

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração

Mestrado

Lara Jamille Silveira Silva

**ANÁLISE DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS E DO EQUILÍBRIO
FINANCEIRO:
estudo de caso em hospitais do estado de Minas Gerais**

Belo Horizonte
2017

Lara Jamille Silveira Silva

**ANÁLISE DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS E DO EQUILÍBRIO
FINANCEIRO:**

estudo de caso em hospitais do estado de Minas Gerais

Dissertação Apresentada ao Curso de Mestrado
em Administração do Centro Universitário
Unihorizontes, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva

Linha de Pesquisa: Tecnologias de Gestão e
Competitividade

Área de Concentração: Organização e Estratégia

Belo Horizonte
2017



Centro Universitário Unihorizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO
DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **LARA JAMILE SILVEIRA SILVA**

Matrícula: 770735

LINHA DE PESQUISA: TECNOLOGIAS DE GESTÃO E COMPETITIVIDADE

ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva

TÍTULO: **ANALISE DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS E EQUILIBRIO
FINANCEIRO: estudo de caso em hospitais do estado de Minas Gerais.**

DATA: 18/04/2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva
ORIENTADOR
Centro Universitário Unihorizontes

Prof.ª Dr.ª Eliane Bragança de Matos
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. Alexandre Teixeira Dias
FUMEC

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

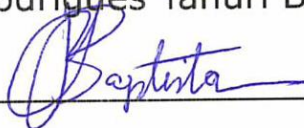
Declaro ter procedido à revisão da Dissertação de Mestrado, área de concentração: Organização e estratégia, de autoria de Lara Jamille Silveira Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: **"ANÁLISE DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS E DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO: estudo de caso em hospitais do estado de Minas Gerais"**, contendo 86 páginas.

Dados da revisão:
 Aspectos linguísticos
 Aspectos textuais

Belo Horizonte, 28 de março de 2016.

Prof.(a): Patrícia Rodrigues Tanuri Baptista

Assinatura: _____



Aos meus amados pais e irmãos, por serem fonte de inspiração em minha vida e meu porto seguro nos momentos de dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por cuidar de mim em todos os momentos, enviando pessoas para mostrar sua presença, seu cuidado e carinho nos momentos turbulentos e incertos.

Ao meu orientador, professor Dr. Wendel Alex Castro Silva, pela dedicação, orientação e sábios ensinamentos ao longo do curso.

Aos meus pais, José Lopes e Maria das Graças, pelo exemplo de vida e por sempre se esforçarem a me oferecer “o melhor” em todos os aspectos, especialmente no que diz respeito à minha educação.

Aos meus irmãos, Bergson, Thiago e Gabriel, pelo amor, amizade e companheirismo.

Às minhas sobrinhas Lavínia e Liz, por renovarem a vida em minha família.

Ao Dr. Juliano Arruda, pelas palavras de incentivo e acima de tudo por acreditar em mim, suas palavras foram decisivas para a continuidade e conclusão deste curso.

Aos professores, por contribuírem para minha formação e construção do meu conhecimento.

Aos colegas mestrandos, por tantas trocas, ensinamentos e convivência.

À Prefeitura de Sete Lagoas/Secretaria Municipal de Saúde, pela minha liberação na participação do curso.

Às instituições pesquisadas, pela disponibilidade com que me receberam, pela presteza e gentileza na disponibilização das informações.

“Recebei a instrução e não o dinheiro.
Preferi a ciência ao fino ouro, pois a sabedoria vale mais que as pérolas e jóia
alguma a pode igualar”.

Provérbios 8:11

RESUMO

De acordo com Cislaghi, Teixeira e Souza (2011), para o acesso universal à saúde pública, é preciso ter um padrão de financiamento que repõe diariamente os recursos investidos no SUS, assim como a superação da relação entre o público e o privado, em que a esfera privada, cada vez mais, assume a gestão desses serviços, deixando quem não pode pagar por um plano privado à mercê da sorte em conseguir um atendimento digno no que tange à sua saúde. Esta dissertação tem por objetivo descrever e analisar os arranjos organizacionais e o modelo de financiamento e suas implicações no processo de eficiência técnico-financeira em três hospitais, um público, um filantrópico e um privado, na percepção de gestores hospitalares das instituições pesquisadas. A revisão da literatura abordou os temas “Teoria institucional”, “Arranjos organizacionais” e “Modelos de financiamento”. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se o método multicase. A coleta de dados contemplou 9 entrevistas semiestruturadas com gestores administrativos e financeiros dos hospitais pesquisados. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. Com relação aos principais resultados, observou-se que, em termos de processos de gestão, as estruturas são definidas e as gerências influentes nas referidas áreas de atuação. A estrutura física é deficiente em termos estruturais e legais para os hospitais municipais e filantrópicos. Identificou-se que os hospitais operam com diferentes arranjos organizacionais, que se organizam conforme a natureza jurídica da instituição. Os hospitais filantrópicos possuem arranjos relacionados ao SUS, ou seja, governo público, atividade privada e convênios. Com relação ao arranjo dos hospitais privados, percebeu-se que esses são voltados para a eficiência, utilizando-se de convênios, atendimentos particulares e que realizam parcerias apenas com fornecedores. Já os hospitais públicos possuem arranjos apenas do governo federal, estadual e municipal, sejam eles por meio de repasses do SUS ou emendas parlamentares. Possuem parceria fraca com a sociedade civil, tendo em vista não possuírem nenhuma parceria consolidada. Constatou-se dificuldade financeira em todos os hospitais pesquisados, tendo como fator predominante a dificuldade de repasses de recursos pelos órgãos competentes, bem como fatores relacionados à gestão hospitalar.

Palavras-chave: Arranjos organizacionais. Equilíbrio financeiro. Hospitais de Minas Gerais.

ABSTRACT

According to Cislighi, Teixeira, and Souza (2011), universal access to public health requires a standard of financing that replaces daily resources invested in the SUS, as well as overcoming the relationship between public and private, in That the private sphere increasingly assumes the management of these services, leaving those who can not pay for a private plan, at the mercy of luck in achieving a dignified service with regard to their health. This dissertation aims to describe and analyze organizational arrangements and the financing model and their implications in the process of technical and financial efficiency in a public hospital, a philanthropic and a private hospital, in the perception of hospital managers of the institutions studied. The literature review addressed the themes "Institutional Theory", "Organizational Arrangements" and "Funding Models". It is a descriptive research, with a qualitative approach, using the multicases method. Data collection included 9 semi-structured interviews with administrative and financial managers of the hospitals surveyed. The data were analyzed using the technique of content analysis. Regarding the main results, it was observed, in terms of management processes, the structures are defined and the influential managements in said area of performance. The physical structure is deficient in structural and legal terms for municipal and philanthropic hospitals. It was identified that the hospitals operate with different organizational arrangements, it was perceived that the arrangements are organized according to the legal nature of the institution. The philanthropic hospitals have arrangements related to the SUS, that is, public government, private activity and covenants. With regard to the arrangement of private hospitals, it was noticed that these are focused on efficiency, using agreements, private care and partnerships only with suppliers. Public hospitals, on the other hand, have only federal, state and municipal government arrangements, be it through transfers from the SUS or parliamentary amendments. It has a weak partnership with civil society, in view of having no consolidated partnership. It was found financial difficulty in all the hospitals surveyed, having as a predominant factor the difficulty of onlending resources by the competent organs, as well as factors related to hospital management.

