	56,5	100
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Procurando entender os resultados apresentados na tabela anterior, buscou-se saber o motivo/razão dessa categoria se sentir “clientes” e não parte integrante da equipe, e algumas das respostas foram as seguintes:

“Porque qualquer estrutura hospitalar só funciona com a figura de um médico” (“T”);

“Ele é o principal responsável pelo paciente” (“M”);

“Você já viu um hospital funcionar sem um médico?” (“D”);

“O médico mais que ninguém entende como funciona um hospital como um todo. Ele tem uma visão geral de tudo que o cerca.” (“U”);

“Devido o seu treinamento exaustivo e contínuo acompanhado de grande responsabilidade” (“C”).

Esses achados só nos fazem entender e reafirmar que a estrutura hospitalar possui formação de setores e pessoas encarregados de atividades bem caracterizadas e por isso o desenvolvimento de atividades das categorias estão relacionadas à cultura própria de cada profissão.

Por conseguinte, analisou-se algumas variáveis de forma isolada, com o objetivo de identificar elementos intervenientes na relação entre os médicos e as áreas de apoio (administrativa, técnica e enfermagem), como o processo de comunicação.

TABELA 3: É importante ter boa comunicação com as áreas de apoio do hospital.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Concordo em parte	1	4,3	4,3
Concordo	22	95,7	100
Total	23	100	

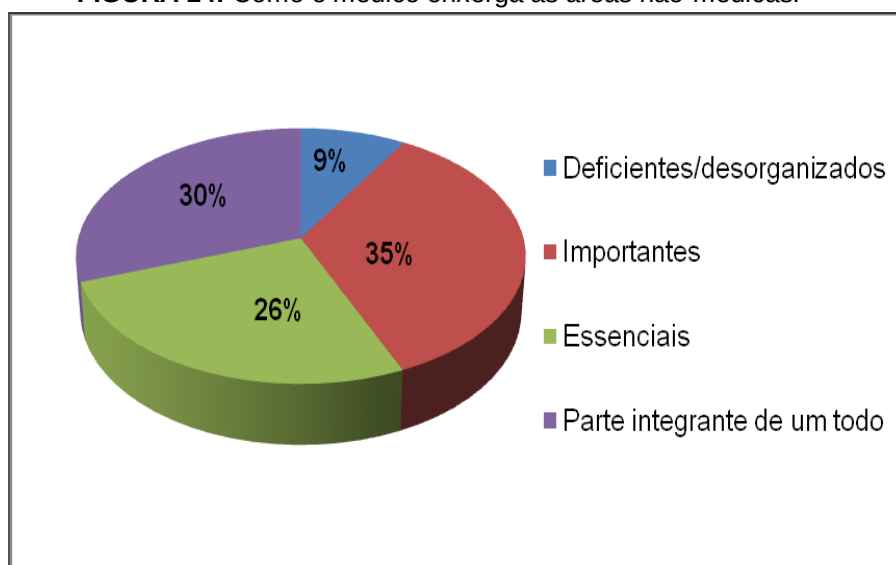
FONTE: Dados da pesquisa

A comunicação deve ser uma competência do gestor do hospital, de modo a compreender que a comunicação é uma “competência fundamental para qualquer área de atuação profissional, sem ela, torna-se muito difícil o envio de mensagens claras e convincentes” (CARNEIRO, 2007, p. 73).

Então, a partir dos achados observou-se que quase que a maioria absoluta dos respondentes (95,7%) concordam com tal afirmativa, ou seja, que é muito importante ter e manter uma boa relação com as áreas de apoio, no tocante à comunicação, conforme tabela anterior.

Contudo, apesar desse aparente consenso a respeito da relevância da comunicação e do potencial que tem a oferecer se for estrategicamente pensada, nos hospitais, até por serem organizações historicamente mais conservadoras e com linhas de poder mais difusas, o tratamento dispensado à comunicação não tem sido diferente. A comunicação dá-se apenas em resposta as demandas específicas.

Todavia, quando questionados como os médicos veem as áreas não-médicas, há um descompasso. Nesta etapa, tentou-se justapor relações ou aproximações, ou seja, verificar a influência de uma variável na outra. Apesar de um configurar-se como estudo de caráter estritamente qualitativo, permitiu destacar alguns aspectos quantitativos, facilitando a compreensão do contexto atual e possibilitando uma visão de contraste.

FIGURA 14: Como o médico enxerga as áreas não-médicas.**FONTE:** Dados da pesquisa

Por outro lado, acredita-se que algumas respostas são tendenciosas, tendo em vista que as declarações obtidas não se confirmam com os achados da tabela anterior, quando estes relatam:

“Deficientes, comprometendo a assistência como um todo” (“A”);

“Há deficiências graves em todas as áreas e não há melhorias nesse assunto” (“U”);

“Complicado” (“J”);

“Um pouco desorganizado” (“L”);

Segundo Lottenberg (2015), a diferenciação dos hospitais na atualidade é a prática assistencial, na qual o paciente passa a ser percebido como um doente, o que obriga a cotização dos diversos segmentos administrativos-financeiros dos hospitais.

Os médicos não saem das escolas com a visão nem a obrigação de administrar processos relativamente custosos, mas, de acordo com a tabela abaixo, 65,22% dos médicos acreditam que devem estar atentos aos custos gerados a partir dos procedimentos que realiza.

Embora, raramente, a formação do médico é focada para analisar o custo de um processo cirúrgico, mas sim em prestar o melhor atendimento ao paciente com os “melhores insumos disponíveis”, já que o que está em jogo é o seu bem-estar, não importando, muitas vezes, o valor do material necessário para fazê-lo, onde “a

própria formação médica nos traz este tipo de colocação.” Entretanto, quando a situação financeira está no limite, é aí que entra o papel do administrador hospitalar: encontrar o ponto de equilíbrio entre o preço e o custo do procedimento.

TABELA 4: O médico deve se preocupar com os custos dos procedimentos que realiza.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Discordo em parte	1	4,35	4,35
Concordo em parte	7	30,43	34,78
Concordo	15	65,22	100
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Acresce que os médicos em geral não fazem parte do quadro de pessoal do hospital. Daí a necessidade de aproximação e de uma estreita e harmoniosa convivência entre a direção do hospital e seu corpo clínico (CECÍLIO, 2007b). Apenas dessa forma será possível transferir para seus integrantes a preocupação com custos operacionais e assistenciais, a qual deve transitar por todos os que trabalham no hospital, qualquer que seja seu nível de atuação.

Entende-se que é possível conseguir a colaboração dos médicos para algumas atitudes ou alguns procedimentos capazes de reduzir os custos do atendimento sem induzir ao profissional cometer qualquer infração ética. Com isso, confirma-se a percepção de Cecílio (1997), quando afirma que vários fatos traçados na pesquisa nos fazem pensar que os médicos desconhecem em parte o potencial do capital intelectual interno, gerando muitas vezes conflitos na relação médico e administrador hospitalar.

Um dos motivos apontados para a elevação dos custos de saúde está na má administração. Mesmo os melhores centros médicos brasileiros estão distantes dos modelos mundiais de gestão. E o paciente deve arcar com todas as ineficiências administrativas, pois, “os hospitais desde sua origem, sempre estiveram voltados para a prestação de serviços de saúde sem dar atenção ao gerenciamento” (SANTOS *et al.* 2008, p.65).

TABELA 5: O médico deve se preocupar apenas em fazer atendimentos e procedimentos médicos.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Discordo	13	56,52	56,52
Discordo em parte	3	13,04	69,56
Indiferente	3	13,04	26,08
Concordo em parte	4	17,39	100
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Korbes (2014a) conta ainda que apesar disso, a experiência não surtiu os efeitos desejados, já que o fraco desempenho administrativo tem origem na própria formação médica, quando relata: "temos médicos considerados profissionais de ponta e que são capazes de fazer diagnósticos brilhantes. No entanto, não sabem como movimentar ou dar sequência a um processo; não sabem o custo dos medicamentos e o que agrega ou não valor, ou seja, existe um descompasso entre a alta evolução médico-científica e a necessidade de conhecimento de gestão", enfatizou, ao dizer que o caminho está aberto para a profissionalização do corpo de gestores de hospitais.

