



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS – UACC
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

JOÃO BOSCO BERNARDINO DE SOUZA JUNIOR

**PRÁTICAS INSTITUCIONALIZADAS NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: UM
OLHAR PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

**SOUSA - PB
2019**

JOÃO BOSCO BERNARDINO DE SOUZA JUNIOR

**PRÁTICAS INSTITUCIONALIZADAS NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: UM
OLHAR PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Administração
do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais
da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial e
obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Me. Orlando Gomes da
Silva

SOUSA - PB
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

S729p

Souza Júnior, João Bosco Bernardino de.

Práticas institucionalizadas na gestão hospitalar pública: um olhar para os hospitais universitários. / João Bosco Bernardino de Souza Júnior. - Sousa: [s.n], 2019.

54 fl.:il. Col.

Monografia (Curso de Graduação em Administração) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2019.

Orientador: Prof. Me. Orlando Gomes da Silva.

1. Hospitais Universitários. 2. Gestão Organizacional. 3. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. 4. Conflitos. 5. Saúde. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 35:614.21

JOÃO BOSCO BERNARDINO DE SOUZA JUNIOR

**PRÁTICAS INSTITUCIONALIZADAS NA GESTÃO HOSPITALAR PÚBLICA: UM
OLHAR PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
Apresentado ao Curso de Administração do
Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial e obrigatório para
obtenção do título de Bacharel em
Administração.

Data de aprovação: 09/07/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Orlando Gomes da Silva
Professor Orientador

Enéas Dantas da Silva Neto
Membro (a) da Banca Examinadora

Janaina Ferreira Marques de Melo
Membro (a) da Banca Examinadora

À memória do meu pai, João Bosco Bernardino de Souza.

No reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer coisa equivalente; mas quando uma coisa está acima de qualquer preço, e portanto, não permite equivalente, então ela tem dignidade.

Immanuel Kant

RESUMO

Os hospitais universitários federais são componentes estratégicos do sistema de saúde e como tal vêm enfrentando desafios constantes para manter a oferta de serviços de saúde de qualidade. Nessa perspectiva, buscou-se identificar as práticas e a organização presentes na estrutura dos hospitais universitários a luz da teoria neo-institucional frente as situações cotidianas do sistema de saúde pública. Para tanto, a metodologia utilizada foi construída de acordo com os parâmetros estabelecidos para uma pesquisa de fins exploratórios, posto a pouca abordagem dos aspectos relevantes ao tema, principalmente a avaliação da divergência observada entre as práticas profissionais normatizadas e as institucionalizadas nos hospitais públicos. Paralelamente, se tentou demonstrar que houveram mudanças significativas na gestão dos hospitais universitários com a chegada da EBSERH, mas que ainda há muito o que se fazer, uma vez que ainda é perceptível a necessidade da atuação conjunta com os outros níveis de atendimento à saúde, principalmente quando relacionado a atuação das equipes de atenção básica. Também se buscou mostrar a necessidade de contratação e revisão dos vínculos empregatícios dos profissionais que atuam nos hospitais, uma vez que esse é um problema antigo e que afeta diretamente a qualidade dos serviços oferecidos nas unidades hospitalares. Ademais, também mostrou-se que os conflitos existentes entre gestão e profissionais prestadores de serviço se apresentam como entraves a implementação e atuação plena das novas atividades de gestão apresentadas pela EBSERH aos hospitais. Os resultados revelam que, na implementação do modelo de gestão da EBSERH, a recomposição da força de trabalho, a adequação dos antigos profissionais, a ruptura do *status quo*, e o dimensionamento das demandas se apresentaram como problemas importantes a serem solucionados.

Palavras – chave: Hospitais universitários. Gestão organizacional. EBSERH. Conflitos. Saúde.

ABSTRACT

Federal university hospitals are strategic components of the health system and as such have faced constant challenges to maintain the provision of quality health services. From this perspective, we sought to identify the practices and organization present in the structure of university hospitals in light of the neo-institutional theory regarding the daily situations of the public health system. In order to do so, the methodology used was constructed according to the parameters established for an exploratory research, with a low focus on aspects relevant to the theme, mainly the evaluation of the divergence observed between normative and institutionalized professional practices in public hospitals. At the same time, it was tried to demonstrate that there were significant changes in the management of university hospitals with the arrival of EBSEH, but there is still much to do, since it is still noticeable the need to work together with other levels of health care, especially when related to the performance of the primary care teams. It was also sought to show the need for contracting and reviewing the employment relationships of the professionals working in hospitals, since this is an old problem and that directly affects the quality of the services offered in the hospital units. In addition, it has also been shown that the existing conflicts between management and professional service providers present as obstacles the implementation and full performance of the new management activities presented by EBSEH to the hospitals. The results show that, in the implementation of the EBSEH management model, the workforce recomposition, the adequacy of the old professionals, the rupture of the status quo, and the dimensioning of the demands were presented as important problems to be solved.

Keywords: University Hospitals. Organizational management. EBSEH. Conflicts. Cheers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - IFES com hospitais universitários federais.....	34
Figura 2 - Gerência de Atenção à Saúde de Hospital de Pequeno Porte.....	35
Figura 3 - Gerência de atenção à saúde de Hospital de Médio Porte	36
Figura 4 - Gerência de atenção à saúde de Hospital de Grande Porte	37
Figura 5 - Gerência de atenção à saúde de Hospital Especializado e Maternidade.	38
Figura 6 - Configuração típica do pronto-socorro	41
Figura 7 - Classificação de cores a partir do Protocolo de Manchester.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Esquematização dos dados sobre o índice de atendimentos dos serviços de saúde.....	44
Tabela 2 - Esquematização dos dados sobre a equipe profissional de hospitais gerenciados pela EBSEH	45
Tabela 3 - Esquematização sobre o regime de vínculos empregatícios na empresa EBSEH.....	46
Tabela 4 - Esquematização dos dados sobre a estrutura organizacional da administração de hospitais da EBSEH	47

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.3 JUSTIFICATIVA	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS	12
2.2 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	21
2.2.2 Sistema suplementar de saúde	24
2.3 ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E EBSEERH	26
2.3.1 Organização setorial	26
2.3.2 Práticas comuns de administração hospitalar	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE PESQUISA	32
3.2 PROCESSOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 ESTRUTURAS, NORMATIVOS E PROTOCOLOS QUE NORTEIAM AS ATIVIDADES DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	34
4.1.1 Estruturas Propostas para as Gerências de Atenção à Saúde pela EBSEERH	35
4.2 O PRONTO ATENDIMENTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	40
4.3 CONFRONTO ENTRE AS PRÁTICAS NORMATIZADAS E AS INSTITUCIONALIZADAS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

INTRODUÇÃO

O presente trabalho configura-se como uma monografia, sendo esta uma das modalidades de TC previstas no manual de trabalho de curso no bacharelado em Administração da UFCG - CCJS - UACC. De início cabe salientar conforme o referido manual, que uma monografia no ambiente organizacional do curso de administração no Campus da UFCG mencionado, ou seja, em Sousa - PB “é um trabalho [científico] mais simples, não exige do estudante avanços nem contribuições significativas de cunho científico” (OLIVERA; SILVA; ALVES, 2015).

Nos estudos organizacionais que advêm da teoria institucional, notadamente na vertente do novo institucionalismo sociológico (MEYER; ROWAN, 1977), uma das explicações para o modo como as práticas se assentam e se mantêm em andamento numa organização ou em um determinado campo organizacional se dá por meio de uma realidade socialmente construída e aceita pelos atores sociais.

No que diz respeito a gestão hospitalar, é importante entender que existem diferentes pontos de vista e interesses que se encontram em dois polos distintos, não se limitando a critérios apenas técnicos, mas também de caráter ideológico. Isso porque, um dos polos está ligado a ideologia de mercado, que defende a privatização do modelo de gestão hospitalar como solução para os problemas vividos no setor; o outro polo entende a saúde como um bem público, uma vez que a gestão hospitalar deve estar conectada a uma rede de atenção à saúde e seus seguidores preconizam que as mudanças necessárias no setor devem ocorrer dentro do SUS (WEBER; GRISCI, 2010).

No caso dos hospitais universitários, Barros (2013) teoriza uma cultura de aversão a mudanças advindas do ambiente externo. Além disso, de acordo com Lima (2004 apud BARROS, 2013), a discussão e a pressão para mudanças nos hospitais públicos têm uma conotação extremamente complexa em função das suas diversidades de atuação, projetos e atores envolvidos.

Dessa forma, investigar o que está institucionalizado nas diferentes práticas de gestão nos campos organizacionais pode constituir-se como um diagnóstico de identificação de critérios de ajustes em processos, levando a uma caracterização que sirva como base para tomada de decisões sobre aspectos relevantes a serem aprofundados em aspectos específicos da gestão hospitalar pública.

Nesse contexto, o presente estudo foi orientado pela seguinte questão norteadora: O que se pode observar como aspectos de possível institucionalização de práticas nos hospitais universitários públicos?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Discutir aspectos de possível institucionalização de práticas nos hospitais universitários públicos.

Objetivos Específicos

- a) Caracterizar as estruturas, normativos e protocolos que norteiam as atividades dos hospitais universitários;
- b) Destacar o pronto atendimento nos hospitais universitários;
- c) Confrontar as práticas normatizadas e as institucionalizadas nos hospitais universitários públicos.

1.3 JUSTIFICATIVA

Dada a essencialidade do serviço hospitalar à sociedade, e deste ato laboral para atender as expectativas de uma assistência à saúde de qualidade, além da necessidade crescente do melhoramento das práticas de gestão, esta pesquisa justifica-se pela contribuição teórica e empírica que pode agregar aos estudos sobre como funcionam as práticas de gestão nos hospitais universitários públicos brasileiros, assim como o modo pelo qual as práticas se institucionalizam dentro dessas instituições.

Do ponto de vista da contribuição à sociedade, esta pesquisa fornece uma visão de como as práticas de gestão hospitalar podem ser melhoradas e quais os possíveis impactos para os usuários dos serviços de saúde e profissionais que atuam na prestação de atividades hospitalares.

No que diz respeito a contribuição à academia, o presente trabalho aponta características das atuais práticas de gestão nos hospitais públicos do Brasil, a partir de uma visão neo-institucionalista das práticas de gestão e dos conflitos presentes dentro dessas organizações, podendo, assim, incentivar o desenvolvimento de outras pesquisas que se interessem em investigar o mesmo tema ou perspectivas as quais o conteúdo produzido seja útil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS

De acordo com a orientação para redação deste trabalho começa-se por dizer que a questão da institucionalização, de compreensão de uma teoria institucional, no nível que se encontra o presente trabalho monográfico, apresenta-se como uma versão simplificada. O que se entende é que a complexidade de tal teoria requer um esforço estrutural de articulação de referências, coisa que não foi realizada aqui, por causa das possibilidades no nível e na situação particular de iniciação científica para um bacharelado em Administração. De acordo com a orientação recebida, tem-se aqui um pouco mais que um fichamento de dois autores relevantes, no caso Motta e Vasconcelos (2006), nos quais encontram-se sintetizadas as informações pertinentes sobre o assunto com a destacada qualidade. Por isso a repetição sequencial a seguir, nesta subseção, das chamadas de citação a esses autores.

A teoria institucional, em sua nova vertente, conhecida como neo-institucionalismo, deriva-se dos estudos organizacionais advindos do conceito de institucionalização e tem seus fundamentos iniciais com Selznick. Algo institucionalizado é algo que determinado grupo social adota como correto e toma-se o “verdadeiro”, aceito “naturalmente para os membros desse grupo social, inspirando suas ações e práticas sociais” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006. p. 382).