Keywords: Organizational arrangements. Financial balance. Hospitals of Minas Gerais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- Mapa da Região Ampliada de Saúde – Sete Lagoas/Curvelo	27
QUADRO 1	- Rede Física Instalada do Sistema Municipal de Saúde	26
QUADRO 2	- População Referenciada da Macrorregião de Sete Lagoas	28
QUADRO 3	- Perfil dos entrevistados	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- Percepção quanto aos atendimentos desejados no hospital	66
TABELA 2	- Percepção quanto à importância de indicadores estratégicos	68
TABELA 3	- Percepção quanto às estratégias utilizadas	70
TABELA 4	- Percepção quanto ao diferencial competitivo do hospital	71
TABELA 5	- Percepção quanto ao grau de autoridade na tomada de decisão no hospital	74
TABELA 6	- Percepção quanto ao controle de processos no hospital	77
TABELA 7	Percepção quanto à manutenção de estrutura de serviços	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
ANPAD	- Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIDOTH	- Comissão de Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos
CIPA	- Comissão de interna de prevenção de acidentes
DRU	- Desvinculação de Receitas da União
EU	- Urgência e Emergência
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PPP	- Parceria Público-Privada
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SPELL	- <i>Scientific Periodicals Eletronic Library</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
PFI	- Private Finance Initiative
PGRSS	Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problematização	15
1.2	Objetivos	17
1.3	Objetivo geral	17
1.4	Objetivos específicos	17
1.5	Justificativa	17
2	AMBIÊNCIA DO ESTUDO	20
2.1	O setor hospitalar	20
2.2	O Sistema Único de Saúde (SUS).....	22
2.3	A Região de saúde estudada	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	Teoria institucional	29
3.1.1	Conceitos da teoria institucional	33
3.2	Arranjos organizacionais	35
3.2.1	Parceria Público Privado na Saúde	45
3.3	Modelo de financiamento em hospitais	47
4	METODOLOGIA DE PESQUISA	56
4.1	Tipo, abordagem e método de pesquisa	56
4.2	Unidade de análise e sujeitos da pesquisa	56
4.3	Técnica de coleta de dados	57
4.4	Técnica de análise de dados.....	58
4.5	Caracterização das unidades de análise	58
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	62
5.1	Perfil sociodemográfico dos entrevistados.....	62
5.2	Estrutura organizacional	63
5.3	Arranjo organizacional em Hospitais.....	72
5.4	Modelo de financiamento em Hospitais.....	79
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6.1	Limitações da pesquisa	91
6.2	Sugestões para futuros estudos	91
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	98

1 INTRODUÇÃO

O segmento hospitalar apresenta certas especificidades em relação ao mundo do trabalho (PINHO *et al.*, 2003). Essa área agrupa tecnologias, infraestrutura, profissionais e saberes diversificados, possui configuração técnica e social peculiar, em que a divisão do trabalho é extremamente precisa, assim como composta por diferentes modelos de ação profissional, sustentados em competências, saberes e múltiplas estratégias.

O funcionamento hospitalar é rico em processos produtivos altamente integrados, portanto, devido a essa complexidade, e para atingir plenamente seus objetivos, o hospital precisa estruturar de maneira racional todos os setores e ter uma estratégia bem elaborada (PINHO *et al.* 2003). As organizações hospitalares são fundamentais devido à sua função econômica e social, além de possibilitarem a promoção da saúde das pessoas. São empresas que possuem uma enorme complexidade em relação à gestão e à sua estrutura organizacional (GONÇALVES, 1998; BERNADES, *et al.*, 2007; HANSEN; GUIMARAES, 2009; ARAÚJO, 2010).

De acordo com Pinho *et al.* (2003), a importância das organizações hospitalares pode ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em especial e com a sociedade, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas, como no nascimento, na doença e na morte. O processo de trabalho no setor de saúde reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas que se realizam sob a base da cooperação em um cenário dinâmico e de constantes mudanças (PINHO *et al.*, 2003).

Nesse sentido, Zanon (2001) pondera que a área hospitalar tem se modificado ao longo do tempo no que diz respeito aos seus processos e à sua forma de gestão. A preocupação é pela busca constante de melhoria, com recursos focados em qualidade assistencial e uma gestão baseada em evidências e resultados, sempre em consonância com o ambiente interno e externo. Corroborando, Hansen e Guimaraes (2009) salientam que o hospital, sendo um sistema integrado e inserido

em um contexto complexo e flexível como o da saúde, necessita de planejamento e estratégia visando à sua sobrevivência.

De acordo com Bouer e Carvalho (2005), a estrutura, assim como o arranjo organizacional são fatores relevantes para a prática e implementação de uma estratégia organizacional. Por definição “arranjos organizacionais são formas de organização do trabalho decorrente de um formato da organização geral da empresa” (MÁSCULO; VIDAL, 2011 p. 427). Assim sendo, o arranjo organizacional fornece elementos para a indicação sobre os principais direcionadores de uma estratégia organizacional, permitindo à empresa verificar sua viabilidade financeira e institucional, com base no arranjo escolhido.

Para Mizumoto e Zylbersztajn (2011), para a escolha do arranjo organizacional, é necessário considerar os diversos níveis de incentivo e de controle que a organização precisa para constituir suas atividades. Em se tratando de organizações hospitalares, não é diferente, os gestores devem buscar alternativas mais eficientes de arranjos e gestão, uma vez que, conforme Lima-Gonçalves *et al.* (2009), um dos determinantes organizacionais mais importantes é o arranjo organizacional.

De acordo com Forgia e Couttolenc (2009), os incentivos provenientes dos sistemas de pagamento, do ambiente político e de mercado afetam o comportamento dos hospitais. Contudo os hospitais são organizações com configurações diferenciadas e respondem de forma diferente dependendo de seu grau de autonomia, responsabilização e exposição ao mercado. Assim, tais arranjos organizacionais têm relação direta com a habilidade dos gestores hospitalares de atuarem em função dos incentivos e modelos de financiamento.

Com relação ao financiamento em saúde, as informações estatísticas não deixam margens para dúvidas: realmente o Brasil destina pouco, uma pequena parte do orçamento, à rubrica da saúde, o que se torna mais evidente se os valores forem comparados aos de outros sistemas de saúde (universais ou não). Segundo levantamento realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, o Estado brasileiro aplicou apenas 4,1% dos seus recursos no setor. Em 2012, foram

6%. Nesses mesmos anos, a Argentina investiu 14,7% e 13,7%, respectivamente. O financiamento público à saúde no Brasil, que representou 44% do total em 2012, está distante de países onde o acesso ao serviço é universal e integral, como recomenda a OMS. No Reino Unido, 82,6% dos recursos voltados à saúde são públicos e na Suécia o índice é de 78,1% (OMS, 2014).

Atualmente, no Brasil, os serviços de Urgência e Emergência (UE) funcionam acima de sua capacidade, com superlotação de prontos-socorros, número insuficiente de profissionais, ausência de treinamento ou capacitação desses, demanda em excesso ou inadequada, recursos insuficientes com gerenciamento precário, transporte fragmentado e desorganizado, ausência de assistência especializada de urgência, atendimento e acúmulo de pacientes de baixo risco e sem planejamento efetivo (SOUZA, 2012).

Para o autor, o atendimento nos serviços de UE é ainda, na maioria dos casos, realizado independentemente da capacidade, dos equipamentos, ou da estruturação para tal e com a ausência de avaliação da situação da doença, sendo priorizada a ordem de chegada dos pacientes, sem qualquer classificação de risco.

1.1 Problematização

De acordo com Cislighi, Teixeira e Souza (2011), para o acesso universal à saúde pública, é preciso ter um padrão de financiamento que repõe diariamente os recursos investidos no SUS, assim como a superação da relação entre o público e o privado, em que a esfera privada, cada vez mais, assume a gestão desses serviços, deixando quem não pode pagar por um plano privado à mercê da sorte em conseguir um atendimento digno no que tange à sua saúde.

O gerenciamento dos recursos públicos destinados à saúde e da aplicação do orçamento público não é apenas uma peça técnica que explicita as fontes de financiamento e as despesas apresentadas pelo Poder Executivo e aprovadas pelo Poder Legislativo. Ele é, principalmente, um palco de disputas políticas de diferentes sujeitos que interferem na origem e no destino de recursos em função de interesses de classes e de grupos sociais (CISLAGHI; TEIXEIRA; SOUZA, 2011).

O orçamento público – que engloba todo o financiamento público, as atividades tributárias, a quantidade de moeda em circulação, e outras características e ações governamentais relacionadas à situação econômica e de aprimoramento do capitalismo – é proveniente das classes sociais, sendo assim não deve ser visto apenas como uma demonstração de finanças que são usadas somente para concentrar o capital, ou inteiramente como manifestação da força de trabalho (OLIVEIRA, 1998). O capital público pode ser descrito, segundo Cislighi, Teixeira e Souza (2011), como uma luta das classes proveniente da rivalidade entre o capital e o trabalho. Assim, a disputa de fundos monetários é compreendida como uma manifestação dos trabalhadores para empregar a verba pública para subsidiar suas necessidades por meio de políticas sociais.

Já o capital consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a dívida pública (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Desse modo, apesar de as fontes de financiamento e do montante de recursos que garantiriam a estabilidade e suficiência do sistema de Seguridade Social brasileiro serem assegurados constitucionalmente, passa, a despeito das regras constitucionais, a prevalecer a instabilidade de receitas e um colapso na assistência à saúde da população.