5.4 Atuações do médico no setor público e privado

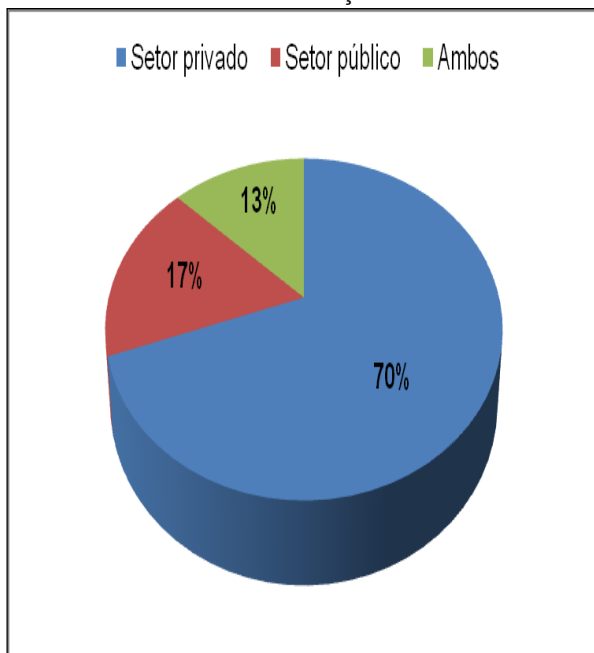
A acentuada autonomia dos médicos, defensores de regras e normas profissionais na rotina administrativa, tem demonstrado resistência por parte dos colaboradores, denunciando seu caráter autoritário. Assim se explica que muitos atributos de rigidez, mecanismos, autoritarismo e coordenação inadequada com que se tem caracterizado os serviços de saúde, provêm mais da organização profissional do que das suas características burocráticas.

Muitas tarefas exigem coordenação entre diferentes setores e pessoas dentro da organização, e coordenação demandam comunicação. Em algumas organizações o binômio comunicação-coordenação se faz mais presente; dentre elas estão os hospitais.

Se atentarmos para a figura abaixo, é notório que a maioria dos respondentes acreditam que o setor mais eficientes é o privado (70%). Tal dado pode ser

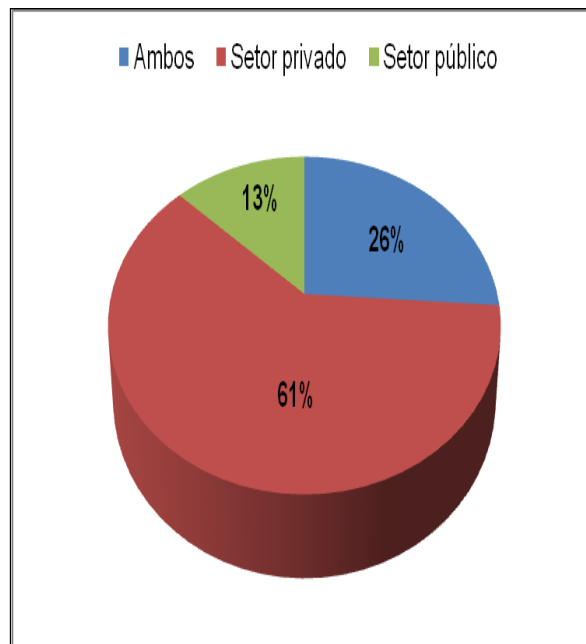
condizente, quando analisa-se a melhor eficiência do processo de comunicação, a qual também ocorre no privado (61%).

FIGURA 15: A área de saúde que tem a melhor comunicação.



FONTE: Dados da pesquisa

FIGURA 16: O setor mais eficiente.



FONTE: Dados da pesquisa

O processo de comunicação é o compartilhamento de informações entre duas ou mais pessoas, de modo a alcançar um entendimento comum sobre o objeto ou uma situação.

Se uma boa comunicação é de vital importância nas relações empresariais, ela alcança uma gradação ainda maior no contexto hospitalar onde a clareza das informações e a precisão com que são transmitidas podem, literalmente, significar a diferença entre a vida e a morte (GODOI, 2004).

A precariedade da comunicação no setor privado é o que muitas vezes gera pontos de tensão e conflito. Acredita-se que se essa for a realidade conduzida no HU, ela pode trazer entraves ao novo patamar para o qual o hospital se encaminhou recentemente: a responsabilidade acordada pelo HUPAA junto ao gestor do SUS para o cumprimento de metas físicas e de qualidade, metas de formação de recursos humanos, metas de pesquisa e saúde.

Portanto, pode-se então dizer que a comunicação guarda relação direta com os processos e resultados cruciais ao funcionamento de qualquer organização, pois

é através dela que as tarefas podem ser realizadas com eficiência, os objetivos podem ser alcançados, e os problemas podem ser solucionados.

Segundo o referencial teórico, há falta de paciência por parte dos médicos em preencher as documentações necessárias. Porém, isso não pôde ser constatado nos resultados da pesquisa.

TABELA 6: É importante a descrição de rotinas administrativas e protocolos clínicos.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Indiferente	1	4,3	4,3
Concordo em parte	1	4,3	8,6
Concordo	21	91,4	100,0
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Evidenciou-se que 91,4% entendem que é importante que haja a descrição de rotinas e protocolos, pois, “estes auxiliam na disseminação das normas e procedimentos” realizados no hospital, servindo como “livro de receitas” para os novos colegas de trabalho que porventura venham a trabalhar no HU, norteando as atividades que venham a executar no cotidiano, já que são nestes manuais que se encontram as ações desenvolvidas do setor/serviço ao qual estão lotados.

Muitos relatam que isso se deve a cultura da profissão que o coloca no papel de decidir entre a vida e a morte, situações em que a dimensão burocrática não faz o menor sentido, o que levam os médicos a tomarem posicionamentos que exercem pressão na estrutura administrativa e podem facilmente ser confundidos com autonomia.

Observa-se que cerca de 95,6% concordam que é dever do médico registrar todas as atividades e/ou procedimentos realizados. Mas será que isso é verdade? Quando perguntado a representantes da classe médica sobre essa assertiva, as respostas desmentem o que fora exposto no tópico anterior.

Entretanto, contrapondo os colegas de profissão, um médico da área da assistência relatou que “os setores de apoio, geralmente o Faturamento e a Gerência do Ambulatório têm que ir em busca dos médicos para que estes possam preencher corretamente os formulários, como por exemplo inserir o código do procedimento a ser realizado, carimbo, assinatura e a inserção do Código Internacional de Doenças (CID) senão, o hospital não fatura o procedimento

executado”, o que não deixa de ser uma verdade, embora tal afirmativa não tenha sido encontrada, conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 7: É dever do médico registrar todos os procedimentos realizados.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Discordo em parte	1	4,3	4,3
Concordo	22	95,6	100,0
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Ainda de acordo com Vendemiatti *et al.* (2010), a dificuldade se coloca não apenas no plano formal da comunicação, mas principalmente no cultural, dificulta o aprimoramento dos processos e, por sua vez, geram outros conflitos com os níveis hierárquicos subordinados que enfrentam diariamente as dificuldades derivadas dessa ausência de discussão, inclusive os setores de apoio, fato enfatizado pela declaração relatada no parágrafo anterior.

Seguindo a linha desse sentido, os dados da tabela anterior, podem e/ou devem estar ligados com a tabela abaixo, quando esta identificou que cerca de 52,17% afirmaram que os processos de tomada de decisão em um hospital público prejudica/atrapalha de certa forma as atividades desempenhadas pelos médicos.

TABELA 8: O processo de decisão na gestão hospitalar pública prejudica as atividades do médico.

	Frequência	Percentual	Percentual cumulativo
Discordo	4	17,39	17,39
Discordo em parte	4	17,39	34,78
Indiferente	3	13,04	47,82
Concordo em parte	9	39,13	86,96
Concordo	3	13,04	100
Total	23	100	

FONTE: Dados da pesquisa

Então, percebe-se que o entendimento do médico como líder dentro da organização hospitalar depende de sua postura perante o tipo de responsabilidade que sua profissão assume. Assim sendo, passa pelo mesmo embate que qualquer profissional, ou seja, o exercício da liderança fica vinculado ao desejo de alguém exercê-lo e não ao poder formal que é colocado nas mãos do profissional.