A teoria institucional se coloca como uma inovação na relação entre a Administração e o conceito de meio ambiente. Segundo Motta e Vasconcelos (2006, p. 368) meio ambiente, de modo tradicional, “é uma denominação atribuída ao conjunto de forças externas que influenciam o modo pelo qual as organizações funcionam e obtêm recursos”. Já para a abordagem institucional, o ambiente é visto como um “setor social formado por organizações que oferecem produtos e serviços semelhantes, porém interagem estipulando regras de funcionamento às quais as organizações do setor devem se conformar para obter legitimidade e sobreviverem” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006, p. 368). Segundo Carvalho e Vieira (2003, pág. 26), o “ambiente é considerado um fator cujas influências nas estruturas organizacionais determinam algumas das características das organizações”.

O processo de institucionalização, segundo Berger e Luckman (apud MOTTA e VASCONCELOS, 2006), se dá a partir de três momentos distintos. Primeiro ocorre

a externalização, que se trata de perceber o ato de nossas ações nos outros atores sociais e no ambiente no qual estamos inseridos; depois tem-se a objetivação da realidade, processo pelo qual os atores sociais constroem uma percepção imutável e intangível da organização por meio de um elemento objetivo; e, por fim, ocorre o processo de internalização, no qual constrói-se uma estrutura subjetiva de organização embasada nas estruturas cognitivas, regras, valores e modelos produzidos pelo grupo social.

Numa mesma organização existirão confrontos entre as várias formas de percepção dos vários grupos de atores sociais e estruturas subjetivas envolvidas (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Assim como no setor público, “as organizações oferecem um conjunto de papéis e interesses entre diferentes grupos e indivíduos e, portanto, oferecem o poder para obter resultados e implementar mudanças do interesse de quem o manipula” (SALDANHA, 2006, pág. 7).

A partir dos embates ocorridos nas organizações, alguns grupos conseguirão impor suas soluções para determinado problema, buscando também influenciar os demais. Deste modo, os diversos grupos sociais que formam as organizações construirão o ambiente por meio da produção de símbolos e modelos cognitivos e normativos.

O mesmo se aplica a grupos de organizações, visto que estas buscarão se influenciarem mutuamente, gerando também modelos e símbolos que predominarão em determinados setores sociais no processo de institucionalização, caracterizando assim uma percepção de legitimidade que influenciará as ações dos demais, além de tornarem-se padrões de qualidade a serem seguidos a partir da criação e propagação dos seus símbolos, gerando os mitos e modelos que influenciam as ações de indivíduos e organizações.

De acordo com Saldanha (2006), o poder exercido pelos grupos de interesse encontra-se dentro de uma disputa organizacional e não há garantias de que os grupos que lidam com esse poder o utilizarão de forma justa e inteligente. “A gestão pública sugere que os objetivos, estrutura e políticas organizacionais emergem de um processo contínuo de negociação entre os vários grupos de interesse” (SALDANHA. 2006. p. 6).

As organizações, segundo o neo-institucionalismo (SCOTT apud MOTTA; VASCONCELOS, 2006), não adotam os seus modelos e formas de representação

de modo aleatório ou por influências modistas, mas sim em virtude da legitimidade, adquirida por meio do reconhecimento e dos recursos, o que permite o aumento da capacidade de sobrevivência dos atores sociais e organizacionais.

Percebe-se também que o nível de influência exercido pelo modelo vigente sobre os atores sociais é diretamente proporcional ao nível de adesão desses atores. O desenvolvimento do modelo ocorrerá a partir de uma relação dialética, posto que os atores sociais e as organizações, que também podem ser consideradas atores sociais desde a perspectiva funcionalista (PARSONS apud MOTTA,VASCONCELOS, 2006), ao interpretarem a norma imposta, agirão no mundo social, gerando um feedback para o desenvolvimento do modelo.

O neo-institucionalismo, segundo Motta e Vasconcelos (2006), considera as associações profissionais, as corporações e o Estado como atores importantes na criação e moldagem das organizações e propõe que “com base na estratégia definida pelos dirigentes, [as organizações] adotam modelos normativos e estruturais por meio de quatro formas de institucionalização: a coerção, a normalização, a indução e o mimetismo organizacional”(MOTTA; VASCONCELOS, 2006, p. 385). O resultado final da incorporação dos modelos que acabam por determinar setores da sociedade estão inseridos num processo maior de mimetismo exercido pelas organizações, chamado por alguns autores de isomorfismo. Trata-se de uma tendência na qual as organizações de um mesmo setor acabarão por desenvolverem estruturas, regras, modelos cognitivos e tecnologias muito similares umas das outras, tendendo a um processo de homogeneização.

A coerção trata da imposição de modelos por meio da força, mesmo que ou de modo legitimado, como é o caso do Estado. Este é o único, em seu papel de entidade máxima, que detém um poder extremamente amplo e que pode influenciar o curso de toda uma sociedade a partir da imposição de modelos cognitivos e normativos (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).As “forças coercitivas do ambiente, como regulação governamental ou expectativas culturais, podem impor dada padronização às organizações” (SOBRAL, PECL, pág. 87, 2013). Esse tipo de aplicação do modelo neo-institucionalista por meio de modelos coercitivos é bastante perceptível no Brasil.

De acordo com Motta e Vasconcelos (2006, p. 386):

No Brasil, formas de institucionalização coercitivas favorecem práticas administrativas e culturais caracterizadas pelo excessivo formalismo, produzindo uma legislação pouco adaptada à nossa realidade. Essa inadaptação das leis e regras às necessidades concretas da vida cotidiana bem como o individualismo predominante em nossa cultura explicam o famoso jeitinho brasileiro.

Portanto, as práticas sociais e modelos cognitivos sofrem forte influência da forma de institucionalização, especialmente por parte dos entes governamentais, que por sua vez influenciam as entidades locais.

Ao contrário do modelo coercitivo, o modelo de normalização ou autorização, mecanismo institucional que legitima ou autoriza as estruturas organizacionais validando-as ou não por meio de uma entidade supra-organizacional, não pode ser imposto. Isso porque serão as organizações que decidirão se irão ou não incorporá-lo.

É importante salientar também que essas entidades têm caráter supra-organizacional por terem seu poder dado pelas organizações de um dado setor produtivo. Conseqüentemente, estas também exercerão papel de legitimá-las ou não.

Os principais benefícios dados pela entidade supra-organizacional são: o uso de uma marca que simboliza prestígio ou diferenciação pós-auditoria, tomar-se fornecedor de um grupo de empresas, participar de determinadas concorrências, entre outros. Como exemplos, pode-se citar as normas ISO 9000 e ISO 14000, grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para as organizações em geral e grupo de normas que determinam diretrizes que garantiram que determinada empresa, seja pública ou privada, pratiquem a gestão ambiental (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Para Motta e Vasconcelos (2006), o processo de incorporação dos modelos de normalização pode ocorrer de forma cerimonial, ou seja, de aparência, não de fato. Isso ocorre quando as organizações não aplicam de forma instrumental as prescrições das entidades supra-organizacionais. Contudo, mesmo adotadas de maneira superficial, encontram nos modelos uma vantagem competitiva e recompensas, mesmo que muitas vezes suas atividades organizacionais estejam desalinhadas das regras e modelos.

Em algumas situações os agentes econômicos de determinado setor não detêm autoridade coercitiva ou autorização que os permitam impor seus modelos e

normas. Diante disso, se utilizam de variados tipos de incentivos financeiros indiretos para induzir as organizações a seguirem suas proposições. Nesses casos, é comum que o agente financeiro especifique condições que tornarão as organizações aptas ao recebimento dos incentivos, assim como essas terão que provar estarem em conformidade com o que foi condicionado pelo primeiro (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Sobre o entendimento de Motta e Vasconcelos (2006, pág. 389), “quando a empresa se inspira em outra organização e incorpora o modelo desta, adaptando-o às suas necessidades, esse fenômeno é chamado, pelos autores, de mimetismo organizacional”.

Por se tratar de uma mudança que parte dos próprios dirigentes da organização, esta acaba por ter implicações mais profundas. Isso ocorre principalmente quando a organização deseja implantar modelos organizacionais e produtivos mais eficientes, onde para tanto buscam se espelhar em modelos considerados superiores. “Em comparação às mudanças impostas ou induzidas, as mudanças adquiridas são menos superficiais. Os líderes da organização envolvida estão, nesse caso, mais implicados nesse processo de mudança que do modo habitual” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006, pág. 389). Para Sobral e Peci (pág. 87, 2013), “o isomorfismo organizacional é a razão determinante da semelhança existente entre as formas organizacionais”.

Como teoria, o neo-institucionalismo se mostra esclarecedora por ajudar a compreender as atuais mudanças, deixando claro que as organizações não aderem a modelos, ferramentas e estruturas por serem vistos como melhores ou mais eficientes, mas sim porque é necessária a adoção desses para que a organização adquira legitimidade por parte dos formadores de opinião da área. Assim como, a organização que fugir dessa implantação de modelos poderá ser vista como ultrapassada, podendo perder mercado (MOTTA; VASCONCELOS, 2006). É importante destacarmos que algumas consequências como de coupling (separação entre teoria e prática), overlooking (fazer vistas grossas) e o maintenanceofface (manter as aparências) são possíveis resultados desse processo.

“As organizações não funcionam na prática como está descrito em suas regras, modelos formais e organogramas” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006, pág. 389). Para estes autores, para se obter legitimidade do meio no qual a organização está inserida se faz necessário, mesmo de forma superficial ou cerimonial, aderir aos

modismos vigentes, ainda quando não se adéquam às reais necessidades do grupo social, interesses concretos e jogos de poder que compõe a organização. Não obstante, também há casos onde esses modelos acabam por atender as reais demandas da organização, sendo assim parcialmente incorporados, a depender do modo de institucionalização e do nível de adesão dos atores sociais. Logo, fica clara uma separação entre teoria e prática.

De acordo com Motta e Vasconcelos (2006), o ato de fazer vistas grossas é uma consequência da condição anterior, posto que os chefes e executivos das organizações têm consciência dessa separação e acabam por tolerar certas infrações as regras, abrindo mão de ferramentas de controle por meio da política de ignorar a infração à regra. Assim, deixam um espaço para que os subordinados adaptem às regras vigentes na organização as suas necessidades concretas de ambas as partes. Pode-se citar como razões para esse tipo de prática o fato de que um sistema organizacional não funciona quando segue de modo estrito e rigoroso as regras burocráticas, posto que sem uma mínima flexibilidade o sistema acaba ficando paralisado. Além disso, há um alto custo na utilização de mecanismos de vigilância e controle burocrático, como monitorar o cumprimento de regras o tempo todo, requerendo uma estrutura organizacional pesada, além de um maior número de supervisores para um menor número de subordinados. O produto desses posicionamentos pode variar entre uma resistência a mudança, reações ofensivas e não-colaboração com os objetivos organizacionais.

Para Motta e Vasconcelos (2006), o não cumprimento de regras e determinados erros tendem a ser explicitados por meio de auditorias e sistemas de controle oficiais, e por essarazão as organizações buscam evitá-los por meio de uma estratégia que consiste em manter as aparências. Trata-se da cerimonialização de controles e inspeções, onde atores sociais desconsiderarão os possíveis erros e transgressões observados buscando não abalar o equilíbrio organizacional. Com isso, “mantêm-se as aparências dentro de certos limites a fim de garantir a estabilidade do grupo organizacional, evitando conflitos e rupturas desnecessárias” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006, pág. 390). Comumente essa tolerância só existirá se houver certo nível de comprometimento do grupo social com eficiência e sobrevivência da organização, posto que abusos excessivos não são toleráveis, tendo em vista que abalaria a lógica da confiança. Estes últimos são vistos como os alicerces do sistema, logo, precisam ser mantidos.