No caso da saúde, a lógica de financiamento tem historicamente beneficiado o setor privado, que recebe do SUS por meio do pagamento de procedimentos realizados pela rede contratada.

Portanto, Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que um elemento crucial para determinar a eficiência de um hospital é a forma como ele utiliza os recursos disponíveis para produzir tratamentos e outros serviços clínicos e não clínicos e suas estratégias. A aplicação inadequada de recursos impede a prestação eficiente de serviços, o que pode comprometer a qualidade dos serviços e resultar em custos mais elevados. O anseio em atingir a eficiência é o que mobiliza os arranjos organizacionais e as práticas gerenciais internas, que, por sua vez, contribuem para

a eficiência, a equidade e a qualidade dos serviços na área hospitalar (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Diante do exposto, emerge a pergunta norteadora deste estudo: **como os modelos de financiamento influenciam nos arranjos organizacionais dos hospitais regionais?**

1.2 Objetivos

Com a intenção de atender aos propósitos da pesquisa, foram formulados os seguintes objetivos:

1.3 Objetivo geral

Esta pesquisa tem como objetivo principal descrever e analisar os arranjos organizacionais e o modelo de financiamento e suas implicações no processo de prestar assistência com a maior qualidade e o menor custo, em três hospitais, um público, um filantrópico e um privado, na percepção dos gestores hospitalares das instituições pesquisadas.

1.4 Objetivos específicos

- a) Identificar a estrutura organizacional e a tipologia dos hospitais no cenário regional;
- b) Identificar e analisar o tipo de arranjo que os hospitais operam;
- c) Identificar e analisar os tipos de financiamento;
- d) Relacionar os tipos de arranjos organizacionais com os tipos de financiamento.

1.5 Justificativa

Para a realização deste estudo, procedeu-se a uma busca por artigos publicados, no período de 2010 a 2016, que abordassem a temática arranjos organizacionais e equilíbrio financeiro na base de dados *Scientific Periodicals Eletronic Library*

(SPELL) e nos anais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD).

Ao pesquisar utilizando o filtro 'arranjos organizacionais', foram encontrados três artigos. Utilizando o filtro 'equilíbrio financeiro', foram encontrados três artigos. Observou-se que, desses artigos pesquisados, nenhum correlacionava arranjos organizacionais e equilíbrio financeiro em hospitais regionais.

Desse modo, percebe-se que, mesmo diante de pesquisas já realizadas na área, identifica-se a oportunidade para a elaboração de análises que expressam os arranjos organizacionais e os modelos de financiamento e suas implicações no processo de eficiência técnico-financeiro em hospitais regionais.

A saúde pública é o problema mais preponderante enfrentado pela população brasileira em seu cotidiano. Dessa forma, o estudo torna-se relevante por tratar da problemática dos grandes investimentos em atendimento do setor de saúde, que são de suma importância para a sociedade, no entanto não são revertidos em benefício para os indivíduos, uma vez que a saúde é direito do cidadão segundo a Constituição Federal (BRASIL, 2011a).

Na visão de La Forgia e Couttolenc (2009), a falta de dados relevantes, uniformes e estruturados referentes à qualidade e eficácia do serviço prestado, além da falta de informações sobre o valor de todas as atividades do setor hospitalar no atendimento público, privado e filantrópico, colocam barreiras no desempenho do gestor, o que dificulta o aprimoramento do setor, tornando-se um obstáculo e, conseqüentemente, causando a ineficiência. Para que haja uma mudança que beneficie todos os envolvidos, funcionários e pacientes, é fundamental saber como todo processo da estrutura hospitalar é feito, mantendo a transparência na utilização dos recursos financeiros, para adquirir equipamentos e materiais e sendo cautelosos e respeitosos na escolha dos recursos humanos. Essas questões garantem a sustentabilidade do sistema de saúde no Brasil.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, considerando esta Introdução. No capítulo dois, encontra-se a ambiência da pesquisa. No capítulo três, apresenta-

se o referencial teórico. No capítulo quatro, descrevem-se os procedimentos metodológicos. No capítulo cinco, procede-se à apresentação e análise dos resultados. Por fim, no capítulo seis, formulam-se as considerações finais, seguidas das referências consultadas e do apêndice.

2 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Este capítulo aborda a ambiência do estudo. Os seguintes tópicos serão abordados: O setor hospitalar e o Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1 O setor hospitalar

A rede hospitalar destaca-se no setor de prestação de serviços devido a sua alta relevância nos vários trabalhos ofertados. Além disso, é alta a complexidade e concentração dos serviços, uma vez que requer uma quantidade apreciável de profissionais de várias áreas e alocação de recursos financeiros e tecnológicos.

Segundo Araújo, Araújo e Musetti (2012), os hospitais possuem a função de servir à população promovendo a saúde com completa assistência médica, preventiva, terapêutica e curativa, sendo essenciais à comunidade, com grande importância e participação na vida das pessoas. Para os autores, os hospitais são compostos por três subsetores principais - filantrópico, público e privado -, descritos a seguir.

Os hospitais filantrópicos são caracterizados por serem conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e para isso é preciso que destinem no mínimo 60% de ocupação e prestação de serviços ao SUS, obtendo assim recursos financeiros e isenções tributárias (TRIVELATO, *et al.*, 2015).

Já os hospitais públicos, são os que possuem convênio com o SUS. Portanto, a maior parte de seus recursos é proveniente do orçamento público, o qual depende diretamente de arrecadação. Os hospitais públicos integram o patrimônio da União, do Estado, dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 1975).

Os hospitais de direito privado integram o patrimônio de uma pessoa, seja ela física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1975).

Os hospitais estão entre as mais complexas organizações a serem administradas, isso porque neles encontram-se reunidos vários serviços e situações diferenciadas e

simultâneas, seja na lavanderia, no serviço de limpeza, na vigilância, na assistência médica, nos restaurantes, tudo isso visando ao atendimento ao usuário (CELESTINO, 2002; RUAS, 2003; LIMA GONÇALVES *et al.*, 2009; ARAUJO, 2010).

Forgia e Couttolenc (2009) ponderam que um elemento crucial para determinar a eficiência de um hospital é a forma como ele utiliza os recursos disponíveis para produzir tratamentos e outros serviços clínicos e não clínicos e as suas estratégias. A aplicação inadequada de recursos impede a prestação eficiente de serviços, o que pode comprometer a qualidade dos serviços e resultar conseqüentemente em custos mais elevados. O anseio em conseguir eficiência é o que mobiliza os arranjos organizacionais e as práticas gerenciais internas, que, por sua vez, contribuem para a eficiência, a equidade e a qualidade dos serviços na área hospitalar (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Ainda de acordo com Forgia e Couttolenc (2009), os incentivos provenientes dos sistemas de pagamento e dos ambientes de políticas e de mercado afetam o comportamento dos hospitais, contudo hospitais com configurações diferenciadas e de propriedade respondem de forma diferente dependendo de seu grau de autonomia, responsabilização e exposição ao mercado. Nesse sentido, tais arranjos organizacionais têm relação direta com a habilidade dos gestores hospitalares de atuarem em função dos incentivos externos.

Marinho *et al.* (2001) afirmam que são vários os assuntos a serem levados em consideração quando se fala a respeito de hospital. Esses autores colocam como principais: a integração do setor público e privado no que tange aos gastos financeiros; a primazia em atender uma grande parte da população; e o eminente incômodo nas organizações e na população que provém da dificuldade no atendimento causado pelo excesso de demanda em relação à quantidade de profissionais disponíveis para a realização de atendimentos, o que acaba por gerar filas e maior tempo de espera para os pacientes.

Várias concepções sobre hospitais são feitas por estudiosos que promovem pesquisas na área da saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os estabelecimentos prestadores de serviços relacionados à saúde são entendidos

como lugares que têm por objetivo providenciar assistência médica e hospitalar a doentes em caráter de internação. Para Mintzberg (1995), estruturalmente, os hospitais são vistos como uma forma profissional de burocracia.