5.5 O médico dentro da organização hospitalar

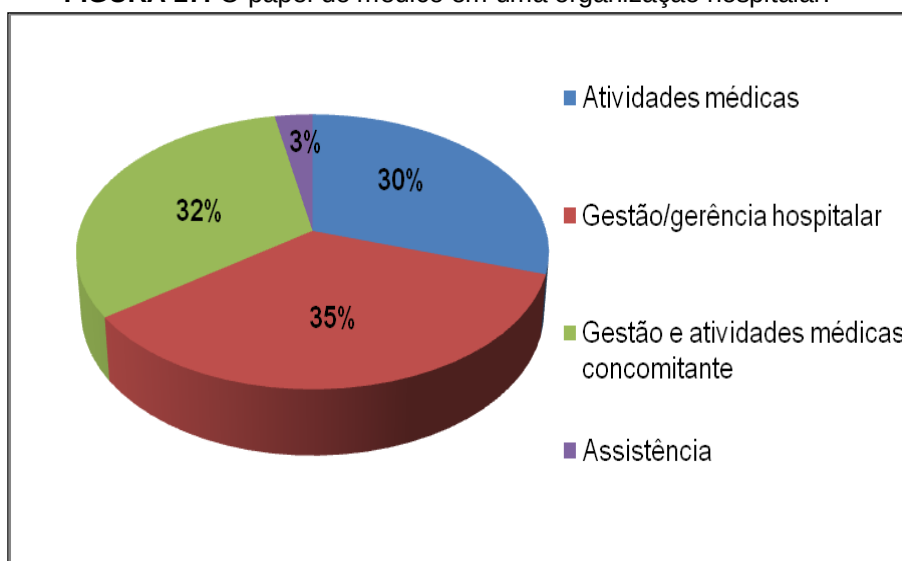
Tradicionalmente, a responsabilidade do médico é guiar o paciente para favorecer as condições físicas, mentais, emocionais e espirituais necessárias para sua adaptação, recuperação e/ou cura.

O hospital moderno difere em muitos aspectos do “tipo ideal” de organização hierárquica definida por Weber. Conforme Goss (1963), um dos traços específicos desse tipo de organização apóia-se no poder e na autonomia profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática, em que se conclui a existência de um sistema administrativo dual de autoridade.

Larson (1977) reforça tal concepção quando sugere que a extensão contemporânea da dominação médica entretece-se na história recente do hospital e que o impacto social crescente da tecnologia médica nas sociedades modernas resulta do poder social conferido à profissão médica através dos hospitais e das universidades.

Nos espaços voltados para o ensino, como é o caso do HUPAA, surge a invenção de dispositivos institucionais que estimulassem a produção tanto de padrões de vínculo como de responsabilidade que propicie o resgate da eficácia e da humanização do trabalho em saúde.

Isso pôde ser identificado quando cerca de 35% dos entrevistados afirmaram que o papel do médico em um hospital está relacionada com ações voltadas à gestão/gerência hospitalar, gestão e atividades médicas concomitantemente (32%), seguido de atividades relacionadas ao exercício da medicina (30%). Outro item citado estava relacionado à assistência direta ao paciente (3%).

FIGURA 17: O papel do médico em uma organização hospitalar.**FONTE:** Dados da pesquisa

O investimento no equilíbrio entre aspectos técnicos e o ambiente comportamental é muito importante, bem como a participação do profissional médico na gerência do hospital. Procurando ratificar esse pensamento, Korbes relatou que "o médico não é apenas o dono da caneta." Precisa participar do planejamento da instituição, contribuindo com seu conhecimento técnico com reflexo nas ações e nos resultados.

Buscando entender como o médico se enxerga atuando em uma organização pública, como o HU, identificou-se que 44,4% dos respondentes estão descontentes. Nesse caso, cruzou-se o tempo de serviço e o nível de contentamento do funcionário com a instituição. Considera-se que as principais dificuldades foi a resistência para romper com a estruturação da gestão e do trabalho centrada na lógica da hierarquia de poder intra e intercorporações, uma vez que estas duas dão origem à maior parte das demais dificuldades.

É possível que os resultados encontrados esteja influenciada por uma visão crítica em relação às políticas do HU no que tange ao desenvolvimento de determinadas atividades/processos, ou seja, percebe-se que existe uma lacuna entre o grau de importância de determinada competência e seu respectivo contentamento pela Instituição.

Como forma de sanar esse cenário, alguns respondentes sugeriram que o Hospital oferecesse amplo espaço para a discussão de melhores formas de se buscá-lo, seja por intermédio de melhor capacitação e treinamento, seja por

implantação de novas formas de gestão. Uma outra forma para contornar tal situação seria a negociação, pois é através dela que se estabelece a discussão entre pessoas, grupos ou instituições, em que se busca o acordo entre as partes por meio da colocação de novas idéias, pontos de vistas, razões, relacionados com os objetivos de cada parte.

Todavia, negociar é um processo de composição de idéias, objetivo, propósitos ou de interesses, sempre procurando o melhor resultado. “O negociador deve ouvir e se fazer ouvir. Ter e dar a oportunidade para que os argumentos sejam apresentados. Buscar uma comunicação eficiente. E usar, no exercício da negociação, apenas recursos legítimos e éticos” (AMORIM, *et al.*, 2008, p. 22).

5.5.1 A relação médica com as demais categorias profissionais no hospital

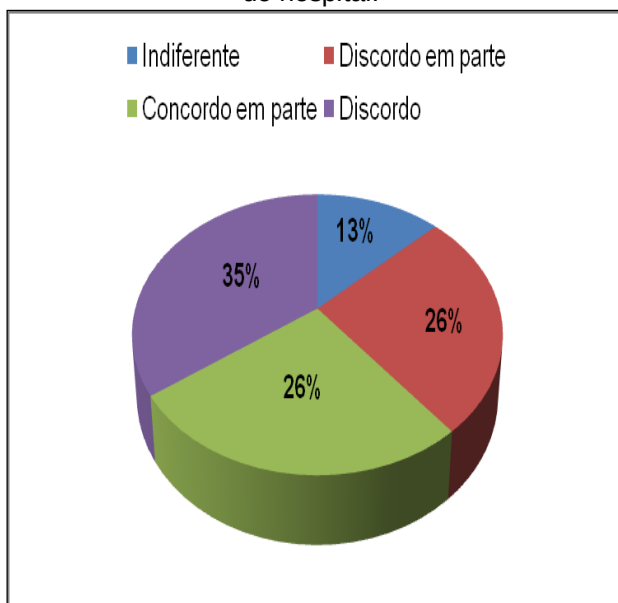
Cecílio (1997) sugere que a autonomia dos médicos apoiaria as ações em comum se guiassem os administradores hospitalares para um futuro mais assertivo e comungassem com os interesses da organização sempre que fosse colocada em prática, ou seja, que os médicos devem se sentir parte do corpo funcional que compõe o hospital e não “clientes”.

A gerência de cúpula permanece tradicionalmente centrada nos profissionais com formação em medicina embora recentemente outros profissionais como administradores, engenheiros, economistas, enfermeiros, entre outros, estejam assumindo cargos estratégicos nos hospitais. Essa situação é reflexo da lenta, porém progressiva, transformação nesse tipo de organização (BRITO, 2004, p. 26).

A intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar é um ajuste que dá origem ao hospital médico ou administrado por médicos. O poder é de fácil acesso para os médicos, desde a universidade.