O grau de institucionalização dos modelos e regras que se encontram em dado ambiente organizacional é diretamente proporcional ao nível de cerimonialização dos procedimentos vigentes. Logo, sistemas que se mostram muito burocratizados e formalizados possuirão um alto grau de cerimonialização desses procedimentos. Entretanto, o ato de evitar denúncias oficiais e fazer vistas grossas a determinados erros não são vistos como uma fraude ao sistema, nem como um ato de má-fé (MEYER; ROWAN, 1991 apud MOTTA; VASCOCELOS, 2006). Desse modo, busca-se criar um sistema flexível que funcione o máximo possível, onde tanto os dirigentes como os atores organizacionais desenvolvam certo grau de tolerância aos infortúnios que venham a surgir e que ambos se desdobrem sempre que necessário, no intuito de manter o sistema organizacional funcionando.

“Para o neo-institucionalismo, é o grau de conformidade das organizações aos modelos institucionalizados no setor, independente de quais sejam esses modelos, que garante sua sobrevivência” (MOTTA; VASCONCELOS, 2006. pág. 392). Os estudos neo-institucionalistas buscam analisar os processos de produção institucional dos imaginários simbólicos que vigoram em determinado setor. Para entender como ocorrem esses processos, alguns autores buscam referências nos trabalhos produzidos pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu, que defende que é no campo político que se adquire esses símbolos, que recebe o nome de habitus. Ainda de acordo com esse autor, o campo político é composto de forças que por meio da manipulação simbólica competem entre si pelo capital social, sendo este visto como os contatos sociais existentes entre os poderes.

Logo, a principal fonte de poder dentro de um determinado campo é o monopólio da produção de significados sociais, posto que este fornecerá os modelos que deverão ser adotados pelos demais grupos sociais e organizações (BOURDIEU, 1989, apud MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Entretanto, para Sobral e Peci (2013), tem-se os campos organizacionais, que trata-se de uma área reconhecida da vida institucional e que são formados em sua totalidade por organizações (fornecedores, consumidores, agências reguladoras, entre outras). É importante destacar que a adoção de modelos institucionalizados também está ligada ao conservadorismo no processo de decisão das organizações.

Segundo Motta e Vasconcelos (2006), a adoção de modelos e ferramentas legitimados externamente por outras organizações é vista com bons olhos por clientes e acionistas, além de garantir maior respaldo e segurança as decisões dos

dirigentes, visto que estes, em caso de fracasso, poderão alegar que suas decisões estavam baseadas nos modelos aceitos pela maioria das organizações do setor, assim como os dirigentes estarão sujeitos a um maior risco de fracasso caso optem por tecnologias e formas de organização alternativas, tendo em vista o fato de que suas decisões não estavam alinhadas aos mitos institucionalizados no ambiente.

Ao analisar os trabalhos de Carvalho e Vieira (2003), que tomaram por base as produções de Chanlat, vemos que esses defendem que o enfoque institucional se desenvolveu a partir de três orientações (econômica, política e sociológica), baseando-se em conceitos como institucionalização, normas, mitos e legitimidade.

A orientação econômica tem como foco de análise as transações econômicas, que por sua vez respondem pela definição dos mercados, das hierarquias e das formas híbridas das organizações, assim como sistemas normativos e de governo que são criados com intuito de regular e dirigir os intercâmbios na economia. Para a orientação política, o foco se encontra na autonomia relativa das instituições políticas diante da sociedade, a dinâmica complexa dos sistemas políticos vigentes junto com os símbolos, cerimônias, rituais, relatos e dramatizações e como esses geram uma interpretação coerente para a vida política da sociedade contemporânea. Por último, a orientação sociológica trata do caráter variável das bases da ordem social.

É importante destacar que em dado momento a perspectiva institucional deixa de lado a percepção de que um ambiente é exclusivamente formado por recursos econômicos, materiais e humanos e coloca em destaque os elementos culturais (valores, símbolos, mitos, sistemas de crenças entre outros). Essa afirmação fica clara quando as organizações deixam de concorrer entre si por recursos e clientes e passam a buscar a legitimidade institucional e aceitação do ambiente. É neste momento que o Estado toma o lugar do mercado como motor da racionalização e da burocratização, e a cultura é alçada a uma posição determinante na formação da realidade organizacional por meio da disseminação de procedimentos cotidianos e da conformidade e persistência de valores culturais (CARVALHO; VIEIRA, 2003).

Como o tema principal dessa pesquisa se encontra na orientação sociológica do neoinstitucionalismo, é necessário constatar as diferenças significativas que se encontram nos conceitos de instituição e de processo de institucionalização. Sua causa central está no destaque atribuído aos elementos institucionais que vão separar a perspectiva em três pilares: regulador, normativo e cognitivo. Estes

elementos estão relacionados as formas de institucionalização apresentadas anteriormente. Os elementos reguladores concentram seu foco na fixação de normas, ações de sanções e coerção. Salienta-se ainda que esse elemento se enquadra mais a uma realidade organizacional mais convencional e se afasta de organizações como universidades, hospitais ou instituições sem fins lucrativos (CARVALHO; VIEIRA, 2003).

Quanto aos elementos normativos, estes evidenciam os valores e as normas como sendo o principal foco de estudo dos primeiros investigadores institucionalistas, como Parsons, Durkheim e Selznick.

O pilar normativo busca entender como as opções estruturais assumidas pelas organizações são produtos das pressões exercidas pelas normas e valores. “O pilar cognitivo considera os indivíduos e as organizações como realidades socialmente construídas, com distintas capacidades e meios para a ação, e objetivos que variam de acordo com seu contexto institucional” (CARVALHO; VIEIRA, pág. 30, 2003).

Sobre o entendimento de Scott (1995, apud Carvalho e Vieira, 2003, pág. 30):

diversas formas culturais (normas e leis, expectativas ou tipificações a interpretação da organização, seja reguladora, normativa ou cognitiva), estruturas sociais (sistema de poder, sistemas de autoridade ou isomorfismo estrutural, segundo a versão) e atividades rotineiras da vida cotidiana da organização (procedimentos padronizados, conformidade ou execução de programas de ação segundo uma versão reguladora, normativa ou cognitiva) reúnem os elementos institucionais que formam uma organização.

Destaca-se que para os teóricos da teoria neo-institucional, não é o mercado ou o poder centralizador do Estado que vão permitir a manutenção das organizações na sociedade, mas sim os mitos que foram institucionalizados, criando e sustentando as diversas formas organizacionais.

2.2 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.2.1 Organização do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Lei orgânica nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A criação desses dispositivos legais marca um novo modelo de gestão, pois descentralizou o modelo político-administrativo, uma vez que a administração das ações e dos serviços passou a ser responsabilidade da União, Estados e municípios, como também atribuiu diversas responsabilidades ao sistema, tais como assistência terapêutica integral, orientação familiar, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras.

O SUS, de acordo com a Lei 8.142/90, possui como princípios norteadores a universalização, a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado, de modo que o acesso aos serviços precisa ser garantido a todos, independente de raça, sexo ou qualquer outra característica social ou pessoal do indivíduo; a equidade, posto que as pessoas têm necessidades distintas e por isso deve-se tratar os desiguais de forma desigual na medida de suas desigualdades; e a integralidade, diante do dever de atender as necessidades da população como um todo, por meio de práticas integradas de prevenção, tratamento e reabilitação.

Segundo Paim e Silva (2010), os princípios acima citados não podem ser compreendidos sem se considerar sua historicidade, pois é a partir das interações entre as diversas estruturas sociais que se delineia o sistema, mesmo que amplamente influenciado pelas relações internacionais, como é o caso dos sistemas de proteção sociais e do sanitarismo.

Para Paim e Silva (2010), o sanitarismo seria a base do modelo de saúde pública atual, uma vez que se preocupava com o controle de doenças que a população não tinha condições de tratar. Além disso, essa ideia surge em meio ao liberalismo econômico vigente no século XIX, que pregava a intervenção direta do Estado não só na economia, mas também em questões que julgasse pertinentes. É

importante frisar que o Brasil só conseguiu incorporar o modelo sanitário no final do século XX.

Para Rozenfeld (2005), as ações sanitárias empreendidas no país até 1988 eram focadas no controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, mas que após o ano de 1990 convertesse em um conjunto de ações com vistas a prevenir, controlar e eliminar os riscos de saúde provenientes de problemas sanitários do meio ambiente.

Paralelamente, em países da Europa surgiam os primeiros sistemas de proteção social, os quais para serem adquiridos precisavam de comprovação por parte do indivíduo, em geral pessoas muito pobres. Esses sistemas seriam as bases para o que hoje temos por seguridade social, surgindo primeiramente na Alemanha a partir de ação conjunta entre Estado, empresários e trabalhador. Nesse modelo, o conceito norteador é o meritocrático, uma vez que o trabalhador precisava exercer algum tipo de atividade remunerada e contribuir em conjunto com os outros dois. Sua ideia central era proteger o trabalhador ou seus familiares em caso de acidente, doença ou morte. Vale salientar que alguns países ainda se utilizam desse modelo que, para Paim e Silva (2010), seria uma cidadania invertida.

No caso do Brasil, o país começa a criar as primeiras instituições de previdência específicas para cada categoria de trabalho, de modo que os seus profissionais possuíam atendimento médico e acesso a determinados tipos de tratamento. Contudo, cabe destacar que indicadores têm mostrado algumas assimetrias no que diz respeito aos princípios do SUS, pois ainda existem desigualdades que se manifestam em virtude da classe social, cor-raça, nível de educação, localidades, entre outros. Além disso, há os casos em que há a necessidade de apelo jurídico por parte dos usuários para que esses possam ter suas necessidades atendidas (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Dentro dos níveis de organização do sistema, segundo a Lei 8.142/90, tem-se a definição de que o Ministério da Saúde atua como gestor nacional, formulando, normatizando, fiscalizando, monitorando e avaliando as ações desenvolvidas por meio de articulação com o Conselho Nacional de Saúde, além de ter organizações como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), enquanto autarquia, e os hospitais federais integrados a sua estrutura, as Secretarias Estaduais de Saúde, que têm por função aprovar e implementar o plano estadual de saúde e dar apoio aos municípios na articulação com o conselho estadual de saúde, e as Secretarias

Municipais de Saúde, que desenvolvem e monitoram as ações e serviços de saúde por meio de articulação com o Conselho Municipal de Saúde.

Quanto aos princípios organizativos do SUS, temos a regionalização e hierarquização das ações. Os serviços prestados pelo sistema devem ser organizados de forma crescente quanto a complexidade do atendimento, respeitando as áreas geográficas, que foram devidamente delimitadas a partir de critérios epidemiológicos, os limites de recursos e as características de cada região; a descentralização e comando único do sistema, com o objetivo da descentralização é compartilhar poder e responsabilidades entre os três níveis de governo, com a finalidade de oferecer serviços de qualidade, além de facilitar o controle e a fiscalização por parte da população, mas não impedindo cada nível de atuar de forma autônoma, respeitando os princípios gerais; e a participação popular, que ocorre principalmente por meio dos conselho e conferências de saúde, possibilitando a participação da comunidade, visando desenvolver estratégias e avaliando a execução das políticas de saúde que se encontram em andamento (BRASIL, s.d.).

De acordo com o portal do Ministério da Saúde (BRASIL, s.d.), a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios possuem responsabilidades bem definidas. Assim, cabe a União a gestão do sistema a nível federal, enquanto maior financiador, uma vez que aplica metade dos recursos gastos pelo país em saúde, salientando que o Ministério cria políticas públicas a nível nacional, entretanto não as aplica, cabendo aos Estados e aos municípios sua execução; os Estados e o Distrito Federal, por meio de ação conjunta com as suas secretarias de saúde devem avaliar e definir de que forma ocorrerá a aplicação dos recursos, tanto próprios como os repassados pela União, bem como a eles compete formular suas próprias políticas públicas a partir da realidade e demanda de cada localidade, sendo assim, é de sua responsabilidade a gestão do SUS em seu nível de governo; e, por fim, aos municípios cabe a realização de suas ações de forma muito similar à dos Estados, com o acréscimo da possibilidade de criação de parcerias entre municípios, objetivando uma maior e melhor cobertura de macrorregiões ou localidades específicas.