As alocações hospitalares podem ser categorizadas segundo o modo de administração ou segundo o grau de prestação de atendimento (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009). Segundo a forma de administrar, são públicos (com jurisdição estadual ou municipal) e privados (dividindo-se em conveniados, contratados pelo SUS ou não contratados). Segundo o grau de prestação de serviços, são categorizados em: 1) atendimento básico ou de pouca dificuldade: são organizados em atendimentos de atenção primária e ambulatorial; 2) atendimento de alto grau de complexidade: que são os atendimentos mais trabalhosos, pelo custo por paciente, pela tecnologia designada e pelos cuidados despendidos tanto em cirurgias cardíacas, transplantes, oncologia, como em pós-operatórios e outros; 3) atendimento de média complexidade: uma divisão que não tem uma definição, onde são colocados os atendimentos que não se encaixam nas outras categorias.

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. É constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, pela iniciativa privada que a ele se vincule (BRASIL, 1998).

Por constituir um sistema democrático, o SUS, além de atender a sociedade no que tange à saúde de modo geral, deve também assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços de saúde. Esse direito requer a participação de todos esses segmentos no processo de tomada de decisão sobre as políticas que são definidas no seu nível de atuação, assim como no controle sobre a execução das ações e serviços de saúde. Essa participação acontece através dos Conselhos de Saúde (LANDERDHAL *et al.*, 2010).

De acordo com o Portal Saúde (2015), o Sistema Único de Saúde (SUS) é no mundo um dos maiores sistemas de saúde pública, abrangendo tanto atendimento ambulatorial simples até transplantes de órgãos, e garantindo saúde de acesso integral, gratuito e universal a todo país.

Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 1998).

Os custos do SUS utilizam os recursos da seguridade social em todas as três esferas do governo e contam com a participação complementar do setor privado, sempre se pautando nas diretrizes de descentralização, tendo um único comando em cada esfera do governo, hierarquização e regionalização (DOBASHI; BRETAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Com vista à eficiência do SUS, o Ministério da Saúde e as três esferas do governo necessitam alocar maiores recursos com base nas necessidades da população, incrementando suas ações para que se aumente o impacto do gasto público na qualidade dos serviços de saúde pública (OCKÉ-REIS, 2010).

O pleno exercício desse direito, no entanto, estabelece a superação das barreiras econômicas, sociais e culturais que ainda se interpõem entre os usuários e o sistema de serviços de saúde. Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços, o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos, ou seja, é um repasse dos tributos que a sociedade já paga.

O público-alvo que mais utiliza os serviços de saúde do SUS faz parte da população de baixa renda, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habita a periferia das grandes cidades, não possuindo condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes, até por motivo de não ter como pagar sequer o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde (TEIXEIRA, 2011).

Assim, por outro lado, o Estado precisa dispor de um volume de recursos financeiros capaz de ser investido na ampliação da infraestrutura do sistema, isto é, na construção e reforma de unidades de saúde, na compra de equipamentos e insumos e na contratação e pagamento de pessoal qualificado a trabalhar na produção de ações e serviços de saúde de distintas naturezas e graus de complexidade. Enfim, para garantir a universalização do acesso ao SUS, é preciso um esforço para a garantia do financiamento do sistema, bem como para o gerenciamento dos recursos financeiros de modo a que sejam utilizados na expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde em todo o país, para que os princípios segundo os quais o SUS foi criado, sustentados pela Constituição Brasileira, sejam contemplados por toda a população com o mínimo de qualidade e dignidade (TEIXEIRA, 2011).

2.3 A Região de saúde estudada¹

Sete Lagoas é uma cidade de porte médio com população estimada/2013 de 227.571 mil habitantes segundo censo IBGE 2010, sua área de extensão corresponde a 537 km², situada a 76 km da capital mineira Belo Horizonte, e tem como vias de acesso a BR 040 e a MG 424. A economia é centrada na agricultura, pecuária, comércio e indústria, destacando-se o polo siderúrgico como uma das principais fontes de geração de emprego e renda para a população do município.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - PDR/SES/MG, o polo da Microrregião de Sete Lagoas é composto dos seguintes municípios: Abaeté, Araçaí, Baldim, Biquinhas, Cachoeira da Prata, Caetanópolis, Capim Branco, Cedro do Abaeté, Cordisburgo, Fortuna de Minas, Funilândia, Inhaúma, Jequitibá, Maravilhas, Morada Nova de Minas, Paineiras, Papagaios, Paraopeba, Pequi, Pompéu, Prudente de Moraes, Quartel Geral, Santana de Pirapama e Sete Lagoas.

A Unidade Regional de Saúde - URS de Sete Lagoas é composta por 35 municípios, os quais estão divididos em 02 regiões de saúde: Curvelo e Sete Lagoas.

¹ Informações Disponibilizadas no Plano Municipal da Saúde de Sete Lagoas (2014-2017)

A divisão administrativa do Município é composta por 02 distritos: Sete Lagoas e Silva Xavier, e 17 povoados: Barreiro, Estiva, Fazenda Velha, Fazenda Nova, Lontra, Lontrinha, Manga, Matas, Morro Redondo, Paiol, Paredão, Pedras, Pião, Riacho do Campo, Tamanduá, Wenceslau Brás e Areias.

A população de Sete Lagoas é predominantemente urbana, existindo pouquíssima variação do ano de 2000 a 2010 segundo quadro abaixo.

Em sua economia, o município conta com diversas empresas e indústrias, que estão concentradas na extração de calcário, mármore, ardósia, argila, areia e na produção de ferro-gusa. Tem como principal fonte a atividade siderúrgica primária, mas possui empresas importantes em outras áreas como a AmBev, Iveco-Fiat, Elma Chips, Bombril, Sada Forjas, Embrapa, Itambé e outras.

Em 2010 foi inaugurado o Shopping da cidade, que possui cerca de 140 operações, sendo 4 âncoras, 6 megalojas, um cinema com 4 salas (uma em 3D), uma praça de alimentação para 540 lugares e estacionamento para 1.300 carros.

De acordo com a Fundação João Pinheiro (FJP), Sete Lagoas está entre os 10 maiores municípios de Minas Gerais, por ser o polo da indústria mineira de gusa e por abrigar ainda a fábrica da Iveco (marca de caminhões e utilitários FIAT). Segundo o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), Sete Lagoas está na lista das 10 cidades que mais exportaram em 2007. Itabira, Nova Lima, Ouro Preto Varginha, Betim, Araxá, Ouro Branco, Sete Lagoas, Belo Oriente e Timóteo foram responsáveis por 59,7% das exportações mineiras, puxadas, sobretudo, pela cadeia mineral e metalúrgica.

O Município de Sete Lagoas tem se organizado de forma a buscar um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo, para assim proporcionar o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população local através da realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Como o perfil de morbimortalidade do município se caracteriza pelo envelhecimento progressivo da população, e pelo predomínio das doenças crônico-degenerativas como as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e os transtornos mentais, ações de saúde integrais de promoção de saúde, prevenção e

rastreamento/diagnóstico precoce voltado a esses grupos de doenças são fundamentais para o envelhecimento saudável.

Quadro 1 - Rede Física Instalada do Sistema Municipal de Saúde

Em relação à rede física instalada, o município de Sete Lagoas, conta com 432 unidades cadastradas no CNES.	Público	Filantropico	Privado	Total
Centro de Saúde/Unidade Básica	43	0	1	44
Policlínica	1	0	1	2
Hospital geral	1	1	1	3
Consultório isolado	3	0	293	296
Clínica/centro de especialidade	8	0	29	37
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	1	0	35	36
Unidade móvel de nível pré-hospitalar Urgência/Emergência	3	0	0	3
Farmácia	2	0	0	2
Unidade de vigilância em saúde	3	0	0	3
Hospital-dia/Isolado	1	0	0	1
Central de regulação de serviços de saúde	1	0	0	1
Centro de Atenção Hemoterapia e/ou Hematológica	1	0	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	3	0	0	3
Total	71	1	360	432

Fonte: Plano Municipal da Saúde de Sete Lagoas (2014-2017)

A rede do Município de Sete Lagoas é composta e estruturada por: (40) Equipes de Saúde da Família; (01) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Adulto; (01) Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência – CAPSi; (01) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad; (01); Centro Viva Vida de Referência Secundária à Saúde da Mulher e da Criança; (05) Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF; (01) Centro de Especialidade Odontológica; (01) Unidade de Pronto Atendimento – UPA Nível III; (01) Pronto Atendimento; (02) Hospitais de Média e Alta Complexidade de referência regional, sendo 01 próprio e 01 contratualizado; (01) Hospital Regional a ser inaugurado.