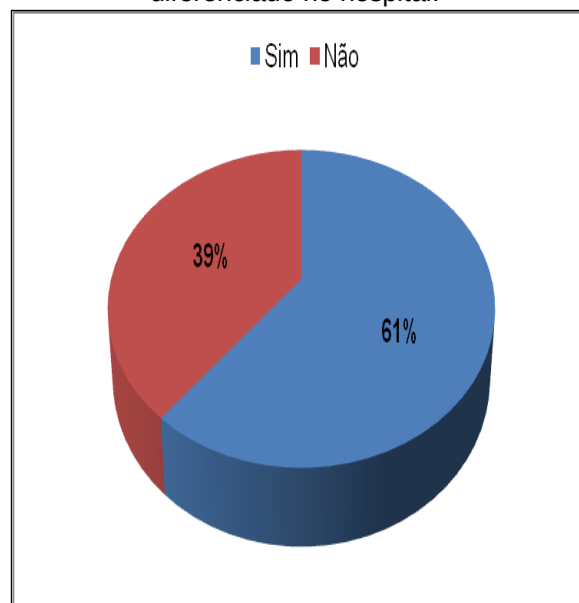
Sendo assim, compreende-se que o hospital não é tido apenas como uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas “simboliza também o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados” (TURNER, 1987, p.157).

FIGURA 18: O médico é a pessoa mais importante do hospital.



FONTE: Dados da pesquisa

FIGURA 19: O médico é um profissional diferenciado no hospital.



FONTE: Dados da pesquisa

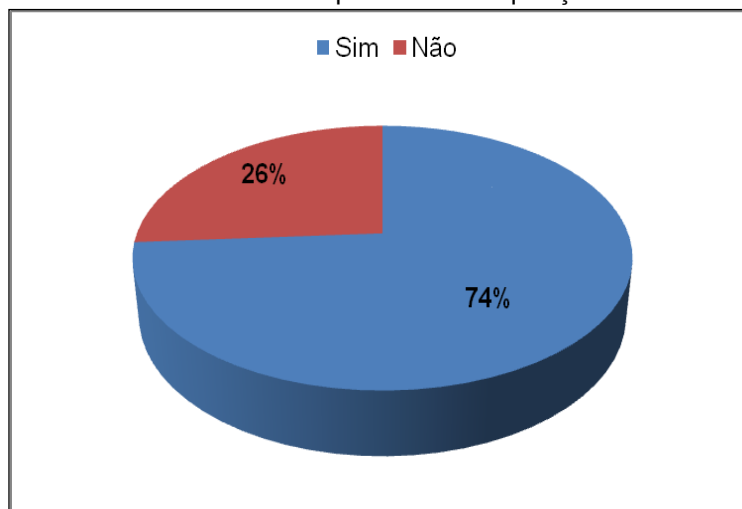
Vários autores descrevem em seus estudos que os médicos adoram se manter no pedestal, distantes, superiores a outras classes, quando afirmam que o exercício da medicina está diretamente relacionado em assumir somente o papel 'de viver e trabalhar com a doença', daí sua superioridade às demais categorias profissionais, já que eles:

(...) detêm o poder por possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas, como também pela competência técnica que lhes permite opor e sobrepor às exigências decorrentes do trabalho clínico e defender os privilégios profissionais da classe no interior do hospital (CARAPINHEIRO, 1998, p.51).

Por outro lado, as normas traçam também os limites do poder médico enquanto instância institucional, delimitando direitos e deveres do médico, agente submetido às regras da instituição, tanto quanto ao regime de trabalho e às relações sociais institucionais (LUZ, 1986).

Seguindo esse raciocínio, a classe médica expressou preocupação com os problemas enfrentados pela dimensão burocrática do hospital. Isso pode ser percebido quando 26% dos médicos dizem que não sabem como funciona o processo de aquisição de bens e serviços na instituição.

FIGURA 20: O médico entende o processo de aquisição de bens e serviços.



FONTE: Dados da pesquisa

Para que tudo ocorra da melhor forma, entende-se que o médico deve fazer parte do processo. Contudo, mesmo aqueles que conhecem a dinâmica desse processo, incluindo os “leigos”, relatam que:

“A burocracia e o tempo que leva é tão grande que é impossível entender plenamente este funcionamento.” (“X”);

“É um sistema ainda excessivamente burocratizado, o que contribui para o desperdício dos recursos.” (“Q”);

“A ideia é tão vaga que não há esclarecimento interno sobre o funcionamento desse serviço.” (“Y”);

“Entendo pouco porque não conheço os fluxos, porém sei que são feitos sob licitação.” (“W”);

“Tenho conhecimento, porém não tem acesso aos processos do HU.” (“T”);

Se os administradores hospitalares pudessem contar com a co-gestão, com a participação de todos no processo de administração, a organização se autocoodenaria e, conforme afirma Foucault (1979), os interesses institucionais se reforçariam sem que os médicos perdessem o controle das informações e autonomia sobre os recursos físicos e humanos.

Diante desse cenário, identifica-se que há uma ausência/falta de uma divulgação mais ampla e/ou detalhada das modalidades de aquisição de bens e serviços – processo de licitação (EX.: Dispensa de Licitação, Pregão Eletrônico, Tomada de Preço) –, para que todos os agentes envolvidos compreendam as várias

etapas que fazem parte deste processo na organização, inclusive os próprios médicos. Então, entende-se que do ponto de vista desses profissionais, esse desconhecimento dificulta a percepção dos fluxos decisórios relativos às ações necessárias para execução desse processo, para dirimir os ‘eventuais conflitos.’

É preciso considerar que, se existe um conflito é porque, a princípio existem interesses divergentes. E se é assim, será preciso conhecer quem são os atores envolvidos na situação conflituosa, quais são seus interesses e no que divergem. Será preciso saber qual o significado do objeto deste conflito para cada um dos atores e até que ponto estão dispostos a considerar as vantagens e desvantagens em fazer algum tipo de concessão.

Este aspecto é de “fundamental importância, pois influencia a dinâmica das relações que vão se estabelecer entre as partes envolvidas e determina se essa negociação é possível ou não” (AMORIM, *et al.*, 2008, p. 22).

No hospital ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, envolvendo, o corpo clínico, o qual é constituído por médicos que trabalham no hospital. Profissionais com os quais é complicado trabalhar, principalmente por serem formados para estarem capacitados a exercer suas funções a cada momento, funções estas que envolvem decisões em relação à vida e morte das pessoas. Esse fato gera nestes profissionais médicos dificuldades em repartir seu poder, ‘aceitar normas de disciplina coletiva e em ouvir sugestões’ e/ou recomendações.

Com base em Cecílio (2000) e Carapinheiro (1998), **confirma-se que o hospital é, então, um lugar de “confirmação” de poderes** que se definem aquém do hospital, como já fiz referência, antes, à idéia foucaultiana do poder/saber. Ou, como dizem os institucionalistas, o hospital é um lugar de “atravessamento”: nele se “reafirmam” as assimetrias de poder, os processos de legitimação da violência aceita como legítima sob a forma da autoridade legal-formal, que já foi exercitada nos aparelhos formadores e em outras organizações humanas.

Exposto este quadro, “compreende-se a necessidade de se buscar um relacionamento harmonioso entre administração do hospital e seu corpo clínico” (GONÇALVES, 1998, p. 82), já que o conflito é “tão antigo quanto a própria medicina, que tem raízes mais profundas e complexas e não pode ser encaixotado em explicações simplistas” (SANTOS *et al.* 2008, p.66).

CONCLUSÕES

As organizações como um todo estão inseridas em ambientes cada vez mais dinâmicos e competitivos, incluindo os hospitais, por isso devem administrar a complexidade com a qual lidam. Trata-se de uma instituição que requer administração eficiente e persuasiva, dada a complexidade de problemas assistenciais, profissionais, educacionais, econômicos e comunitários.

O objetivo principal desta pesquisa foi aprofundar/entender as ações e percepções dos médicos gestores, no tocante ao nível de influência que essa categoria profissional possui na gestão de um hospital público de ensino.

De acordo com o modelo proposto para a pesquisa, e após análise atenta e minuciosa dos resultados da organização estudada chegou-se a conclusão de que os médicos têm poder/saber na organização hospitalar.

Segundo os resultados, dentre as competências necessárias para ser gestor de um hospital está a comunicação, liderança, negociação e bom relacionamento político. Entendem que o profissional médico é o que tem melhor visão da área fim, já que essas atividades têm afinidade exclusiva da categoria – problemática da saúde –, detém “todo” o conhecimento relacionado à assistência, e que, portanto, é necessário que um hospital seja dirigido por alguém formado em medicina. Embora alguns acreditem que além da formação médica é necessário ter um “certo preparo em gestão hospitalar.”