Cabe citar que o SUS enfrenta problemas quanto a condução do modelo político-gerencial. Para Paim e Teixeira (2007), é necessário revigorar a alma institucional do sistema, repensando os papéis dos entes que constituem como Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, além das instituições que

estão a ele integradas, como a Anvisa e fundações, uma vez que se faz necessário lógicas mais flexíveis, descentralizadas e ágeis, buscando a pactuação do fins, autonomia dos meios e manutenção de seus princípios.

Não obstante, é importante destacar também como se dá a entrada no SUS, que ocorre por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). De acordo com o portal do Governo Federal (BRASIL b, s.d.), no segmento do Programa Mais Médicos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão na ponta do serviço de saúde pública no Brasil, uma vez que neles são oferecidos serviços como vacinação, pré-natal, diagnósticos clínicos, acompanhamento de doenças crônicas, saúde mental, tratamento de doenças, cuidados à saúde da mulher, da criança, do adulto e do idoso, entrega de medicamentos, além de possuir uma equipe de Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista e auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde, sendo assim a portal preferencial de entrada no SUS de modo que, caso a demanda do usuário não possa ser atendida, esse é encaminhado para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Atenção Psicossocial, hospitais, entre outros.

O PNAB foi criado em 2011 e desde então representou um maior direcionamento de esforços do governo federal à atenção básica. Assim, pouco mais de R\$20 bilhões foram destinados a essa área em 2014. As políticas em saúde se voltam assim à uma saúde preventiva, principalmente em virtude da atuação dos agentes comunitários de saúde, disseminando orientações, realizando ações de promoção da saúde, executando práticas preventivas, considerando cada usuário dentro do seu contexto social e familiar (BRASIL a, 2012).

2.2.2 Sistema suplementar de saúde

Além do SUS, enquanto sistema público de saúde, tem-se os sistemas privados que possuem dois subsetores: subsetor liberal clássico e subsetor de saúde complementar. No liberal clássico o profissional de saúde tem liberdade de estabelecer as condições, o modelo e as formas de prestação de serviço que será ofertado, estando o consumidor livre para aceitar ou não as situações apresentadas. Já a saúde suplementar é constituída pelos serviços que são financiados e oferecidos pelos planos e seguradoras de saúde, de modo que as agências que ofertam esses serviços fazem o intermédio entre os profissionais de saúde que

desejam prestar determinado serviço de saúde e os usuários que demandam por esses atendimentos (PIETROBON et al., 2008).

Nesse contexto, se faz necessário criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar para que essa pudesse regulamentar esse modelo de serviço, além de estar diretamente vinculada ao Ministério da Saúde, cabendo destacar que a sua missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (PIETROBON et al., 2008).

É importante destacar que os planos e seguros de saúde tiveram grande aumento nos últimos dez anos, isso ocorreu principalmente em virtude da incapacidade do SUS em prover seus princípios de equidade, universalidade e igualdade em todos os níveis de atendimento, sujeitando o sistema a fortes críticas e a exposição de sua ineficiência. A partir disso, as empresas de setor viram o momento como propício e executaram uma forte ampliação da sua atuação no mercado (SILVA, 2003).

Segundo Pietrobon et al. (2008), mesmo com a existência da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o sistema apresenta uma grande heterogeneidade nos níveis de qualidade de prestação dos serviços em virtude da fragmentação e descontinuidade da atenção dada ao consumidor, comprometendo a eficiência do sistema como um todo, e, por conseguinte, atingindo a rede empresas que atuam no atendimento.

De acordo com dados do portal da ANS, em março de 2019 existiam 742 operadoras médico-hospitalares de um total de 1.029 operadoras com beneficiário; estando distribuídos 47.053.184 beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem plano odontológico. No que tange a taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidade da Federação temos: de 5% a 10%, temos Acre, Roraima, Rondônia, Tocantins e Maranhão; de 10% a 20%, temos Amazonas, Amapá, Pará, Mato Grosso, Goiás, Piauí, Ceará, Bahia, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe; de 20% a 30%, temos Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e com mais de 30% de cobertura, temos São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e o Distrito Federal (ANS, 2019).

2.3 ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E EBSEERH

2.3.1 Organização setorial

Até meados do século XIX, as estruturas tidas como o que hoje consideramos hospitais possuíam uma forte lógica de gestão religiosa ou militar e se voltavam principalmente para o oferecimento de serviços de saúde sem, contudo, se preocupar com o gerenciamento de sua estrutura. Porém, no início do século seguinte, as organizações hospitalares voltam-se para o caráter lucrativo do modelo econômico mundial e para a laicidade dos Estados, baseando-se principalmente nas teorias administrativas que surgiam no mesmo período, centrando suas ações na racionalização dos custos, fragmentação e hierarquização do trabalho, e centralização gerencial (SALU, 2013).

Logo em seguida, o modelo burocrático de gestão torna-se o mais utilizado, mas com o surgimento do pensamento neoliberal no final do século XIX, os hospitais passam a ser vistos como organizações que deveriam ser privatizadas, desonerando os Estados e aplicando a esses apenas a responsabilidade parcial pelo serviço. Destaca-se que no caso do Brasil, os arranjos gerenciais adotados foram os de co-gestão com horizontalização dos processos decisórios, fazendo face ao que expressava a CF de 1988 e normativos legais posteriores (SALU, 2013).

Segundo Gomes *et al* (2015), o motivo principal da criação da EBSEERH foi discurso ideológico que defende a má gestão dos recursos públicos como a causa chave da crise na saúde. “Por isso, faz-se necessário reestruturar o Estado com vistas a se tornar eficiente e de qualidade, introduzindo mecanismos de mercado na gestão pública”.

Vista como um ente estatal, a EBSEERH faz parte da administração indireta e gestão permanece pública, mas apresentando um regime jurídico híbrido, de modo que não deve ser considerada uma entidade privada em sentido técnico. Esse ente foi criado a partir da alegativa de se ter maior autonomia na utilização de seus recursos, legalização dos contratos de trabalho e o aperfeiçoamento do processo de gestão das instituições de ensino e de saúde (SODRÉ *et al*, 2013).

Os hospitais públicos e hospitais universitários que estão subordinados a EBSEERH, possuem grande heterogeneidade no que diz respeito a sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência do atendimento. De acordo com

as diretrizes técnicas da EBSEH (2013), a Gerência de Atenção à Saúde (setor que atua na gestão tanto de saúde como de hospitalar, planejamento e políticas em saúde e gestão da clínica), esta pode apresentar quatro modelos de estrutura organizacional segundo o porte do hospital: pequeno (menor que 200 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); grande (igual ou maior que 400 leitos); e hospital especializado ou maternidade.

De acordo com as diretrizes técnicas adotadas pela EBSEH, no que diz respeito aos principais setores que compõem um hospital público temos:

a) o pronto-socorro, que pode ser considerado como todos os recursos disponíveis que são utilizados para resgatar tanto pacientes que se encontram impossibilitados de irem ao hospital por conta própria, como também doadores ou órgãos que foram entregues para transplante, assim como atender os pacientes que se dirigem ao hospital sem prévio atendimento em virtude de qualquer que seja o motivo. Além disso, o pronto-socorro deve contar com salas de emergência e de espera, triagem para definir o nível de prioridade do atendimento, a especialidade médica a qual o paciente deve passar, avaliando as queixas desse e verificando seus batimentos cardíacos e sua temperatura corporal;

b) o ambulatório, aparato necessário para o atendimento eletivo do paciente desde que esse não precise de internação, ou seja, trata-se de consultas médicas ou assistenciais e procedimentos pontuais ou programados;

c) unidades de internação, são alas (unidades de internação) hospitalares nas quais o paciente permanecerá internado por um determinado período e esses precisam contar com um local de acesso por onde transitarão os profissionais de saúde, quartos para disposição dos leitos e uma área de controle que geralmente fica na retaguarda;

d) bloco cirúrgico, área hospitalar que integra reúne o bloco cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, central de esterilização de materiais infectados e a central de matéria que são utilizados nas cirurgias;

e) a farmácia, setor do hospital que recebe as prescrições médicas e dispensa medicamentos e descartáveis que serão utilizados para o atendimento do paciente. O hospital pode optar por uma única farmácia ou optar pela utilização de farmácias auxiliares ou satélites a depender de seu porte e logística interna que será gerenciada pela equipe de suprimentos;

f) suprimentos, área que controla a logística de entrada e distribuição de equipamentos e insumos a partir do planejamento de materiais, compras e almoxarifado central. Para isso, é necessário que haja um planejamento de materiais que será responsável pelo dimensionamento anteriormente citado atuando exclusivamente nos materiais de estoque. Além disso, para Salu (2013), as melhores práticas no que diz respeito às ferramentas de gestão a partir de controle são os saldos orçamentários, cadastros de itens e fornecedores, movimentação de estoque, avaliação de custos e preços, registros de inventários e monitoração de itens;

g) administração, a missão primordial da administração hospitalar é definir o organograma funcional do hospital e supervisionar as atribuições de cada departamento mantendo-as coerentes com suas funções institucionais a partir das estruturas de governança, de apoio à gestão e de controle e fiscalização. Um organograma típico deve contar, dentro da estrutura de governança, com colegiado executivo, que tem como uma de suas principais funções elaborar, implementar, monitorar e avaliar o plano diretor da unidade hospitalar; superintendência, que deve praticar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos; gerência de atenção à saúde, que tem como uma de suas principais funções coordenar tanto as atividades da equipe multiprofissional de saúde, como a implantação das ações de atenção integral à saúde com foco na organização de linhas de cuidado; gerência de ensino e pesquisa, que implementa e gerencia as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial, contábil e as gestões tanto da logística e infraestrutura hospitalar como de pessoas.

Na estrutura de apoio à gestão, a secretaria presta assistência direta e imediata ao Superintendente, em tudo aquilo que ele precisar assim como exercer outras atribuições delegadas por esse; assessoria jurídica, detém o papel de assessorar juridicamente a superintendência do hospital; assessoria de planejamento, setor que exerce suas funções, dentro do âmbito de suas competências, determinadas pela a superintendência; ouvidoria, recebe e encaminha as demandas que lhe forem dirigidas pelos interessados; setor de gestão da informação e informática, implementa, monitora, apoia , viabiliza e coordena todas as atividades relacionadas aos sistemas de informação e informática, além de exercer outras atribuições que venham a ser determinadas pela diretoria do hospital.

Quanto a estrutura de controle e fiscalização, tem como uma das suas principais funções registrar e acompanhar as recomendações e auditorias realizadas pelos órgãos de controle interno e externo no âmbito do hospital; conselho consultivo, se posiciona em linhas gerais acerca das políticas, diretrizes e estratégias do hospital.

Nesse sentido, Salu (2013) defende que o hospital é a junção de serviços interdependentes que podem ser divididos nos blocos de serviços assistenciais, de apoio assistencial, administrativo-financeiro, de ensino e pesquisa.

2.3.2 Práticas comuns de administração hospitalar

Os hospitais são organizações complexas, uma vez que não necessitam apenas de técnicas voltadas à prevenção e tratamentos de saúde, mas também de práticas de gestão voltadas à otimização do desempenho e de eficiência do serviço ofertado. Entretanto, do ponto de vista administrativo, são notórios os conflitos criados entre as equipes de saúde e a equipe gerencial. Isto posto, a gestão hospitalar moderna se delinea de modo complexo, sobremaneira quando se leva em consideração as demandas gerenciais e as necessidades de conhecimentos específicos para gestão de recursos técnicos e humanos (FARIAS; ARAUJO, 2017).

De acordo com Vendemiatti et al. (2010), por medo da perda de sua autonomia, a equipe médica tende a desconsiderar alguns fatores que perpassam a natureza administrativa do hospital, principalmente no que diz respeito diminuição de custos, aumento da produtividade e padronização de processos. Por fim, isso acaba por um entrave na obtenção de capital intelectual por parte dos profissionais de saúde, o que dificulta ainda a ação dos gestores.