A seguir segue o mapa da região ampliada de saúde - Sete Lagoas – Curvelo.

Figura 1 - Mapa da Região Ampliada de Saúde – Sete Lagoas/Curvelo



Fonte: Plano Municipal da Saúde Sete Lagoas (2014-2017)

Legenda:

Verde Municípios da Microrregião de Sete Lagoas

Cinza Municípios da Microrregião de Curvelo

Quadro 2 - População Referenciada da Macrorregião de Sete Lagoas

Código	Nº	Município	População
310020	1	Abaeté	23.193
310320	2	Araçai	2.491
310480	3	Augusto de Lima	4.655
310500	4	Baldim	8.549
310700	5	Biquinhas	2.642
310920	6	Buenópolis	9.704
310960	7	Cachoeira da Prata	3.924
310990	8	Caetanópolis	9.911
311250	9	Capim Branco	9.155
311560	10	Cedro do Abaeté	1.228
311890	11	Cordisburgo	9.385
311910	12	Corinto	23.206
312090	13	Curvelo	74.409
312570	14	Felixlândia	14.158
312640	15	Fortuna de Minas	2.533
312720	16	Funilândia	3.801
313100	17	Inhaúma	5.535
313110	18	Inimutaba	6.663
313570	19	Jequitibá	5.706
313970	20	Maravilhas	7.137
314250	21	Monjolos	2.338
314350	22	Morada Nova de Minas	8.650
314360	23	Morro da Garça	2.968
314640	24	Paineiras	4.696
314690	25	Papagaios	15.124
314740	26	Paraopeba	23.146
314960	27	Pequi	4.434
315200	28	Pompéu	29.595
315320	29	Presidente Juscelino	4.382
315360	30	Prudente de Moraes	9.239
315370	31	Quartel Geral	3.325
315850	32	Santana de Pirapama	8.808
316060	33	Santo Hipólito	3.659
316720	34	Sete Lagoas	221.764
316935	35	Três Marias	27.648
Total			597.761

Fonte: Plano Municipal da Saúde de Sete Lagoas (2014-2017)

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta a revisão da literatura sobre a temática em estudo, abordando, por sua relevância, os seguintes tópicos: Teoria institucional, Arranjos organizacionais e Modelos de financiamento.

3.1 Teoria institucional

Segundo Vieira e Carvalho (2003) desde os trabalhos precursores de Phillip Selznick até os estudos recentes, a teoria institucional vem apresentando evoluções. Em 1957, Selznick escreveu um livro no qual ele desenvolveu um modelo de sistema natural, que ficou conhecido como teoria institucional. Nesse modelo, o autor analisa as organizações como sendo uma expressão estrutural da ação racional, visto que essas sofrem pressões do meio social e acabam se transformando em sistemas orgânicos (CARVALHO *et al*, 2009). Apesar de considerar a visão racional de que as organizações são planejadas para atingir metas, Selznick observou que seria impossível ignorar as dimensões não racionais do comportamento dos indivíduos dentro da organização, pois esses “não agem puramente baseados nos seus papéis formais, assim como as organizações também não agem puramente baseadas em suas estruturas formais” (VIEIRA; CARVALHO, 2003, p. 30). Diante disso, as dimensões técnicas foram sendo substituídas por elementos simbólicos durante o processo de mudança organizacional, para construção das tarefas e funções de uma organização.

Nessa perspectiva, os primeiros estudos sobre as organizações apresentavam uma definição de instituição com um caráter mais prescritivo. Dessa maneira, o que importava era a forma pela qual a organização poderia tornar-se uma instituição, isto é, como essa organização poderia obter legitimidade diante da sociedade e adquirir um caráter estável e, assim, garantir sua sobrevivência no mercado (PECI, 2005).

Para Fonseca e Silva (2010, p.17), as organizações estão inseridas em “ambientes dos quais elas retiram e a eles transmitem modos adequados de ação, sobretudo de natureza estratégica”, por isso a relação entre o ambiente e as organizações se

torna um tema central na teoria institucional. Nessa lógica, o ambiente não é delineado somente por recursos humanos, insumos materiais e econômicos, pois há presença também de elementos simbólicos, representados por sistemas de crenças, mitos, normas, programas profissionais, entre outros (CARVALHO *et al.*, 2009).

Dessa forma, como tentativa de contrapor o modelo racionalista, que tem como essência os processos técnicos, gerenciais e produtivos, a teoria institucional passa focar sua análise em elementos do sistema estrutural, cultural, nas relações e ações das organizações, ou seja, a teoria institucional reconhece as organizações e o ambiente como instituições simbólicas (FONSECA, 2003, DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Na visão de Tolbert e Zucker (1999), a teoria institucional tem por finalidade esclarecer os motivos que levam ao aparecimento de uma organização, como elas adquirem estabilidade ou são transformadas e como suas ações e culturas são engendradas. Meyer e Rowan (1992) ressaltam que a instituição representa um sistema que está condicionado pela compatibilidade da organização com as normas socialmente aceitas. Prosseguindo com essa maneira de analisar, os autores relatam que a legitimidade torna-se obrigatória para as organizações, como entidades sociais. Assim, as organizações tendem a adaptar suas estruturas e práticas aos princípios e valores presentes no seu ambiente de inserção. Dessa forma, a organização consegue aumentar suas chances de sobrevivência em um nível superior do que se fosse pela eficiência dos seus procedimentos e estratégias (MEYER; ROWAN, 1992).

O processo de institucionalização, segundo Peci (2005), compreende a maneira pela qual as organizações reconhecem seus processos por meio da criação de regras e normas associadas aos valores sociais. A autora relata ainda que esses processos ocorrem com mais frequência como resultado de processos miméticos e menos como uma consequência da competição. Assim, as organizações se tornam mais similares, sem necessariamente serem mais eficientes.

Meyer e Rowan (1992) afirmam, portanto, que o ambiente institucional passa a assumir um papel principal, pois são impostas às organizações regras que

determinarão novas situações e a redefinição das já existentes com o intuito de identificar seu caráter racional. Para os autores, essas regras são determinadas pelo meio social e cultural no qual as organizações estão inseridas e são transmitidas por meio de níveis cognitivos e sistemas de crenças. Logo, Scott (1995, p. 15) presume que “a realidade é construída pela mente humana em situações sociais”, contrariando a perspectiva funcionalista.

De acordo com Scott (1995), o ambiente institucional é caracterizado pela criação de regras e normas que as organizações tomam como obrigações para que obtenham legitimidade e suporte do ambiente. Segundo Perrow (1983), a partir de uma nova proposta de conceituação, o ambiente institucional teve sua definição ampliada para campo organizacional. Diante disso, uma das mais importantes contribuições que a teoria institucional trouxe foi a ampliação desse conceito, pois a compreensão da definição de campo organizacional é um dos pontos-chaves para analisar o ambiente institucional.

O campo organizacional, segundo DiMaggio e Powell (1983, p.148), é definido como um conjunto de organizações que “constituem uma área reconhecida da vida institucional: fornecedores-chaves, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares”. Carvalho e Vieira (2003, p.12) enfatizam que o campo organizacional pode apontar que o desempenho, ou caminho de uma organização ou grupo de organizações, “está vinculados às diretrizes valorativas e normativas dadas pelos atores externos, que se inserem nos diferentes níveis das organizações, afetando sua política e estrutura”.

De acordo com North (1991), as instituições são demarcadores criados pelos indivíduos que editam e organizam as interações políticas, sociais e econômicas. Esses delimitadores, segundo Hall e Taylor (2003, p.196), são “procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política”, que são elaborados para criar ordem e diminuir as incertezas em contextos de troca. Eles podem ser representados tanto por elementos formais quanto por informais. Os elementos formais são expressos por meio de regras sistematizadas, códigos legais, e os

elementos informais possuem natureza subjetiva e são fundamentados por meio de sanções, códigos de conduta, tradições e costumes (NORTH, 1991). Conforme assegura Scott (2005, p. 460), esses elementos demarcadores são “criados, difundidos, adotados e adaptados no espaço e no tempo, assim como eles caem em declínio e desuso”.