Ressalta-se que as perguntas que compõem o questionário teve como propósito responder ao objetivo geral e aos específicos, evitando que algum destes pudessem ficar sem resposta e/ou que possibilitasse uma resposta tendenciosa.

Toda a estrutura hospitalar deve estar voltada a fim deve se adaptar às necessidades dos médicos para que ele possa realizar suas atividades de forma eficaz. Tal afirmação está relacionada a forma que estes se veem. Acreditam que o hospital tanto público como privado devem proporcionar ferramentas, *layout*, insumos e profissionais auxiliares (ex.: enfermagem) para atenderem seus anseios, vindo a desempenhar seu papel (o de assistência e cura) de forma eficaz, reafirmando assim, hierarquias de dominação entre as demais categorias profissionais.

Portanto, uma coisa é clara: sentem-se ‘clientes’ do hospital e não parte integrante de um grupo como um todo, já que “estudou, vive e convive com situações que exigem o saber e o poder” de curar e salvar vidas, a partir da competência técnica que conquistou ao longo tempo dedicado aos estudos na academia.

Declaram que eles mais que ninguém entende a essência de um hospital e que a administração quer estabelecer mecanismos de controle sobre as atividades desempenhadas por eles. Esses resultados levam-nos a entender e compreender os estudos que afirmam a ‘soberba’ que essa classe ‘dominante’ tem em relação às demais categorias da área da saúde e das demais classes que compõem o hospital.

Identificou-se também que os médicos não entendem e/ou não compreendem o processo de aquisição de equipamentos e materiais. A dificuldade em compreender como se desenvolvem esses fluxos podem constituir em um dos fatores geradores de conflitos. Contudo, alguns relatos demonstram que a questão central não é o desconhecimento, mas primordialmente a emergência da situação, onde, às vezes, “o equipamento/acessório é para prestar assistência ao paciente” e que esse processo atrapalha e muito a execução de suas atribuições: cuidar e salvar vidas.

Administrar de forma eficiente um hospital deve passar a significar a **existência de uma relação próxima entre os diretores médicos, o corpo clínico e a administração do hospital**, a qual é exercida por profissionais especializados, criando uma sinergia natural e agregando ganhos ao crescimento e desenvolvimento do hospital gerando resultados extraordinários e compensadores.

Esse fato e a necessidade de os médicos transferirem a responsabilidade dos atos administrativos de suas empresas a profissionais da área promovem o processo inicial de contratação de administradores hospitalares, para os quais são passadas as funções administrativas delineadas por Fayol: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar as organizações na sua íntegra.

Nesse cenário diferenciado, em que os administradores hospitalares são possuidores de um conhecimento técnico que representa um aspecto importante na montagem estratégica das organizações de saúde, deve entrar em cena um administrador envolvido com a aprendizagem organizacional. Portanto, tendo em

vista todos os fatores estudados e analisados, seria interessante que as faculdades de medicina ofertassem uma disciplina voltada ao gerenciamento de processos.

De acordo com estudos recentes, a reforma do ensino depende da reforma dos saberes e práticas que deveriam (re)orientar a clínica e a saúde pública, para que os hospitais não sejam apenas serviços ótimos para residência, pós-graduação e realização de pesquisas. Mas estariam, também, servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral.

Contudo, é de fundamental importância orientar e preparar médicos que possam ser parceiros, envolvidos com os lucros e preocupados com os prejuízos das organizações hospitalares, e não apenas em fazer atendimentos e procedimentos médicos, como também em todos os processos da organização, para que ele possa cumprir seu papel eficazmente.

Entretanto, ainda segundo o referencial utilizado, pode-se dizer que **os desafios da formação médica estão, portanto, ligados aos desafios da assistência.** O segredo para uma formação médica adequada estaria guardado junto com o segredo dos modos como se poderia reformar a clínica e a saúde pública. Assim, ainda que parciais, há possibilidade de alterar os modos como se está ensinando medicina. Concluindo, **mais do que mudanças de grades curriculares, estar-se-ia necessitando de ampliar horizontes e os espaços onde ocorre a formação clínica dos alunos**, ou seja, conseguir articular teoria com a prática.

Com base nas linhas gerais, estas conclusões poderiam ser aplicadas também à formação de outros profissionais de saúde não-médicos: enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e administradores hospitalares ganhariam muito com a ampliação dos espaços práticos em que fizessem estágios, tendo em vista que posteriormente esse seria o seu campo de trabalho quando concluísse a graduação.

A partir dessas afirmativas, pode-se, então, entender que a capacitação de médicos-gestores ainda é deficiente e requer uma conscientização maior das faculdades de medicina e dos conselhos de classe, como já vem sendo feito com sucesso no ensino da enfermagem e psicologia.

Sanada esta dificuldade e surgindo novos cursos para formação do médico-gestor, seria interessante a inclusão de uma matéria sobre comunicação na grade curricular dos futuros médicos. Isso se deve ao fato de que ele deve entender a

cultura organizacional da instituição em que atua, **pois, trabalhar na área de saúde significa estar envolvido em inúmeras situações com alto grau de complexidade, um campo que envolve uma série de relacionamentos, já que o médico tem que manter relações com várias esferas de poder, como o poder público, privado, com os pacientes e seus familiares e ainda com seus pares.**

Para que as organizações de saúde, instituições privadas e públicas, promovam assistência, é necessário que o administrador hospitalar ganhe espaço, respaldado pela confiabilidade dos médicos. Somente com real autonomia para gerenciar de fato os relevantes interesses institucionais é que este profissional poderá desenvolver a gerência participativa, não só visando o lucro, mas, acima de tudo, gerenciando recursos físicos e humanos.

Baseando-se nas referências, parece claro que **não se pode mais continuar concebendo a ação do administrador como a de um mero zelador dos meios para a realização da atividade médica.** Se no passado as ideias correntes indicavam este caminho, o certo é que nos dias atuais será necessário alterar este padrão, já que nada é imutável.

Portanto, conforme proposto no objetivo principal deste estudo, a partir da fundamentação teórica e da pesquisa de campo, concluiu-se que o questionamento mencionado no problema de pesquisa pôde ser constatado nesta pesquisa, levando-se em consideração os aspectos metodológicos escolhidos, atingindo, então, o objetivo principal deste estudo.

Ressalta-se a importância dos achados neste estudo, demonstrando a necessidade de um hospital possuir um bom administrador hospitalar em seu corpo funcional, não só ele, como dos demais profissionais que atuam na instituição, já que estudos comprovam o quanto é complexa essa organização e comprova que é preciso contar com recursos humanos preparado para atuar de forma a equilibrar as atividades administrativas e assistenciais.

Todavia, a amostra integrante da abordagem quantitativa, apesar de permitir que minúcias da atuação do médico-gestor pudessem ser reveladas, não permite que sejam generalizadas para o corpo médico como um todo da instituição pesquisada, bem como para todos os profissionais médicos nos demais hospitais da cidade de Maceió.

Entretanto, baseando-se nas limitações, propõe-se uma nova pesquisa em outros hospitais públicos e/ou privados, complementado o estudo atual, possibilitando um novo teste e aplicação do modelo adotado em outros hospitais de mesmo nível e porte, em um giro de 360°, o qual permitirá uma abrangência maior em todas as esferas da organização hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABRAHUE. **Hospitais universitários e de ensino no Brasil**: desafios e soluções. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

ABREU, N. R. *et al.* **O processo de humanização no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA**: apontamentos, discussões e ações. Projeto (Pesquisa em Administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2009.

AMORIM, J. C. M.; BRAGA, D. G. (Org.) *et al.* Curso negociação do trabalho no SUS: caderno de textos. **Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Educação a Distância. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

ANDER-EGG, E. **Introducción a las técnicas de investigación social**. 3ª ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência**: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

BECH, J. *et al.* **Os médicos na atenção básica no SUS, encontros e desencontros com os gestores de 50 municípios do Estado de Rio Grande do Sul**. <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5259.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2010.

BELTRAME, A. **O programa de reestruturação dos hospitais de ensino**: um projeto do governo brasileiro. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_502853647.ppt>. Acesso em: 15 out. 2014.

BERNARDES, C.; MARCONDES, R. C. **Teoria geral da administração**: gerenciando organizações. São Paulo: Saraiva, 2006.