É importante destacar que empresas ou organizações que possuem setores bem definidos, mas que não são necessariamente interdependentes entre si se assemelham muito aos hospitais universitários federais brasileiros no que diz respeito a forma de gerenciamento. Entretanto, essa semelhança no modelo de gestão se apresenta como inadequada uma vez que setores assistenciais de um hospital devem possuir uma interdependência consolidada, de tal modo que a não ocorrência dessa pode gerar graves problemas na prestação do serviço e dificuldade

de comunicação entre os diversos setores do hospital, podendo levar a conflitos internos (LITTIKE; SODRE, 2015).

De acordo com Farias e Araújo (2017):

a partir desses dados, depreende-se que muitos problemas de comunicação notados entre os profissionais de um hospital, em especial médicos e administradores, não são formalizados junto à alta gestão ou setor pertinente. Essa informalidade é comprometedora sob a perspectiva administrativa, considerando-se que a tomada de decisão por parte de gestores hospitalares sem o devido suporte de evidências pode ampliar os conflitos no ambiente, dificultando medidas que visem mitigar os efeitos negativos de um ambiente conflituoso.

Uma das formas encontradas para dar luz a esse contexto é a gestão participativa ou gestão colegiada, que busca práticas mais democráticas e dialógicas dentro da gestão hospitalar por meio de uma forma de gestão horizontal, utilizando-se para isso de um espaço destinado às reuniões voltadas para o debate de ideias, assim como identificação e resolução de problemas (BERNARDES et al., 2007).

Para Farias e Araujo (2017), o aprimoramento da comunicação institucional pode refletir positivamente em outros setores do hospital. Contudo, se não houver a apresentação de incentivos posteriores, os colaboradores tenderão a apresentar uma gradativa queda de interesse, podendo reverberar em queixas de alguns colaboradores quanto à valorização de suas requisições. Além disso, existe o risco desses se tornarem excessivamente burocráticos em suas atividades, dando vez à disfunção burocrática. Portanto, fica evidente a necessidade de uma mudança na cultura organizacional sendo, para tanto, necessário o comprometimento dos colaboradores independente de qual esfera organizacional eles pertencem.

Ainda de acordo com Farias e Araújo (2017), outro modelo que cabe destaque é a gestão de projetos, uma vez que contribui inclusive para a consolidação da gestão participativa, posto que algumas de suas premissas e metodologias se comunicam fortemente com a gestão hospitalar, sendo utilizada também no melhoramento dos processos de trabalho.

Para Cecílio (2004), a maior vantagem da associação entre os modelos de gestão participativa e de projeto está na variedade de métodos que essa última tem a oferecer ao específico contexto hospitalar, com destaque para metodologias de apoio às decisões. Cabe salientar que um dos principais problemas enfrentados pela

gestão hospitalar em hospitais públicos é a falta de recursos financeiros e que as metodologias citadas podem servir de auxílio na utilização mais eficiente dos referidos recursos.

Entretanto é importante destacar que a implantação de metodologias de gestão de projetos não é algo trivial para os hospitais públicos, uma vez que esses carecem de maturidade nesse aspecto principalmente se levarmos em conta o fato dessas organizações serem baseadas em processos. Para tanto, Farias e Araujo (2017) defendem a presença de um setor hospitalar semelhante a um escritório de gerenciamento de projetos, de modo que esse trabalhe tanto com a aplicação de metodologias voltadas para a alocação de recursos, como também o planejamento estratégico alinhado principalmente com os objetivos da organização.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A metodologia adotada foi uma pesquisa bibliografia existente e disponível que trate de objeto semelhante ou com abordagem útil a discussão proposta. Dessa forma, foi realizada uma busca por artigos indexados em bases de dados virtuais, com data de publicação entre os anos de 2014 a 2019, disponibilizados de maneira gratuita e integral e com conteúdo em língua portuguesa ou traduzido. Todavia, é necessário citar que a referência principal dessa pesquisa parte das teorias tratadas por Salu (2013) em sua obra, *Administração Hospitalar no Brasil*. Com essa base, discutiu-se sobre as práticas institucionalizadas, diante dos protocolos de atuação definidos, analisando o cenário criado nos hospitais públicos e suas políticas de atendimento.

Ademais, a pesquisa foi construída de acordo com os parâmetros estabelecidos para uma pesquisa de fins exploratórios, posto a pouca abordagem dos aspectos relevantes ao tema, principalmente a avaliação da divergência observada entre as práticas profissionais normatizadas e as institucionalizadas nos hospitais públicos (VERGARA, 2010)

Vergara (2000) aduz que as pesquisas exploratórias apresentam relevante destaque na investigação de temas ainda pouco discutidos, possuindo potencial para o surgimento de novas informações capazes de incentivar outras pesquisas que aprofundem as discussões sobre o assunto.

Quanto aos meios, tratou-se de pesquisa e flexiva (VERGARA, 2010) analisando em paralelo outras obras que abordassem a mesma pauta de discussão, de modo a constatar divergências ou concordâncias, fazendo ainda uma análise crítica, papel da metodologia reflexiva, sobre os dados encontrados

3.2 PROCESSOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos de coleta de dados foram realizados no período de 12/02/2019 a 03/06/2019 e sucedeu da seguinte forma:

3.2.1 Busca virtual por artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3.2.2 Submissão dos materiais encontrados aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, quais foram: artigos com conteúdo em língua portuguesa ou versões traduzidas, abordagem útil ou semelhante e disponibilizados de forma gratuita e integral.

3.2.3 Em seguida, o material restante foi analisado reflexivamente (VERGARA, 2010), partindo da leitura dos títulos e posteriormente dos resumos, com o intuito de descartar outros materiais que não se adequassem aos propósitos da pesquisa. Por fim, o material restante foi analisado de forma mais detalhada, para que os dados relevantes pudessem ser utilizados.

3.2.4 Em virtude da ausência de produções acadêmicas no âmbito da administração, no que diz respeito as especificidades de gestão aplicadas nos hospitais universitários, se buscou avaliar a visão de um gestor de um hospital universitário com vistas a se entender qual setor da organização deveria receber mais atenção chegando-se no pronto atendimento. Cabe destacar que a pessoa não será citada no trabalho tendo em vista a manutenção da sua privacidade.

3.2.5 Por fim, os dados encontrados foram comparados com as notícias publicadas nos últimos 5 (cinco) anos, que demonstrem as condições atuais que permeiam os serviços de saúde pública, de modo que fosse possível construir uma discussão comparativa entre as previsões normativas que tratam do tema e as condições reais.

Os resultados são apresentados de maneira qualitativa, uma vez que o pesquisador introduziu-se em um contexto analítico que, entre seus objetivos, buscou identificar as características de determinado grupo e/ou ambiente, acrescentando ainda sugestões aplicáveis à problematização que norteou o estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção apresentam-se os resultados alcançados de acordo com os objetivos geral e específicos do trabalho, correspondendo cada subseção a seguir ao estabelecido no respectivo objetivos específicos, subseção 1.2 desta monografia, itens a, b e c.

4.1 ESTRUTURAS, NORMATIVOS E PROTOCOLOS QUE NORTEIAM AS ATIVIDADES DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

O território nacional dispõe de uma rede de hospitais universitários formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. A figura 1 a seguir mostra, de forma simplificada, os estados da federação, os Hospitais Universitários e os Institutos Federais de Educação Superior que possuem ou não contrato com a EBSERH, além do caso do Rio Grande do Sul que apresenta a condição de Empresa Pública.

Figura 1 - IFES com hospitais universitários federais



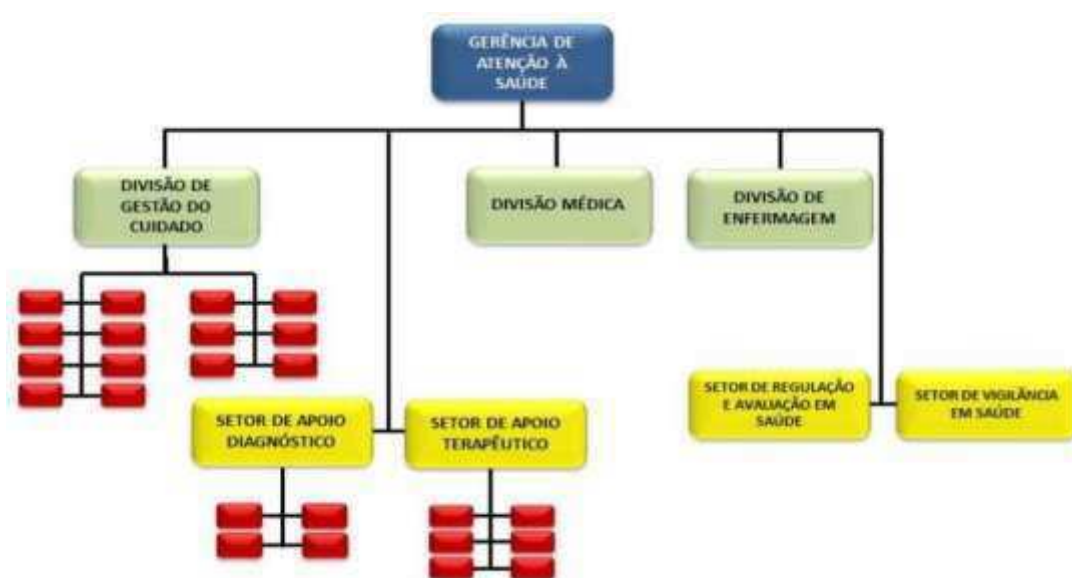
Fonte: EBSERH, 2018

De acordo com o apresentado no Referencial Teórico deste trabalho, a gestão dos hospitais públicos universitários é, desde de janeiro de 2010, de responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH, configurando processos e práticas que delinham a estrutura normativa e de protocolo das atividades nessas organizações. A seguir apresentam-se as estruturas organizacionais tipificadas pela EBSEERH para as diferentes possibilidades de Gerência de Atenção à Saúde, departamento responsável pela estruturação organizacional dos variados tipos de hospitais públicos universitários característicos da realidade brasileira.

4.1.1 ESTRUTURAS PROPOSTAS PARA AS GERÊNCIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA EBSEERH

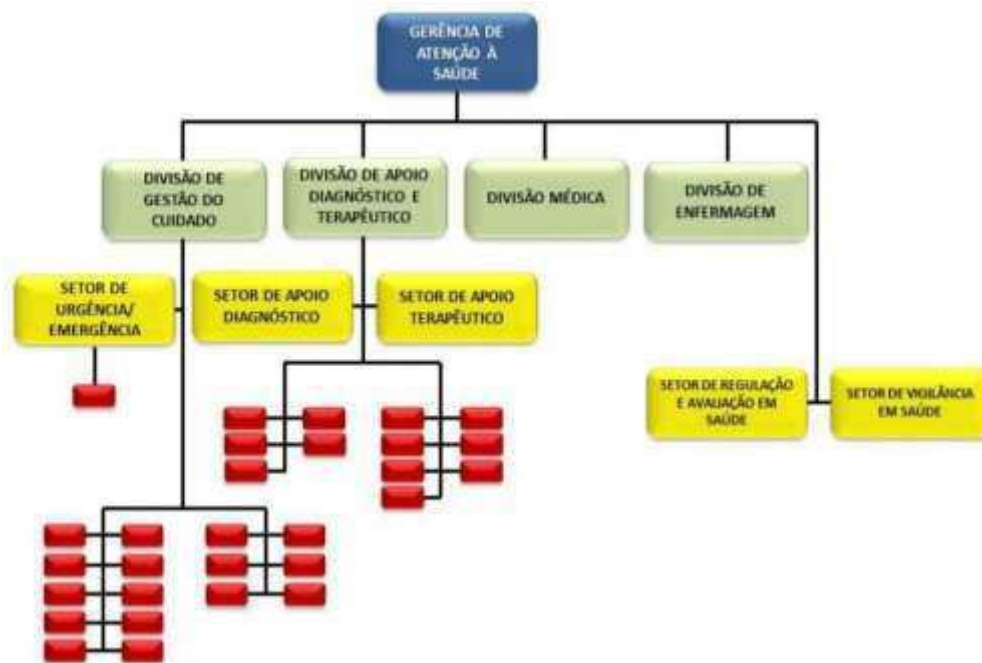
A figura 2 a seguir mostra esquema gráfico (organograma ideal) de uma gerência de atenção à saúde em hospitais de pequeno porte. No qual se pode observar uma menor complexidade organizacional, visto que a divisão de gestão do cuidado não requer subsetores, nem tampouco a divisão de apoio diagnóstico e terapêutico, apresentando as divisões médica e de enfermagem, assim como os setores de regulação e avaliação em saúde e de vigilância em saúde.