Para Hall e Taylor (2003), existem duas perspectivas que explicam como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos: a orientada ao comportamento instrumental e racional e a perspectiva cultural. A primeira demonstra que as instituições permitem aos indivíduos algumas sugestões e informações em relação ao comportamento vigente e futuro dos demais atores. Isso quer dizer que elas interferem nas perspectivas de um determinado ator “no tocante às ações que os outros atores são suscetíveis de realizar em reação às suas próprias ações ou ao mesmo tempo que elas” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 197). Por outro lado, a segunda perspectiva reforça a visão de mundo do homem e a sua procura por protocolos ou modelos de comportamentos compartilhados para alcançar seus objetivos. Nesse caso, as instituições são fornecedores de modelos morais e cognitivos que orientam os comportamentos dos indivíduos a partir da interpretação individual de cada um. Isto é, as instituições têm o poder de influenciar a “identidade, a imagem de si e as preferências que guiam a ação” (HALL; TAYLOR, 2003, p. 198).

As organizações são fortemente influenciadas por pressões normativas e por elementos institucionais externos, como por exemplo, o Estado (ZUCKER, 1987). Alguns elementos institucionais - regras, normas e crenças, são formados pelas constantes interações sociais da organização, já outros são obtidos diretamente do seu ambiente (SCOTT, 2008). Por isso, é fundamentalmente importante a compreensão dos fatores institucionais que moldam a ação organizacional segundo Carvalho e Vieira (2003). Assim, a avaliação institucional pode ser feita em diferentes níveis, incluindo o organizacional (SCOTT, 2008).

Para Zucker (1987), grande parte da pressão institucional origina-se do ambiente externo. As organizações buscam compatibilizar sua estrutura e estratégia ao ambiente institucional para aumentar tanto o fluxo de recursos provenientes da sociedade como também suas chances de sobrevivência. Em decorrência desse

processo de adequação/compatibilização, DiMaggio e Powell (2007) apontam que as mudanças organizacionais têm a tendência de serem mais motivadas pela busca da homogeneização (isomorfismo) entre as organizações, do que pela orientação competitiva. Isso é causado por um comportamento de autodefesa da organização quando ela não tem um entendimento adequado ou não consegue prever soluções próprias ao ambiente.

3.1.1 Conceitos da teoria institucional

As investigações de teorias acerca das ocorrências sofridas pelas organizações que tentam alcançar legitimidade social são conceitos preponderantes discutidos pela teoria institucional. O avanço das estruturas institucionais mais desenvolvidas origina organizações mais complexas e formais. Assim, essas organizações se tornam espelhos da sociedade, concretizadas de forma mais legítima e compartilhada pelos meios que a operam (MEYER; ROMAN, 1992).

Um dos conceitos relevantes que trouxe contribuições para o estudo da Teoria institucional é a ideia de transformação das organizações, orientadas cada vez mais para a competição e para a busca de resultados grandiosos como já argumentava Weber (DIMAGGIO; POWELL, 1983). Na percepção de Dimaggio e Powell (1983), ocorre que os sistemas passam a ser mais burocráticos dentro das organizações, tornado-as mais parecidas, no entanto não as torna mais eficazes.

O processo que ocorre é chamado de isomorfismo organizacional, e, segundo Dimaggio e Powell (1983), pode ser explicado como o resultado de um sistema que faz com que as organizações mais próximas se tornem cada vez mais uniformes. Esses autores afirmam que são três os métodos que ocasionam as transformações dentro das organizações isomórficas: o coercitivo, o mimético e o normativo

Na visão de Dimaggio e Powell (1983), a principal tipologia do isomorfismo provém de interferências da política e da problemática da legitimidade; a segunda é resultante da inconstância e da incerteza; e a última está atrelada à profissionalização. Essa metodologia é de análise, as tipologias de isomorfismo não

se diferem somente por meio da experiência, uma vez que elas podem vir de diferentes circunstâncias e levar a variados resultados.

Esses autores argumentam que a pressão formal e informal exercida por organizações a outras que são de algum modo dependentes desta primeira, são tipos de isomorfismo coercitivo, que também ocorre por meio do contexto social vivenciado pela organização. Um exemplo que ocorre é a adoção de métodos por meios legais que detêm os anseios culturais. Outros autores, Coser *et al.* (1982) discutem que conglomerados subsidiários praticam ações financeiras, análise do trabalho, metas de orçamento que são compatíveis somente para as empresas que detêm o controle, sem que isso seja necessário por obrigação legal.

Porém o isomorfismo institucional não tem origem apenas na autoridade coercitiva, uma vez que as dúvidas também são uma máquina forte que leva à imitação (DIMAGGIO; POWELL,1983). Os estudos de March e Olsen (1984) explicitam que as organizações podem imitar outras em várias situações, como quando as tecnologias são desorganizadas, as metas são de entendimentos diversos, ou se há um cenário de incerteza. Essas organizações se moldam em função das outras, porque as veem como um exemplar que as coloca em um patamar mais elevado em relação às outras. Assim, o isomorfismo tem como origem primária a profissionalização. Dimaggio e Powell (1983) associam a profissionalização à maneira como os profissionais de uma organização se esforçam para ter um procedimento em que todos possam definir suas formas de trabalho para o controle da produção e para adquirir uma autonomia profissional.

Dias Filho (2004) aceita o uso empírico para conceituar isomorfismo. Segundo esse autor, o empirismo é de suma importância para analisar organizações que se colocam como semelhantes em diversas características, até mesmo na forma de decidir seus procedimentos financeiros. Isso pode ser visto em pesquisas empíricas, como nos estudos de Moura e Dias Filho (2009) e de Ventura (2005). Os dois trabalhos comprovam os princípios de isomorfismo em algumas atividades de contabilidade que foram examinadas por instituições do setor financeiro. Os estudos de Moura e Dias Filho (2009) verificam que bancos de pequeno porte preferem imitar táticas de Evidência Social de outras organizações maiores, vistas como mais

eficientes, assim esperam cometer menos erros do que se propusessem utilizar outros métodos alternativos.

Assim, pode-se observar que as organizações, quando estão inseridas em um contexto incerto e de incoerência, preferem se espelhar em outras organizações vistas como parâmetro de qualidade, ocasionando o isomorfismo mimético. Essas empresas que preferem praticar táticas usadas por outras são analisadas pelos reguladores e pela sociedade como mais legais que as empresas que utilizam uma forma de operação menos convencional ou tida como poço natural (CARSTENS; SILVA, 2006).

3.2 Arranjos organizacionais

Por definição, arranjos organizacionais “são formas de organização do trabalho decorrente de um formato da organização geral da empresa” (MÁSCULO; VIDAL, 2011, p. 427). De acordo com Bouer e Carvalho (2005), a estrutura, assim como o arranjo organizacional são fatores relevantes de sucesso para a prática e implementação de uma estratégia organizacional. Assim sendo, o arranjo organizacional fornece elementos para a indicação dos principais direcionadores de uma estratégia organizacional.

Os tipos de arranjos organizacionais são: funcional ou tradicional, matricial, por projetos ou produtos (BOUER; CARVALHO, 2005). No arranjo funcional, cada área funcional tem seu espaço físico e tem como critério básico a área de conhecimento necessária para realização da atividade estabelecida levando em consideração a função dos envolvidos. Esse tipo de estrutura fortalece a especialização do conhecimento nas diversas áreas e permite maior otimização dos recursos envolvidos. No arranjo por projetos ou produtos, a interação entre os indivíduos acontece, na maioria das vezes, entre aqueles que estão envolvidos no mesmo projeto ou produto. Já no arranjo matricial, que é uma junção do arranjo funcional e do arranjo de projetos, o desenho agrupa as pessoas e os recursos simultaneamente por função e por projetos (MENDES; TOLEDO, 2003; BOUER; CARVALHO, 2005, FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Portanto, para a definição do arranjo, é necessário considerar a natureza das atividades desempenhadas pela organização e o tipo de tecnologia e de processo adotados, já que isso influencia significativamente na estrutura e nos arranjos organizacionais.

A formação de arranjos organizacionais possui como apreço os benefícios econômicos e estratégicos, no entanto estudos têm evidenciado que fatores socioculturais exercem função expressiva no desempenho desses arranjos (EBERS, 1997; GULATI, 1998; RING; VAN DE VEN, 1994).

Menard (1996) evidencia que os arranjos organizacionais podem ser compreendidos como alterações de uma estrutura de governança. Para Williamson (1996), a caracterização do arranjo organizacional decorre dessa estrutura de governança, acrescida de outros estímulos e ponderada às rotinas e competências envolvidas. Essa distinção torna-se relevante, tendo em vista que arranjos visivelmente distintos podem estar embutidos em uma mesma estrutura de governança.