BERTELLI, B. S. **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

BRANDALIZE, A.; SILVA, A. M. M. A moderna administração hospitalar. **Revista Terra e Cultura**: cadernos de ensino e pesquisa, v.1, n.1, jan./jun., 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior Hospitais Universitários. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php>>. Acesso em: 10 jun. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministro da Saúde anuncia investimento em hospitais de ensino**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=27256>. Acesso em: 02 ago. 2009b.

BRASIL. **Governo prepara plano para socorrer hospitais universitários**. Disponível em: <<http://www.hojenoticias.com.br/brasil/governo-prepara-plano-para-socorrer-hospitais-universitarios/>>. Acesso em: 05 set. 2009c.

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em administração). Faculdade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Ciências Econômicas, Minas Gerais, 2004.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar**: A percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior. Dissertação (Mestrado em administração). Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Administração, 2008.

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

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª ed. Porto Portugal: Edições Afrontamento, 1998. ISBN: 9789723603064.

CARNEIRO, C. A. S. Ciência da administração ou administração científica: uma reflexão sobre as características epistemológicas da administração. In: **Anais do XX ENANGRAD**, Joinville, 2009.

CARNEIRO, C. A. S. **Negociação**: do estratégico ao emocional. Maceió, 2007. Disponível em: <<http://andrecarn.sites.uol.com.br/pdf>>. Acesso em: 10 de ago. 2010. ISBN: 9788561549022.

CAVALCANTE, P. L. T. **Gestão participativa como instrumento de mudança em uma organização hospitalar**. Dissertação (Mestrado em gestão de empresas). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Instituto Superior de Gestão. Portugal, Lisboa, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, v.3, n.3, mai./jun, 1997a.

_____. O desafio de qualificar a assistência nos hospitais públicos. In: Merhy, E. & Onocko, R.(Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, v.1, p. 293-319, 1997b.

_____. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.4, n.2, jul./dez., 1999.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.1, n.2, p. 04-26, jun., 2000.

CECÍLIO, L.C.O; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p.39-55, mai./ago., 2004. ISSN 0104-1290.

CHERUBIN, N. A. **Administrador hospitalar**: um compromisso com a ciência e a arte. São Paulo: Loyola, 1998.

CHIORO, A. Hospitais de Ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, p. 8-9, set./out., 2004.

CORREIA, M. A. **Análise de uma organização à luz do modelo multidimensional-reflexivo de Alves (2003)**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Recife, 2007.

COSTA, A. C. F. O médico, seu trabalho e sua saúde mental. Brasília: Conselho Federal de Medicina, **Revista Ética**, 2006.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1987.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S (Org.). **Handbook of Qualitative Research**. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000.

DUTRA, R. F.; HONÓRIO, L. C. A qualidade de vida no trabalho médico organizado em cooperativa: o caso de um hospital universitário mineiro. In: **XXXII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 2008.

EKSTERMAN, A. **O psicanalista no hospital geral**. Relatório oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro ao VIII Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro: junho de 1980.

ESPÍRITO SANTO, Z. C. C. **Atitudes e crenças de gestores e clínicos na governação dos hospitais**: um estudo exploratório em três hospitais portugueses. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Universidade de Coimbra. Portugal, Coimbra, 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18114>>. Acesso em 21 de out. 2015.

FASCINA, L. P. **Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo**. Tese (doutorado em administração). Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Administração, 2016. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4561/71050100645.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 de jan. 2016.

FERREIRA, L. C. M. **O poder nas organizações hospitalares:** administradores hospitalares fantoches da hegemonia hierárquica médica? Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREITAS, L. D. C. **Sobre loucos, barcos à deriva e a dengue no rio.** Disponível em: <<http://www.arcos.org.br/artigos/filosofia-no-seculo-xx-a-questao-da-legitimidade/legitimidade-ciencia-e-discurso/sobre-loucos-barcos-a-deriva-e-a-dengue-no-rio>>. Acesso em: 23 de abr. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 35, n. 3, p.20-29, mai./jun., 1995.

GODOI, A. F. Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento: **Pensando e Fazendo.** São Paulo: Ícone, 2004.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 38, n. 1, p.80-90, jan. /mar., 1998.

GRECH, K. Developments in hospital management: a proposal for a new hospital management model for Malta. **Malta Medical Journal**, v. 14, n. 1, p. 21-26, nov., 2002.

HAIR, J. R. *et al.* **Multivariate data analysis:** with readings. 4ª ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

HILL, L. **Becoming a manager:** how new managers master the challenges of leadership. Boston: Harvard Business School Press, 2003.

KORBES. **O médico na gestão de serviços hospitalares.** Disponível em: <<http://www.korbesconsulting.com/artigos/item/16-medico-na-gestao.html>>. Acesso em: 18 nov. 2014a.

KORBES. **O papel do médico na gestão.** Disponível em: <<http://www.korbesconsulting.com/noticias/item/15-genesio-korbes-palestra-sobre-o-papel-do-medico-na-gestao.html>>. Acesso em: 23 nov. 2014b.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração Eletrônica**, v.1, n. 2, p. 2-20, jul./dez., 2002.

LINO, K. M. S. *et al.* **Administração hospitalar por competência:** o administrador como gestor hospitalar. Projeto (Pesquisa em Administração). Escola Superior da Amazônia. Administração, 2008.

LOTTENBERG, C. L. Os médicos não são formados para administrar. **Jornal Administrador Profissional**, nº 197, novembro 2002. Disponível em: <<http://www.crasp.com.br/jornal/jornal197/sec2.html>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

MACHADO, V. B.; KURCGANT, P. O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.38, n.3, 2004.

MAGALHÃES, E. *et al.* Uma análise do processo de formulação e implementação de mudança organizacional: o caso de um instituto de previdência complementar e plano de saúde. In: **III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende, 2006.

MAIA, A. C. **Miopia em Marketing no Segmento Hospitalar do Brasil**. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/index.html>. Acesso em: 15 jan. 2016.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCONDES, R. C. **O Comportamento administrativo nas organizações hospitalares**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: USP. FEA, 1973.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO, A. Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de *rankings*. In: **Textos para Discussão – IPEA**, n. 794. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MARINHO, F. S.; MAC-ALLISTER, M. O Espaço da Organização Hospitalar: um estudo do comportamento dos usuários do Hospital Alpha. **Anais eletrônicos do XXX Enanpad**. Salvador, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, jul./set., 2006.

MATTOS, R. A. **Gestão e democracia na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. Edição Compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução à administração**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

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

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. 2ª ed. San Francisco: Jossey-bass, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC;1999.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, H. **The nature of managerial work**. New York: Harper and Row,1973.

_____. **Structure et dynamique des organizations**. Paris: Les Éditions D'organization, 1982.

_____. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 4, n. 22, p. 9-18, 1997.

_____. **MBA? Não, obrigado**: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MIRANDA-MASSARI, RODRÍGUEZ-GÓMEZ, J.R.; J. R. GONZÁLEZ, M. J. **Redefinindo paradigmas equivocados da saúde**: sua influência na prática médica e política pública de saúde. Disponível em: <http://www.pahef.org/success_stories/ethos_iv/portuguese/13RedefinindoParadigmasEquivocadosDaSade.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NAKATA, L. E.; YOKOMIZO, C. A. Análise da complexidade na gestão de pessoas. In: **XXXII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro, 2008.

NEVES, J. A. D.; PESSOA, R. W. A. O perfil do gestor de clínicas médicas de Fortaleza. **Revista de Administração da UNIMEP**, v. 7, n.2, mai./ago., 2009.

NOGUEIRA, F.; GERRY, C.; CALVO, J. C. A. (Coord.) **Decisiones en las organizaciones hospitalarias**: (des)acuerdos entre teorías y prácticas. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2234601>>. Acesso em: 12 mai. 2010.

OLIVEIRA, S.S. **Relatório de monitoria**. Maceió, nov. 2009. Mimeografado.

OLIVEIRA, S. S.; CORREIA, M. A. Rede, fluxo e direção: análise do processo de comunicação organizacional em um hospital universitário. In: **V Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende, 2008.