Figura 2 - Gerência de Atenção à Saúde de Hospital de Pequeno Porte



A figura 3 a seguir mostra esquema gráfico (organograma ideal) de uma gerência de atenção à saúde em hospitais de médio porte. No qual a divisão de gestão do cuidado já requer o setor de urgência e emergência, enquanto que esse modelo já apresenta a necessidade da existência da divisão de apoio diagnóstico e terapêutico tendo com os setores de apoio diagnóstico e de apoio terapêutico, apresentando as divisões médica e de enfermagem, assim como os setores de regulação e avaliação em saúde e de vigilância em saúde.

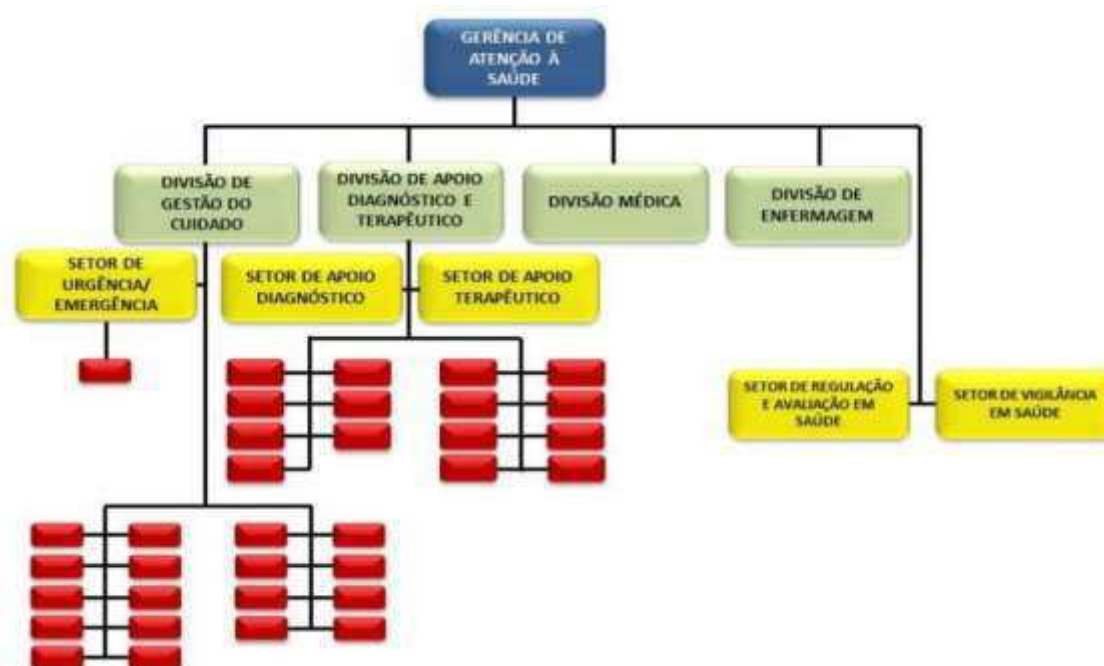
Figura 3 - Gerência de atenção à saúde de Hospital de Médio Porte



Fonte: EBSEH, 2013.

A figura 4 a seguir mostra esquema gráfico (organograma ideal) de uma gerência de atenção à saúde em hospitais de grande porte. No qual a divisão de gestão do cuidado possui a mesma configuração da de médio porte, diferindo apenas no que diz respeito a possibilidade de existência de mais subsectores tanto à divisão de gestão do cuidado como também de apoio diagnóstico e terapêutico.

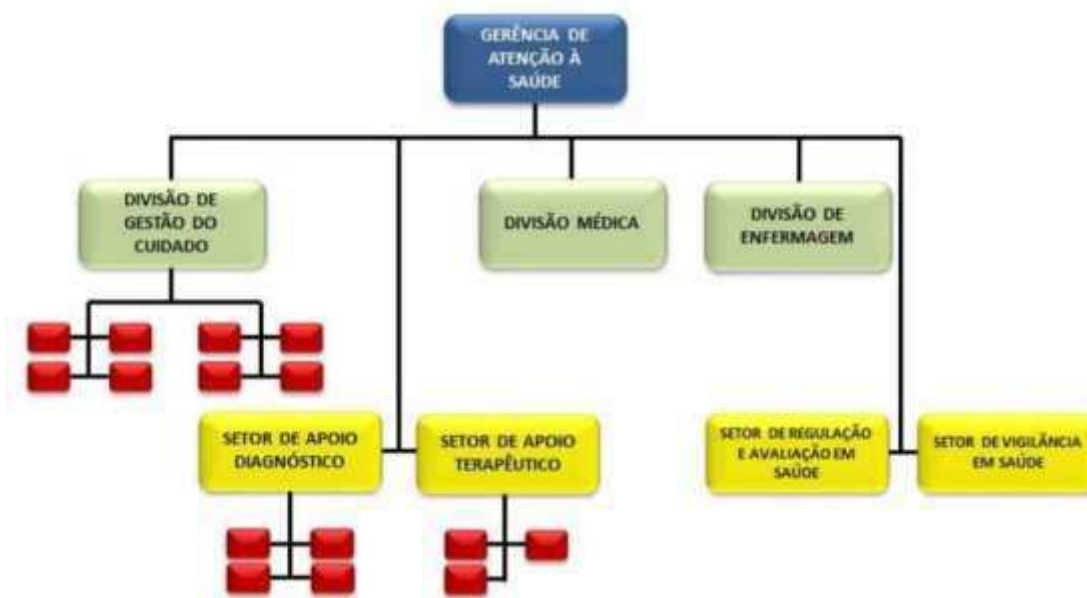
Figura 4 - Gerência de atenção à saúde de Hospital de Grande Porte



Fonte: EBSEH, 2013.

A figura 5 a seguir mostra esquema gráfico (organograma ideal) de uma gerência de atenção à saúde em hospitais de atendimento especializado e maternidade. No qual a divisão de gestão do cuidado não possui setores subordinados, saindo a divisão de apoio diagnóstico e terapêutico, e apresentando as divisões médica e de enfermagem, assim como os setores de regulação e avaliação em saúde e de vigilância em saúde.

Figura 5 - Gerência de atenção à saúde de Hospital Especializado e Maternidade



Fonte: EBSEH, 2013.

Na medida em que os HU foram sendo filiados à EBSEH, iniciou-se um processo de alinhamento de práticas hospitalares com as diretrizes e normativos a seguir elencados:

- em 27 de janeiro de 2010, a promulgação do Decreto nº 7.082, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), a partir do financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas de educação e saúde através do regime de pactuação global;
- em 15 de dezembro de 2011, é promulgada a Lei nº 12.550, autorizando o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH);
- em 25 de abril de 2012, é baixada a portaria nº 442, delegando à EBSEH o exercício de algumas competências que se encontram descritas no Decreto nº 7.690, de de março de 2012, bem como no Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Além disso, a portaria também determinava que a administração direta do Ministério da Educação deveria colaborar com a execução das atividades de apoio a empresa até a sua efetiva implantação;

- em 21 de agosto de 2012, a publicação da Portaria nº 34, que tornou pública a aprovação pelo Conselho de Administração do Regimento Interno da EBSEERH;
- em 22 de agosto de 2012, a publicação da Portaria nº 35, tornando pública a aprovação do Plano de Cargos, Carreira e Salários da EBSEERH pelo Conselho de Administração e pelo Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (DEST) órgão subordinado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- em 11 de dezembro de 2012, é baixada a Portaria nº 125, delegando competência aos Superintendentes dos Hospitais Universitários administrados pela EBSEERH para a prática dos atos de gestão que especifica;
- em 16 de maio de 2016, é publicado no Diário Oficial da União a terceira revisão do Regimento Interno da EBSEERH, que foi aprovado na 49ª Reunião do Conselho de Administração;
- em 29 de junho de 2018, é aprovado pela Assembléia Geral Extraordinária o Estatuto Social da EBSEERH, que versa sobre a razão e o objetivo social, natureza jurídica, sede, do capital social, dos órgãos estatutários, do conselho de administração entre outros;

Em virtude das mudanças provocadas pela criação da EBSEERH, os hospitais universitários se apresentam como um ambiente no qual as mudanças culturais estão ocorrendo com grande intensidade. Uma vez que esses hospitais estão ligados as Universidades Federais ele têm função primordial apresentar-se como um ambiente de formação e atuação de estudantes das mais diversas áreas do conhecimento, através de cursos técnicos, graduações e pós-graduações. Além do mais, ofertam atendimento assistencial à população por meio da oferta de atendimentos na área da saúde (GOMES, 2012).

Segundo Pessoa (2018), a partir do que determina o Decreto nº 7.082/2010, as medidas adotadas com vistas à reestruturação física e tecnológica das unidades hospitalares através modernização do parque tecnológico, a revisão do modelo de financiamento da rede, as melhorias e conseqüente mudanças nos processos de gestão, a avaliação do quadro de recursos humanos dos hospitais, bem como a busca do aprimoramento das atividades profissionais hospitalares vinculadas ao

ensino se apresentaram como um terreno propício à mudança da cultura organizacional e aos conflitos inerentes a esse processo.

4.2 O PRONTO ATENDIMENTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Espera-se que o setor de pronto atendimento de um hospital universitário esteja preparado e equipado para atender de forma ágil e com qualidade os usuários dos serviços, tendo duas formas básicas de acesso; urgência e demanda espontânea. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, s.d.), no que diz respeito à demanda espontânea, o governo federal implantou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) que teve como objetivo efetivar os princípios do SUS no que diz respeito às práticas e gestão de atenção à saúde. A suas principais diretrizes foram: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos do usuário.