A estrutura funcional é o agrupamento de atividades e processos ou cargos em departamentos, baseados na similaridade das habilidades, especialidades demandadas e dos recursos utilizados, do nível mais baixo até o mais alto da organização (DAFT, 1999). Há a possibilidade de ser mais eficaz em ambientes estáveis com baixa incerteza, em que a tecnologia é rotineira, com baixa interdependência e integração; há pequena coordenação horizontal e planejamento na base de custos, como orçamento e relatórios estatísticos.

A estrutura divisional são os agrupamentos que se baseiam nos produtos organizacionais, como: por produtos (agrupa funções e atividades especializadas num único grupo de produto ou serviço); por clientes (agrupa funções e atividades desempenhadas aos mesmos clientes); por área geográfica (agrupa funções e atividades realizadas na mesma localidade ou região); e por projetos ou centros de lucro (DAFT, 1999).

Essa estrutura tende a ser favorável em ambientes organizacionais de incerteza moderada a alta (simples e instável), com tecnologia relativamente não rotineira; alta

interdependência entre os departamentos; planejamento com base nos centros de lucros como custo e receitas. É utilizada em empresas de porte grande, com metas para a eficácia externa, adaptação e satisfação do cliente; coordenação horizontal e vertical; desenvolve divisões como unidades pequenas, flexíveis e ágeis; e autoridade formal descentralizada para os gerentes de divisão (DAFT, 1999).

Já a estrutura matricial visa concentrar resultados múltiplos, combinar benefícios e evitar desvantagens, por meio da implementação simultânea das estruturas funcionais (vertical) e das divisões de produtos ou projetos (horizontal). Em vez de dividir a organização em partes separadas, os gerentes funcionais e os gerentes de produtos têm igual autoridade dentro da organização, e os funcionários são subordinados a ambos (DAFT, 1999; STONER; FREEMAN, 1995). O ambiente organizacional favorável para essa estrutura é de alta incerteza com tecnologia não rotineira; muitas interdependências, planejamento em sistemas duplos por função e por linha de produto. Essa estrutura é utilizada por empresas de médio a grande porte; metas duplas – inovação de produtos e especialização técnica; autoridade formal, conjunta entre chefes funcionais e de produto (DAFT, 1999).

Sauvéé (1995), ao examinar a coordenação vertical, ressalta a relevância do ambiente institucional e do arranjo organizacional. Desse modo, o ambiente institucional compreende um aglomerado de regras sociais e políticas e leis que definem os pilares para a produção, trocas e distribuições. Como ambientes institucionais, destacam-se os direitos de propriedades, as normas de eleição, bem como os direitos dos contratos (SAUVÉE, 1995). O arranjo organizacional se revela pela mistura de contrato e acordo entre unidades econômicas que impera a maneira pela qual essas unidades são capazes de competir ou cooperar. As normas bem como os direitos influenciam na constituição do arranjo organizacional que apresenta artifícios para influenciar ou transformar o ambiente (LOPES; BALDI, 2005).

Os arranjos organizacionais, como especificação das estruturas de governança, seguem o propósito da economia dos custos de transação. Sendo assim, a racionalidade limitada e o comportamento oportunista fazem parte da análise do arranjo organizacional (LOPES; BALDI, 2005). Lopes e Baldi (2005) ressaltam que a racionalidade limitada alude à inviabilidade de delinear contratos completos, ou seja,

não é possível prever *ex-ante*, portanto, situações que demandam medidas de contingência nos contratos. Na falta de comportamento oportunista, os desvios poderiam ser renegociados. Mas considera-se que os agentes podem ser oportunistas, o que faz com que a negociação *ex-post* passe a ser significativa para o arranjo da transação.

Nesse sentido, Mizumoto e Zylbersztajn (2011) afirmam que, para a escolha do arranjo organizacional, é necessário considerar os diversos níveis de incentivo e de controle que a firma precisa para organizar suas atividades. Assim, arranjos via mercado são os que proporcionam mais incentivos, no entanto, para o controle, é necessário que haja a existência de parceiros substitutos para disciplinar os desvios em relação ao acordo. Doravante, conforme a necessidade de controle aumenta, a firma passa a escolher arranjos contratuais em que é possível utilizar a ameaça de litígio para fazer cumprir o contrato (MIZUMOTO; ZYLBERSZTAJN, 2011).

A partir do estudo de Williamson (1985), teve-se a possibilidade de observar a coordenação vertical das firmas sob o ponto de vista contratual da economia dos custos de transação. Até então, imperava a ideia da teoria da organização industrial, baseada numa abordagem tecnológica e de competição imperfeita.

De acordo com Mizumoto e Zylbersztajn (2011), a convergência de arranjos organizacionais segue a lógica da economia neoclássica, que diz que as firmas menos eficientes são extinguidas pelas mais eficientes. No entanto, a utilização de múltiplos arranjos contratuais abre a possibilidade da existência de equilíbrios simultâneos, em que a soma dos custos de produção seja minimizada pelos custos de transação, assim, a coexistência de arranjos poderia ser justificada como uma situação transitória, em que uma firma adota diferentes arranjos e seleciona o mais eficiente.

Em se tratando de organizações hospitalares, não é diferente, os gestores têm que buscar alternativas mais eficientes de arranjos e gestão, uma vez que, conforme Lima Gonçalves *et al.* (2009), um dos determinantes organizacionais mais importantes é o arranjo organizacional. Ainda segundo os autores, o primeiro formato de estrutura organizacional que derivou do modelo da Santa Casa de

Misericórdia foi a estrutura funcional, que existe atualmente, com adaptações a exigências vigentes.

A tradição de gestão de saúde no Brasil, de acordo com Campos (2000), é marcada pela racionalidade gerencial hegemônica, e o controle é exercido sobre os funcionários administrativos. Além disso, a hierarquização, a fragmentação dos trabalhos, o poder centralizador e o uso da supervisão como meio de controle do trabalho são aspectos nítidos nesse setor, que tem características do arranjo funcional. Nesse aspecto, para Pasche (2009), essa tradição vigente provoca um sistema de gestão centralizador com pouca participação dos trabalhadores, o que gera também dificuldade de trabalhar em equipe, fragmentação dos processos e poder técnico-burocrático. Além disso, o autor ressalta que esse sistema estrutura o poder interno, produz a existência de diferenças salariais e regimes de trabalho e normas administrativas vivenciadas de forma desigual.

Geralmente os hospitais brasileiros, segundo Lima Gonçalves *et al.* (2009), possuem arranjos organizacionais de esfera funcional, as quais são insatisfatórias devido às alterações no ambiente que ocorrem constantemente, do cliente que tem que ser atendido dentro de suas necessidades, dos processos disponíveis, dos resultados e dos valores almejados. Lima Gonçalves *et al.* (2009) complementam que a gestão na área de saúde possui uma complexidade única e significativa, e poucos são os processos industriais tão complicados quanto a gestão e organização de um hospital. Isso porque lidam com uma população heterogênea e com ambientes de intensos fluxos de materiais, informações, profissionais e usuários (ARAÚJO, 2010).

Forgia e Couttolenc (2009) salientam que existem três tipos de arranjos organizacionais predominantes no setor público: administração direta, administração indireta e administração autônoma. Embora a administração direta seja a modalidade dominante no setor público, mais arranjos organizacionais autônomos sob a forma de fundações privadas de apoio, empresas públicas e organizações sociais de saúde têm surgido no decorrer dos anos, desse modo, os arranjos organizacionais influenciam no desempenho hospitalar.

Esses autores, em uma pesquisa desenvolvida em hospitais, conseguiram identificar os resultados que seguem: hospitais públicos sob arranjos organizacionais flexíveis, que possibilitem aos diretores autonomia de decisão, são as instituições públicas que têm o melhor desempenho, em termos de produtividade, eficiência e qualidade. Hospitais públicos governados por arranjos organizacionais de administração direta possuem os piores desempenhos. Hospitais públicos autônomos também obtiveram ganhos de eficiência e qualidade com o passar do tempo em relação aos seus equivalentes não autônomos. Entretanto, mesmo que hospitais privados filantrópicos demonstrem um nível intermediário de eficiência, a insuficiência de informação impede que qualquer conclusão definitiva possa ser tirada acerca da relação entre os vários arranjos organizacionais encontrados entre os hospitais filantrópicos e seu desempenho. A sobreposição de funções de governança e de gerência, junto com arranjos informais de tomada de decisão comprometem o desempenho dos hospitais filantrópicos (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

De acordo com Lima Gonçalves *et al.* (2009), modelos e estruturas organizacionais utilizados pelas empresas estão sendo empregados também no ambiente hospitalar, possibilitando um arranjo organizacional em que todos os integrantes da organização participem dela, deixando de lado práticas rígidas e funcionais em termos de estrutura, uma vez que o ambiente hospitalar é complexo e flexível.