OLIVETO, P. **Hospitais Universitários**: Governo prepara reestruturação. Disponível em: <http://www.adurn.ufrn.br/noticias/hospitais_universitarios>. Acesso em: 05 de mar. 2010.

PATRÍCIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese (Doutorado em

Filosofia da Saúde/Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

_____. **Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas:** possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. In: PATRÍCIO, Zuleica M.; CASAGRANDE, Jacir L.; ARAUJO, Marízia F. (Org.) *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: PCA, 1999.

PIRES, D.; Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, C. A. C. **Impacto da gestão participativa por objectivos na gestão da Qualidade.** Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade). Universidade Aberta. Portugal, Lisboa, 2010. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1447/1>>. Acesso em 21 de jan. de 2016.

PUZIN, D. The proper function of hospitals within health systems. In: Institute for Health Policy Studies (IEPS), 1994, Paris. **Report.** Geneva: World Health Organization (WHO), 1996.

RAPOSO, V. M. R. **Governança hospitalar:** Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. Dissertação (Mestrado em Gestão e Organização dos Serviços de Saúde). Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Portugal, Coimbra, 2007. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/7467>>. Acesso em 30 de jan. de 2016.

REGO, F. G. T. **Tratado de Comunicação Organizacional e Política.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

REIS, C. M. S. **Modelos de gestão hospitalar:** análise comparativa. Dissertação (Mestrado em Gestão e Organização dos Serviços de Saúde). Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Portugal, Coimbra, 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18151>>. Acesso em 20 de fev. de 2016.

RENATA, L. **O hospital.** Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAaz8EAB/hospital>>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

SANTOS, R. A. S.; SOUZA, C. C. F.; ROCHA, R. A. *et. al.* A gestão de uma organização pública: rotinas e desafios de um gerente. **XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção.** Rio de Janeiro, outubro de 2008.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal:** algumas considerações. Disponível em: <http://www.fss.org.br/texto_view.php?id=5>. Acesso em: 15 de mar. 2010.

SENHORAS, E. M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan./jun., 2007.

SILVA; L. S.; SILVA, P. C. **Análise do processo de acreditação hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Maceió**. Monografia. Centro de Estudos Superiores de Maceió. Pós- Graduação em Gestão de Organizações de Saúde, 2008.

SIQUEIRA, M. M. M e cols. **Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão**. São Paulo: Artmed, 2008.

TAVARES, M. **Comunicação empresarial e planos de comunicação**. São Paulo: Atlas, 2007.

TEIXEIRA, R. **Breve reflexão sobre a história e o sentido atual dos hospitais na sociedade**. Disponível em: http://www.hportugues.com.br/noticias/outras_edicoes/folder.2005-02-03.5303048370/docimagebig.2005-01-07.3844893676>. Acesso em: 25 de abr. 2010.

TOMASI, C.; MEDEIROS, J. B. **Comunicação Empresarial**. São Paulo: Atlas, 2007.

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

_____. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.

VENDEMIATTI, M. *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl.1): p.1301-1314, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VIEIRA, M. M. F; ZOUAIN, D. M. (Org.). **Pesquisa qualitativa em administração**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

YUKL, G. **Leadership in organizations**. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2005.

ZIKMUND, W. G. **Princípios da pesquisa de marketing**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ZOBOLI, E. **Ética e administração hospitalar**. São Paulo: Loyola, 2002.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HUPAA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo a pesquisadora **SIMONE DA SILVA OLIVEIRA** a ter acesso ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL), objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com o título **A INFLUÊNCIA DO MÉDICO-GESTOR NA GESTÃO HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO** (projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins de coleta de dados para sua dissertação de mestrado, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 196/96, itens III.1 "a" e IV.1."g", a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado à pesquisa.

Maceió, 20 de maio de 2014

 _____ Aluno(a)	 _____ Orientador(a)
Prof. Fernando A. M. Guimarães Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão HUPAA/UFAL Fernando Antônio M. Guimarães Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUPAA/UFAL	

Direção de Ensino
Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins - CEP: 57072-900 - Maceió/Alagoas
Telefone: XX (82) 3202-3719/ 9307-7757 E-mail: ensinohu@gmail.com Home Page: www.hu.ufal.br

ANEXO B – IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DA PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

NOME DO ORIENTADOR / PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antonio Augusto Costa e Prof. Dr. Carlos André Silva Carneiro	
CONTATO (TELEFONE / E-MAIL): carneiro@feac.ufal.br; e aaugusto@ulusofona.pt	
NOME DO ESTUDANTE: Simone da Silva Oliveira	
CONTATO (TELEFONE / E-MAIL): (82) 8703-9184 e (82) 9971-9293	
NOME DA PESQUISA: A influência do médico-gestor na gestão hospitalar: estudo de caso em um hospital universitário	
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Gestão em unidades hospitalares	
TEMPO PREVISTO DE EXECUÇÃO: Previsão de 150 dias	
GRADUAÇÃO: Administração de Empresas	
OBJETIVO DO PROJETO: Analisar as ações e percepções dos médicos, no tocante ao nível de influência que essa categoria profissional possui na gestão de um hospital universitário.	
JUSTIFICATIVA: Verificar como se dá a gestão hospitalar atualmente em um hospital universitário, uma vez que ela é tida como um importante instrumento de auxílio à comunidade, que somente se fará eficiente, eficaz, adequado e competente, se os gestores hospitalares estiverem conscientes das atividades que desenvolvem e das que devem desenvolver para o pleno atingimento dos objetivos sociais e comunitários das organizações que dirigem.	
TIPO DE PRODUÇÃO TECNO-CIENTÍFICA: (X) Dissertação de Mestrado () Tese de Doutorado () Projeto de TCC	
ORÇAMENTO IDENTIFICANDO FONTE FINANCIADORA: (X) Financiado com recursos próprios () Financiado por agência pública de fomento nacional () Financiado por agência pública de fomento internacional () Financiado por indústria farmacêutica	
TIPOS DE PESQUISA: () Pesquisa em inovação tecnológica em saúde () Pesquisa clínica () Pesquisa básica (X) Pesquisa operacional () Pesquisa de interesse das políticas públicas de saúde	
PARECER DA DIREÇÃO DO HU: <i>De acordo</i>	

Assinatura de A. M. Guimarães
 Pró-Reitor de Ensino, Pesquisa e Extensão
 UFAL

Data: 20 / 05 / 2014

ANEXO C – ESCALA DE COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL

80 Mirlene Maria Matias Siqueira & cols.

Escala de comprometimento organizacional normativo – ECON

A seguir são apresentadas frases relativas à empresa onde você trabalha. **Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma delas.** Dê suas respostas anotando, nos parênteses que antecedem cada frase, aquele número (de 1 a 5) que melhor representa sua resposta.

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo
- 3 = Nem concordo nem discordo
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo totalmente

- () Continuar trabalhando nesta empresa é uma forma de retribuir o que ela já fez por mim.
- () É minha obrigação continuar trabalhando para esta empresa.
- () Eu seria injusto com esta empresa se pedisse demissão agora e fosse trabalhar para outra.
- () Neste momento esta empresa precisa dos meus serviços.
- () Seria desonesto de minha parte ir trabalhar para outra empresa agora.
- () É a gratidão por esta empresa que me mantém ligado a ela.
- () Esta empresa já fez muito por mim no passado.

Escala de bases do comprometimento organizacional – EBACO

Levando em conta o seu sentimento, responda as afirmativas abaixo de acordo com a escala a seguir:

Discordo			Concordo		
1 Discordo totalmente	2 Discordo muito	3 Discordo pouco	4 Concordo pouco	5 Concordo muito	6 Concordo totalmente

- 1. Desde que me juntei a esta organização, meus valores pessoais e os da organização têm se tornado mais similares.
- 2. A razão de eu preferir esta organização em relação a outras é por causa do que ela simboliza, de seus valores.