No que diz respeito a configuração da estrutura física do pronto-atendimento dos hospitais universitários, segundo Salu (2013), temos:

4.2.1 a entrada, trata-se de local físico que precisa permitir a coexistência de dois fluxos (pacientes de urgência e de demanda espontânea), de modo que um não interfira no outro;

4.2.2 recepção, local do registro do atendimento onde será realizada a identificação do paciente e preenchimento da ficha de atendimento;

4.2.3 triagem, trata-se do local onde ocorrerá o acolhimento do usuário por parte da equipe assistencial (exceto nos casos de emergência, uma vez que o paciente é levado direto à sala de emergência) e onde será definido o nível de urgência do atendimento a partir da classificação de risco que avalia o nível de gravidade do atendimento utilizando-se do protocolo de Manchester;

4.2.4 espera, local que deve ser agradável para os usuários e acompanhantes;

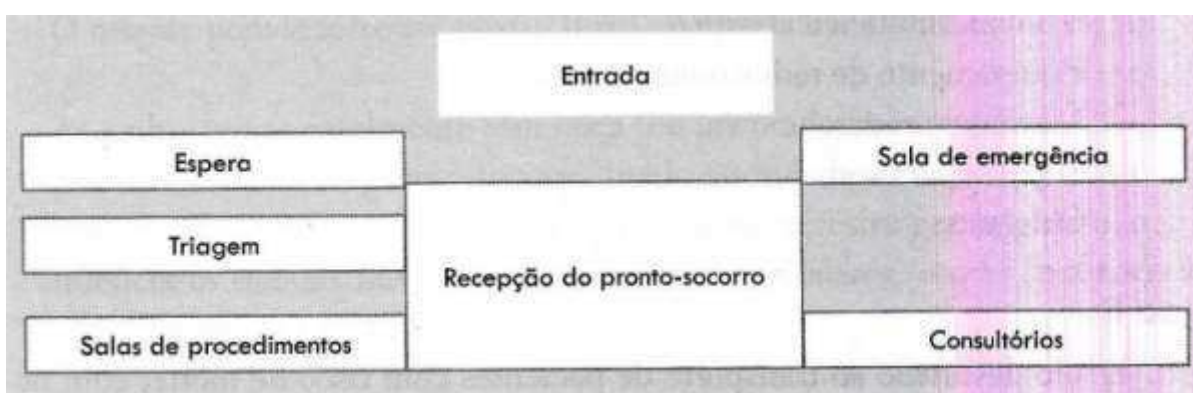
4.2.5 consultórios, local destinado à consulta médica (exame físico, anamnese, prescrição, consultas);

4.2.6 salas de procedimentos, ambiente utilizado à execução de todos os procedimentos que não considerados de urgência (imobilização, procedimentos ambulatoriais, inalação, medicação, entre outros); e

4.2.7 sala de emergência, trata-se de uma sala destinada aos procedimentos necessários para tirar o paciente do risco iminente de morte.

A figura 6 a seguir apresenta esquematicamente a configuração típica do pronto-socorro.

Figura 6 - Configuração típica do pronto-socorro



Fonte: Salu (2013)

O foco da análise deste trabalho é o setor de pronto atendimento, sendo válido que se avalie como se desenvolve a diretriz do acolhimento, respeitando o que está expresso na Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, assim como, frente a necessidade do usuário e a partir do Protocolo de Manchester.

O Protocolo de Manchester consiste num sistema de triagem baseado em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), de modo que o vermelho determina o caso como de maior gravidade e o azul o de menor gravidade, sendo empregado mundialmente. Para determinar o grau de gravidade do caso a equipe de triagem do hospital avalia fatores como: sinais vitais, sintomas, temperatura corporal, glicemia, quadro clínico entre outros fatores, a partir disso o atendimento do paciente pode ser caracterizado como vermelho (emergência), o paciente necessita de atendimento imediato; laranja (muito urgente), o paciente precisa de atendimento o mais rápido possível; amarelo (urgente), nesse caso o paciente precisa de uma avaliação já podendo inclusive aguardar para ser atendido, no máximo 60 minutos; verde (pouco urgente), casos que são considerados pouco

graves que podem ser tratados no ambulatório do hospital, em até 120 minutos; e azul (não urgente), casos de baixa complexidade, em até 240 minutos (SOUZA *et al*, 2011).

Figura 7 - Classificação de cores a partir do Protocolo de Manchester



Fonte: PasseVip, s. d.

Cabe destacar que mesmo passado mais de meia década da implantação das diretrizes técnicas da EBSEERH, muitos hospitais universitários apresentam dificuldades e problemas no setor de pronto atendimento em virtude principalmente da variedade de profissionais que compõem a equipe técnica, do modelo ininterrupto da prestação do serviço, grande volume na demanda de casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica e a falta de recursos.

4.3 CONFRONTO ENTRE AS PRÁTICAS NORMATIZADAS E AS INSTITUCIONALIZADAS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PÚBLICOS

É importante destacar que grande parte do número de usuários atendidos no setor de pronto atendimento poderia ter sido recebido e atendido no SUS por meio de outras portas, isso porque grande parte dos atendimentos registrados nos hospitais públicos se enquadravam na classificação verde ou azul, podendo ser recebidos pelas Unidades Básicas de Saúde (SOUZA et al, 2011).

Exemplo disso é a nota emitida pelo Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB), localizado na cidade de Cajazeiras - PB, em Outubro de 2017, no qual registrava naquele momento um número de 16 mil atendimentos, dos quais aproximadamente 88% (aproximadamente 14.000) se encaixavam nas classificações verde ou azul do Protocolo de Manchester (BRASIL, 2017).

Outro exemplo que pode ser usado para demonstrar o volume na demanda pelos serviços, é o caso do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie no Paraná, que no mês de maio do corrente ano, apresentava uma demanda ambulatorial de aproximadamente 700 pacientes por dia, dificultando a adequada prestação do serviço (G1 PARANÁ, 2019).

De acordo com os Cadernos da Atenção Básica (BRASIL, 2013), dentre os vários tipos de demanda espontânea recebidas no SUS grande parte pode ser acolhida e satisfeita na atenção básica, corroborando as palavras de Souza et al (2011). Destaca-se também que a atenção básica deve manter o acompanhamento dos usuários nas agendas dos profissionais, uma vez que se corre o risco de se limitarem a um pronto-atendimento. Entretanto, é fundamental que as unidades de atenção básica estejam não apenas abertas, mas também preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.

Para Oliveira (2015), a atenção básica sofre tanto com a distribuição desigual como com a baixa fixação de profissionais de saúde, sendo esses considerados como grandes e importantes desafios para a melhoria do acesso e da qualidade na atenção à saúde e, conseqüentemente, reduzindo o excesso de demanda espontânea recebido pelos sistemas especializados de saúde como hospitais universitários e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Tabela 1 - Esquematização dos dados sobre o índice de atendimentos dos serviços de saúde

Normatização	Práticas Institucionalizadas	Consequências	Problemática
Atendimento referenciado ou de urgência (salvo período noturno).	Grande volume de atendimentos de demanda espontânea.	Ausência ou distribuição desigual e baixa fixação dos profissionais de saúde.	Dificuldade na gestão dos hospitais no que diz respeito os insumos e direcionamento de profissionais.

Fonte: O autor, 2019.

Barros (2014) também aponta outro aspecto que merece debate, qual seja a preocupação dos dirigentes dos hospitais universitários quanto ao déficit de profissionais, principalmente em face do acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU), que visava a substituição da mão de obra terceirizada por vagas via concurso público o que acabava gerando instabilidade nas equipes profissionais.

Porém, o que se constatou foi que até o ano de 2018 os hospitais universitários ainda apresentavam dificuldades no que diz respeito o quadro de profissionais. Existe, por grande parte dos grupos vinculados à saúde, o receio de que a EBSEH venha a privatizar os serviços oferecidos pelos hospitais universitários, uma vez que muitos deles ainda não realizaram concurso público e, conseqüentemente, ainda não fecharam seus quadros profissionais (ARAÚJO, 2018).

É importante destacar que, no ano de 2017, o Governo Federal publicou a Portaria nº 3, fixando o limite máximo para o quadro de pessoal próprio da EBSEH. Foi previsto a abertura de 51.951 vagas das quais 27.448 seria para contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), outras 22.005 destinadas ao quadro permanente via concurso público e as 2.498 finais utilizadas no quadro transitório, sendo extintas tão logo fiquem vagas (BRASIL, 2017).

Para Vanconcelos et al (2018), o SUS necessita de profissionais que valorizem as necessidades e interesses sociais da saúde a partir de um modelo assistencial de prestação dos serviços, confrontando possíveis necessidades de mercado e interesses do empresariado nacional e internacional. Para tanto, a

estratégia utilizada até o momento foi a humanização do atendimento, que tem sido implementada aos profissionais que já se encontram em atuação por meio de palestras e capacitações que tratam sobre esses novos parâmetros. Para os alunos que ainda serão inseridos nos atendimentos como profissionais, as academias já abordam o conteúdo em diversas disciplinas.

Tabela 2 - Esquematização dos dados sobre a equipe profissional de hospitais gerenciados pela EBSEH.

Normatização	Práticas Institucionalizadas	Consequências	Problemática
Substituição da mão de obra terceirizada e preenchimento do quadro de profissionais por meio de concurso público.	Manutenção de boa parte do quadro de servidores terceirizados.	Ausência de recursos por parte do Governo Federal e demora tanto na realização dos certames como na convocação dos aprovados.	O atendimento dos hospitais apresenta uma carência de atendimento humanizado e comprometido com a qualidade do serviço.

Fonte: O autor, 2019.

Por fim, Littike (2012) afirma ainda que a chegada da EBSEH acabou por flexibilizar os vínculos empregatícios. Isso porque, os hospitais universitários possuem hoje tanto servidores públicos das universidades federais que estão ligados à instituição pelo Regime Jurídico Único, como também empregados públicos Celetistas da própria EBSEH, assim como, servidores terceirizados Celetistas das empresas prestadoras de serviços, surgindo grandes diferenças de capacitação, salários, licenças, carga horária, entre outros, ou seja, direitos trabalhistas diferentes. Nesse contexto, se considerarmos os diferentes regimes de contratação de pessoal podemos compreender os conflitos que surgiram a partir da contratualização entre os hospitais universitários e a EBSEH.

No caso específico dos enfermeiros que atuam no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa – PB, os conflitos geradas pelos motivos citados por Littike (2012), geram insatisfação e desgaste no trabalho desses profissionais, principalmente em virtude da falta de norma reguladora que norteie a

troca de plantões entre os enfermeiros do Regime Jurídico Único (RJU) com os da CLT (VALDEVINO NETO, 2017).

Moisés Rocha Belo, da Secretaria de Controle Externo do Tribunal de Contas da União (TCU), informou em auditoria realizada pelo órgão no ano de 2015, que foram encontrados problemas na gestão de pessoal dos hospitais universitários. Afirmou o servidor:

A coexistência de servidores celetistas contratados pela empresa; servidores estatutários, que são vinculados às universidades, mas prestaram concurso para trabalhar no hospital; e servidores terceirizados irregulares; cria um clima muito preocupante, um potencial risco de conflito interno.

Tabela 3 - Esquematização sobre o regime de vínculos empregatícios na empresa EBSEH

Normatização	Práticas Institucionalizadas	Consequências	Problemática
Flexibilização dos vínculos empregatícios a partir da contratualização com a EBSEH.	Presença de múltiplos regimes de contratação: Regime Jurídico Único, Celetistas da própria EBSEH e servidores terceirizados.	Surgimento de conflitos internos entre os profissionais e servidores dos hospitais.	Insatisfação e desgaste no trabalho dos profissionais e servidores em virtude da falta de norma reguladora.

Fonte: O autor, 2019.

Cabe destacar que por se tratarem de organizações públicas, os hospitais universitários apresentam uma maior dificuldade na hora de alterar sua cultura organizacional, tendo em vista o fato de possuírem características fortemente burocráticas (valorização das regras e rotinas, bem como das relações de paternalismo) e servidores com pouca liberdade de ação e/ou resolutividade (valorização exacerbada da hierarquia) (SOUZA-PIRES; MACÊDO, 2016).

Para Costa e Pessoa (2017), a chegada da EBSEH buscou gerar uma mudança organizacional que se encontra em curso, modificando tanto os símbolos dessa cultura, como seus valores subjetivos, entretanto, acabou por afetar também o sentimento de pertencimento dos funcionários das instituições que enfrentaram a transição.

Segundo Marinho (2016), o poder da autonomia profissional e as práticas sedimentadas são confrontadas com a adoção de protocolos de atendimento, com o gerenciamento de leitos, pacientes e filas, e com o redesenho dos fluxos internos e externos, fazendo com que ocorra uma padronização das ações desenvolvidas e realizadas dentro dos hospitais universitários. A questão é que, no caso das organizações hospitalares, há tanto uma maior variabilidade como uma maior complexidade nas atividades executadas, muitas das vezes, em virtude do caráter emergencial e inadiável dos atendimentos, necessitando de uma forte interdependência entre os profissionais.