(Continua)

Medidas do comportamento organizacional

81

(Continuação)

- 3. Eu me identifico com a filosofia desta organização.
- 4. Eu acredito nos valores e objetivos desta organização.
- 5. Eu não deixaria minha organização agora porque eu tenho uma obrigação moral com as pessoas daqui.
- 6. Mesmo se fosse vantagem para mim, eu sinto que não seria certo deixar minha organização agora.
- 7. Eu me sentiria culpado se deixasse minha organização agora.
- 8. Acredito que não seria certo deixar minha organização porque tenho uma obrigação moral em permanecer aqui.
- 9. Todo empregado deve buscar atingir os objetivos da empresa.
- 10. Eu tenho obrigação em desempenhar bem minha função na empresa.
- 11. O bom empregado deve se esforçar para que a empresa tenha os melhores resultados possíveis.
- 12. O empregado tem a obrigação de sempre cumprir suas tarefas.
- 13. Nesta empresa, eu sinto que faço parte do grupo.
- 14. Sou reconhecido por todos na empresa como um membro do grupo.
- 15. Sinto que meus colegas me consideram como membro da equipe de trabalho.
- 16. Fazer parte do grupo é o que me leva a lutar por esta empresa.
- 17. Se eu já não tivesse dado tanto de mim nesta organização, eu poderia considerar trabalhar em outro lugar.
- 18. A menos que eu seja recompensado de alguma maneira, eu não vejo razões para despendar esforços extras em benefício desta organização.
- 19. Minha visão pessoal sobre esta organização é diferente daquela que eu expresso publicamente.
- 20. Apesar dos esforços que já realizei, não vejo oportunidades para mim nesta empresa.
- 21. Procuro não transgredir as regras aqui, pois assim sempre mantereí meu emprego.
- 22. Na situação atual, ficar com minha organização é na realidade uma necessidade tanto quanto um desejo.
- 23. Para conseguir ser recompensado aqui é necessário expressar a atitude certa.
- 24. Farei sempre o possível em meu trabalho para me manter neste emprego.
- 25. Se eu decidisse deixar minha organização agora, minha vida ficaria bastante desestruturada.
- 26. Eu acho que teria poucas alternativas se deixasse esta organização.
- 27. Uma das conseqüências negativas de deixar esta organização seria a escassez de alternativas imediatas de trabalho.
- 28. Não deixaria este emprego agora devido à falta de oportunidades de trabalho.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS QUE EXERCEM ATIVIDADES NO HUPAA.



A INFLUÊNCIA DO MÉDICO GESTOR NA GESTÃO HOSPITALAR

Estamos realizando uma pesquisa sobre a influência do médico gestor na gestão hospitalar. A sua contribuição será muito importante e bem-vinda, pois, nos auxiliará ao desenvolvimento de estudos com vistas a melhorias na gestão desta organização.

PERFIL DO MÉDICO			
1. Idade:	2. Sexo: () F () M	3. Setor de trabalho no HUPAA:	4. Função:
5. Tempo de serviço no HUPAA: () Menos de 1 ano () De 1 à 5 anos () De 6 à 10 anos () De 11 à 15 anos () Mais de 15 anos		6. Há quanto tempo exerce cargo de chefia? () Menos de 1 ano () De 1 à 5 anos () De 6 à 10 anos () De 11 à 15 anos () Mais de 15 anos	
7. Em que(quais) área(s) atua no momento? () Público () Privado () Ambos		8. É proprietário ou sócio de clínica ou qualquer outro estabelecimento de saúde? () Sim () Não	
9. Possui algum negócio que não seja na área de saúde? () Sim () Não			
10. Quantos locais de trabalho fora do HUPAA?			

Identificar a percepção médica com relação às competências necessárias para a gestão de um hospital público de ensino.

Atribua valores de 1 a 5 em todas as habilidades abaixo relacionadas, ou seja, habilidades necessárias a qualquer profissional para exercer o cargo de diretor de um hospital universitário.	
11. () Ter bom relacionamento interpessoal 12. () Ter bom relacionamento político 13. () Ser pós-graduado em gestão hospitalar 14. () Ter formação médica 15. () Ter formação na área de gestão 16. () Ter formação na área de saúde 17. () Ter formação em qualquer área que não seja a de saúde 18. () Ser negociador	19. () Ser autoritário (mandar fazer) 20. () Ter experiência em cargo público 21. () Ser professor universitário 22. () Ter perfil de liderança 23. () Ser comunicativo 24. () Ter experiência no setor privado 25. () Ter bom relacionamento com outras instituições de saúde.

26. O médico é considerado mais qualificado para dirigir um hospital por entender a área fim (de saúde, assistência)?
() Sim () Não

Justifique sua resposta.

Identificar como o médico se vê numa estrutura hospitalar (cliente – fornecedor).

Para as questões abaixo considere:

1 - DISCORDO; 2 – DISCORDO EM PARTE; 3 - INDIFERENTE; 4 – CONCORDO EM PARTE; 5 - CONCORDO.

ITENS	1	2	3	4	5
27. O médico deve prestar serviço aos que precisam de assistência em saúde.					
28. A estrutura hospitalar deve se adaptar as necessidades dos médicos para que ele possa realizar suas atividades de forma eficaz.					
29. O paciente é a pessoa mais importante do hospital.					
30. É atribuição do médico organizar e “tomar conta” de seu serviço.					
31. O médico deve se preocupar apenas em fazer atendimentos e procedimentos médicos.					
32. O médico deve estar sempre atento na realização do procedimento.					
33. O médico deve se preocupar com o custo dos procedimentos que realiza.					
34. A execução da atividade médica deve ser realizada de forma igualitária no setor público e privado.					
35. O médico é a pessoa mais importante do hospital.					
36. O comportamento médico deve ser igual no setor público e privado quanto às normas da instituição.					
37. É dever do médico registrar todos os procedimentos realizados (EX.: formulários específicos do HUPAA).					
38. O processo de tomada de decisão na gestão hospitalar pública prejudica as atividades do médico.					

Identificar como o médico se vê na sua atuação no setor público.

Para as questões abaixo considere:

1 - DISCORDO; 2 – DISCORDO EM PARTE; 3 - INDIFERENTE; 4 – CONCORDO EM PARTE; 5 - CONCORDO.

ITENS	1	2	3	4	5
39. Minha missão é prestar serviço aos que precisam de assistência em saúde na minha especialidade.					
40. Eu me identifico com a filosofia desta organização.					
41. Eu acredito nos valores e objetivos desta organização.					
42. Eu tenho obrigação em desempenhar bem minha função neste hospital.					
43. Apesar dos esforços que já realizei, não vejo oportunidades para mim neste hospital.					
44. É importante o estabelecimento de horários de trabalho.					
45. É importante a descrição de rotinas administrativas e protocolos clínicos.					
46. É importante que o médico conheça e entenda o sistema SUS.					
47. É importante ter boa comunicação com as áreas de apoio do hospital.					

48. Na sua opinião, um hospital é considerado uma empresa? () Sim () Não

Justifique sua resposta:

Identificar como o médico vê sua atuação no setor público e no setor privado (a visão do médico na relação público-privado).

49. A melhor estrutura (física, tecnológica, dentre outros) é no:	() setor público () setor privado () ambos
50. O setor que melhor remunera é:	() setor público () setor privado () ambos
51. A forma de tratamento dos pacientes é mais eficaz:	() setor público () setor privado () ambos
52. Dedico maior parte do tempo:	() setor público () setor privado () ambos
53. Considero maior flexibilidade de horário:	() setor público () setor privado () ambos
54. O processo de comunicação é mais eficiente:	() setor público () setor privado () ambos
55. Acredito que o setor mais eficiente é:	() setor público () setor privado () ambos
56. Vejo que o profissional tem maior dedicação no:	() setor público () setor privado () ambos

Identificar a relação médica com as demais categorias profissionais na estrutura hospitalar.

57. O(a) senhor(a) entende como funciona o processo de aquisição de bens, produtos e serviços do HUPAA?

() Sim () Não Justifique sua resposta:

58. Na sua opinião, qual é o papel de um médico numa organização hospitalar?

59. O(a) senhor(a) entende que o médico é um profissional diferenciado dentro de uma organização hospitalar?

() Sim () Não Justifique sua resposta:

60. Na sua opinião, qual é e como deve ser a relação do médico com a gestão hospitalar?

61. Como o(a) senhor(a) enxerga as áreas de apoio do hospital (EX.: almoxarifado, faturamento, compras, nutrição, psicologia, SAME, serviço social)?