A dificuldade de adaptação ao novo, associada à ideia corporativista dos servidores se coloca como fator limitador no processo de implantação da nova estrutura organizacional (conflito entre o estado anterior e o atual), resultando numa limitada influência na organização dos servidores envolvidos no processo, comprovada a partir dos conflitos de interesse entre a estrutura organizacional vigente e a nova que foi inserida (MARINHO, 2016).

Tabela 4 - Esquematização dos dados sobre a estrutura organizacional da administração de hospitais da EBSEH.

Normatização	Práticas Institucionalizadas	Consequências	Problemática
Busca da alteração na estrutura organizacional através da administração da EBSEH e por meio da modificação da cultura organizacional sedimentada.	Características de uma cultura organizacional fortemente burocrática.	Valorização das regras e rotinas, relações de paternalismo e servidores e profissionais com pouca liberdade de ação/resolução.	Dificuldade de alteração da cultura organizacional e corporativismo institucionalizado como entraves à aplicação dos modelos de gestão.

Fonte: O autor, 2019.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro dos parâmetros propostos essa pesquisa se dispôs a discutir aspectos de possível institucionalização de práticas nos hospitais universitários públicos. Para tanto, a pesquisa se desenvolveu a partir de avaliação dos normativos, da estrutura organizacional e produções acerca do tema sob óptica da teoria neo-institucional.

A partir de então os resultados demonstraram as seguintes problemáticas:

- a dificuldade enfrentada pela gestão dos hospitais universitários na área de pronto de atendimento, uma vez que esses precisam lidar com um excesso de demanda espontânea de atendimentos que poderiam ser solucionados na atenção básica, mas que não são devido a falta ou distribuição desigual de profissionais nas portas de entrada do SUS. Isso faz com que seja necessária a disponibilização de um grande número de insumos e profissionais que poderiam ser direcionados a outros setores dos hospitais;

- o déficit de profissionais nos hospitais universitários ainda se mostra como um problema presente, mesmo tendo sido apontado como um dos primeiros pelos dirigentes da EBSERH no início da atuação dessa. Isso se deve tanto pela falta de realização de concurso públicos, com pela dificuldade de remanejamento das equipes que já se encontravam em atividade nos hospitais antes da administração da EBSERH.

- O surgimento de conflitos internos em virtude da variedade nos modelos de vínculos de trabalho, o que faz com que os hospitais tenham servidores executam a mesma tarefa, mas que podem possuir remunerações, direitos, carga horária diferentes afetando, por exemplo, uma simples realização de troca de plantões.

- Por fim, a dificuldade de adaptação dos servidores que já atuavam nos hospitais universitários frente aos novos modelos organizacionais, assim como a busca por uma atuação mais humanizada dos novos também se apresentaram como grandes problemáticas à gestão dessas organizações.

Tal cenário demonstra que houve mudanças significativas na gestão dos hospitais universitários com a chegada da EBSERH, mas que ainda há muito o que se fazer, uma vez que essa acaba por necessitar da atuação conjunta com os outros níveis de atendimento à saúde, principalmente no que diz respeito a atuação das equipes de atenção básica; a necessidade de contratação e revisão dos vínculos empregatícios dos profissionais que atuam nos hospitais, uma vez que esses são

problemas antigos e que afetam diretamente a qualidade dos serviços oferecidos nas unidades hospitalares; e entende-se que os conflitos existentes entre gestão e profissionais prestadores de serviço se apresentam como entraves a implementação e atuação plena das novas atividades de gestão apresentadas pela EBSEERH aos hospitais.

Dessa forma, é possível afirmar que os objetivos que orientaram o estudo foram atingidos, uma vez que foi possível verificar alguns dos fatores não só legais e estruturais, mas também situacionais que norteiam as atividades desenvolvidas nos hospitais públicos universitários, possibilitando assim uma visão geral do quadro organizacional dando perspectivas para avaliações pontuais que levem em consideração as especificidades de cada hospital.

Após a discussão crítica sobre o tema, sugere-se que sejam desenvolvidas alternativas tais como a atuação conjunta com as equipes profissionais presentes nas unidades de atenção básica, buscando fazer com que essas absorvam parte da demanda espontânea que está se direcionando aos hospitais universitários possibilitando, assim, uma atuação direcionada desses. Além disso, é cabível uma revisão dos vínculos empregatícios dos profissionais que atuam nos hospitais, para que se possa dar uma maior homogeneidade as relações de trabalho desses. Bem como, buscar a obtenção de recursos que visem a realização de concurso de público com vistas a suprir a falta de profissionais nos hospitais. Por fim, a administração da EBSEERH deve trabalhar a utilização de equipes multidisciplinares nos hospitais, buscando facilitar o processo de adaptação e reorganização dos profissionais que já prestam serviços, com vistas a reduzir os conflitos de carácter institucional.

Cabe ainda ressaltar que em certo momento do andamento da pesquisa se imaginou que fosse possível tratar do confronto entre o normatizado e o institucionalizado especificamente no setor de pronto atendimento dos hospitais universitários, uma vez que o profissional consultado para apontar a área mais problemática dos HUs, em termos de gestão, apontou para esse departamento. Porém, as limitações que foram se impondo, de diferentes naturezas não permitiram chegar a esse momento. Dessa forma, acrescenta-se que pode ser interessante o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem o tema e os conflitos identificados para que, eventualmente, sejam discutidas estratégias capazes de contribuir para a superação desses problemas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil. **Dados gerais**. 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: Maio de 2019.
- ARAUJO, N. Câmara dos Deputados. **Empresa criada para gerir hospitais universitários é criticada em audiência pública**. 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/558662-EMPRESA-CRIADA-PARA-GERIR-HOSPITAIS-UNIVERSITARIOS-E-CRITICADA-EM-AUDIENCIA-PUBLICA.html>. Acesso em 22 de junho de 2019.
- BARBOSA, P. R. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos em gestão. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n.2, p. 67-98, 1996
- BARROS, R. T. **Empresa brasileira de serviços hospitalares**: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.
- BARROS, R. T. de. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **RMP-Revista dos Mestrados Profissionais**, v. 2, n.1, 2013.
- BERNARDES A., et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Cien. Saude Colet.**, 2007.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 3 de 18 de agosto de 2017**. Secretaria de Orçamento Federal. nº 160. Brasília: 2017. Disponível em: <https://static-files.folhadirigida.com.br/uploads/portaria-que-estabelece-quadro-maximo-de-pessoal-na-ebserh.pdf>. Acesso em 21 de Junho de 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 18 de junho de 2019.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____a. Governo Federal. **Programa Mais Médicos**. s.d.. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus>. Acesso em: 23 de Maio de 2019.

_____b. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona**. s.d. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 25 de Maio de 2019.

_____c. Ministério da Educação. **Hospitais Universitários**, s.d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>. Acesso em: 13 de junho de 2019.

_____d. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ministério da Educação. **Pronto Atendimento do HUIB atendeu 16 mil pacientes de janeiro a julho deste ano, 2017**. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/huib-ufcg/noticia-aberta/-/asset_publisher/Zo21hrThpSTk/content/id/2417382/2017-09-pronto-atendimento-do-huib-atendeu-16-mil-pacientes-de-janeiro-a-julho-deste-ano. Acesso em: 19 de junho de 2019.

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

Recife: EDUFEPE. 2003.

CECILIO, 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? **Saude soc.**, 2004.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Distribuição das transferências acumuladas do ano**. 2019. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/municipios/transferencias>. Acesso em: Maio de 2019.

CONTROLAODRIA-GERAL DA UNIÃO. **Portal da transparência dos recursos públicos federais**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2018>>. Acesso em: maio de 2019.

COSTA, M. T. P.; PESSOA, C. M. Condições do ambiente sociogerencial e cultura organizacional: um estudo em um hospital da EBSEH. **CIDESP - Congresso Internacional de Desempenho do Setor Público**, Brasil, set. 2017. Disponível em: <http://cidesp.com.br/index.php/>. Acesso em: junho de 2019.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizadora. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

EBSEH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: diretrizes técnicas**. Versão 1.0, março

2013. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/paginas/2019-05/EBSERH_Estrutura%20Organizacional%20dos%20HUs%20sob%20gest%C3%A3o%20da%20EBSERH.pdf. Acesso em: 18 de junho de 2019.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre os Hospitais Universitários Federais**, s.d. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 19 de junho de 2019.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. de. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 6, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>>. Acesso em 18 de Junho de 2019.

FARIAS, J. S., et al. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. **Rev. Adm. Pública**, 2011.

GOMES, K. K. de S.; et al. Novo modelo de gestão para hospitais universitários: Percepção dos profissionais de saúde. **Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 283-298, 2015.

GOMES, H. O. **A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e os Hospitais Universitários Federais**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca FIOCRUZ, 2012.

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie. In: **Hospital Pequeno Príncipe suspende pronto atendimento pelo SUS por tempo indeterminado**. Site G1 Paraná, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2019/05/08/hospital-pequeno-principe-suspende-pronto-atendimento-pelo-sus-por-tempo-indeterminado.ghtml>. Acesso em: 19 de junho de 2019.

LITTIKE, D., SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Cien. Saude Colet.**, 2015.

LITTIKE, D. **Improvizando a gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário Federal**. 2012. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012. Disponível em: <https://portais4.ufes.br/>. Acesso em: junho de 2019.

MARINHO, R. N. **Implicações estruturais e comportamentais na implementação do modelo de gestão da ebserh em um hospital universitário**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo. 2016.

MARQUES, R. M. M.; MENDES, Á. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 159-175, jan. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643043/10595>>. Acesso em: 12 maio 2019.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de administração pública: foco nas instituições e ações governamentais**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. **American journal of sociology**, p. 340-363, 1977.

MINAYO, M. C. de S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 245-246, dez. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 jun. 2019.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. G. de. **Teoria geral da administração**. 3. Ed. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

OLIVEIRA, C. M. al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 10, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13322014>>. Acesso em 24 de Junho de 2019.

OLIVEIRA, M. M. et al. **Manual do Trabalho de Curso**. Universidade Federal de Campina Grande. Unidade Acadêmica de Ciências Contábeis. Bacharelado em Administração. 2015.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: Maio de 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Maio de 2019.

PESSOA, C. M. **Cultura organizacional e condições de trabalho: impactos da contratualização de um Hospital Universitário com a EBSERH**, 2018

SALDANHA, C. **Introdução à gestão pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SALU, E. J. **Administração Hospitalar no Brasil**. Barueri, SP: Manole, 2013.

SCHULTZ, G. **Introdução à gestão de organizações**. Coordenado pela SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016.

SILVA, A. A. da. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre. 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp Acesso em: Maio de 2019.

SODRÉ, F.; et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, 2013.

SOUZA, C. C. de et al . Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de junho de 2019.

SOUZA-PIRES, J. C.; MACÊDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **RAP** Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-105, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: junho de 2019.

VALDEVINO NETO, J. **Conflitos entre enfermeiros com diferentes regimes de trabalhos de um hospital universitário federal**. João Pessoa, 2017.

VASCONCELOS, A. M. de; et al. Hospitais universitários e profissionais de saúde em tempos de crise estrutural do capital. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. v. 1, n. 1, 2018.

VASCONCELLOS FILHO, P. de. Análise ambiental para o planejamento estratégico. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 115-127, June 1979 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901979000200009&lng=en&nrm=iso>. accesson 25 June 2019.

VENDEMIATTI, M., et al. Conflito na Gestão Hospitalar: O Papel da Liderança. **Cien. Saude Colet.**, 2010.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIEIRA, K. R. **Transformações estruturais e institucionais da gestão do HULW/UFPB com o advento da EBSEH**. Natal, 2017.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE**, v. 8, nº 1, artigo 4, Rio de Janeiro, março, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v8n1/a04v8n1.pdf>. Acesso em: junho de 2019.