Mas ainda com toda complexidade da área hospitalar, todas as organizações sejam elas públicas ou privadas, possuem uma missão, visão e algum tipo de estratégia e, buscando atingi-las, algumas organizações utilizam indicadores para mensurar, avaliar e desenvolver estratégias (RUAS, 2003).

Como indicadores estratégicos de hospitais, Bruxel (1997) cita: margem de resultados econômicos; níveis de caixa; estoques em dias de consumo; coeficiente de funcionários por leito ocupado; taxa de ocupação de leitos; média de permanência; coeficiente de mortalidade; taxa de infecção hospitalar; taxa de cesáreas; volumes de exames; taxa de desligamento de recursos humanos; satisfação dos pacientes e percentual de internação por categorias.

Tironi (1991) define que os indicadores são um meio de as organizações públicas ou privadas mensurarem seus resultados e também as ajudam a formular estratégias para obtenção de melhores resultados. Para Bittar (2001), os indicadores medem aspectos qualitativos ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados.

Portanto, os indicadores devem refletir as prioridades estratégicas de uma organização, podendo abordar fatores econômico-financeiros, relacionamento com o cliente, fornecedores e sociedade e busca por inovação tecnológica. Tais aspectos devem ser considerados pelas organizações na formulação de suas estratégias, e todo o arranjo organizacional tem que contribuir para que a organização alcance as metas estabelecidas estrategicamente.

O interesse por indicadores de qualidade e produtividade no Brasil surgiu a partir do “Programa Brasileirão de Qualidade e Produtividade” desenvolvido pelo IPEA, que elaborou um documento explicitando os critérios para a geração de qualidade e produtividade em serviços públicos no Brasil (ROTTA, 2004).

De acordo com Rotta (2004), no que diz respeito à gestão estratégica na saúde, existem dois segmentos de indicadores: indicadores do ambiente externo e indicadores do ambiente interno.

Indicadores internos são as áreas e subáreas, de infraestrutura, ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico e terapêutica, e internação clínico-cirúrgica, ou seja, todas as áreas internas que compõem o hospital. E os indicadores externos que são as informações relativas à demografia, geografia, economia, política, cultura, educação, tecnologia e epidemiologia (BITTAR, 2001; ROTTA, 2004).

Rotta (2004) considera que uma ferramenta utilizada em empresas e que também pode ser utilizada na área de saúde é o sistema *Balanced Scorecard* (BSC). Desenvolvido por Kaplan e Norton (1997), o BSC consiste em uma metodologia que liga as atividades de curto e longo prazo de uma organização com a visão, a missão

e a estratégia, através do estabelecimento de metas mensuráveis em um período de tempo (KAPLAN; NORTON, 1997).

A ligação entre missão, visão e estratégia da organização deve estar relacionada e ter como base as quatro perspectivas essenciais para qualquer organização obter um crescimento real e sucesso no longo prazo, são elas: perspectiva financeira, perspectiva dos clientes, perspectiva de processos internos e de aprendizado e crescimento (KAPLAN; NORTON, 1997).

A perspectiva financeira, na visão de Kaplan e Norton (1997), é a síntese das variadas ações tomadas pela organização traduzida na forma econômica, ou seja, indica se o desempenho financeiro esperado está sendo atingido ou não.

Outra perspectiva que os autores mencionam é a perspectiva dos clientes, que consiste primeiramente na identificação dos segmentos de clientes e dos mercados onde a organização compete ou presta serviços. Posteriormente, mede-se a capacidade da organização de fornecer produtos e serviços de qualidade para que, ao final, a satisfação dos consumidores seja alcançada.

Kaplan e Norton (1997) citam ainda a perspectiva dos processos internos, que é o resultado identificado por parte dos executivos e dos processos críticos que levam ao sucesso financeiro e à satisfação dos clientes. Ao contrário das formas tradicionais de gestão, em que o foco é fundamentalmente monitorar e melhorar os processos existentes, o BSC também possibilita a identificação de novos processos que podem trazer a satisfação aos clientes. Ou seja, a perspectiva dos processos internos é o meio pelo qual as expectativas de resultados por parte dos clientes são atingidas (RUAS, 2003).

A quarta perspectiva, citada por Kaplan e Norton (1997), aprendizado e crescimento, diz respeito à qualidade dos sistemas de informação, a capacitação dos funcionários, alinhamento organizacional, portanto, o patrimônio humano e material. Ruas (2003) sinaliza que a consumação dos objetivos estabelecidos nas perspectivas financeira, de clientes e de processos internos só acontecerá se a infraestrutura necessária estiver pronta e preparada para o seu cumprimento. Assim,

somente se as pessoas estiverem motivadas, treinadas e com informações disponíveis em tempo satisfatório, a estratégia alcançará sucesso.

Portanto, o marcador balanceado é definido por cada organização de acordo com sua estratégia e constitui também um instrumento para gerenciar a implementação dessa estratégia.

Porém, em se tratando de meios de aprimoramento contínuo, Rotta (2004) avalia que é preciso que haja conjuntos de indicadores utilizados na área hospitalar que sejam flexíveis, que tenham a possibilidade de ser ativados ou não no processo de melhoria, e que também sejam passíveis de eventualmente serem substituídos por indicadores mais sensíveis e adequados.

Nesse sentido, de acordo com Bittar (2001), outro instrumento gerencial é o *benchmarking*, que consiste em um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho das organizações, sendo considerado uma das melhores práticas com a finalidade de melhoria organizacional. O autor propõe os seguintes tipos de avaliações/*benchmarking*:

- a) *Benchmarking* interno: é a comparação de processos similares entre diferentes áreas ou subáreas da empresa;
- b) *Benchmarking* genérico: é o sistema de reformulação contínua dos processos de uma empresa;
- c) *Benchmarking* competitivo: é a forma mais associada ao *benchmarking*, pois se trata da comparação de processos semelhantes entre concorrentes diretos, ou seja, uma comparação entre empresas de um mesmo segmento.

Bittar (2001) também avalia que a utilização do marcador BSC e do *Benchmarking* se traduz não só em formas metodológicas que continuamente fornecem, aos responsáveis pelas instituições, dados relativos às suas posições no mercado, ocorrências de eventos e sinais normais e anormais nos programas e serviços técnicos e administrativos, mas também na possibilidade de prestação de contas à sociedade, aos acionistas e proprietários das atividades e dos resultados por eles

esperados, já que contribuem com impostos ou valores para a manutenção das organizações.

Os indicadores de desempenho hospitalar podem ser classificados ainda em três tipos fundamentais, de acordo com Chouaid *et al.* (2006):

- Indicadores Financeiros: mensuram os resultados financeiros do hospital, relacionando-se com a perspectiva financeira hospitalar. São exemplos: lucratividade, liquidez, endividamento etc.;
- Indicadores Operacionais: mensuram resultados intrínsecos aos processos do hospital. Refletem, em geral, a produtividade hospitalar. Exemplos: taxa de ocupação de leitos, taxa de rotatividade de leitos, número de pacientes atendidos por dia, tempo de espera por atendimento, custos por paciente etc.;
- Indicadores de Qualidade da Assistência: mensuram os resultados advindos da assistência prestada aos pacientes. Exemplos: satisfação dos pacientes, taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, taxa de readmissões, taxa de complicações cirúrgicas, tempo de permanência em internação etc.

No que concerne ao processo de formação dos arranjos a partir do que foi visto na teoria, pode-se utilizar da explicação por meio de quatro fases que não necessariamente se apresentam de forma linear. A primeira fase consiste na decisão de formar um arranjo; a segunda fase refere-se à decisão sobre o financiamento; a terceira fase envolve a decisão sobre a estrutura do arranjo e a última fase busca explicar a dinâmica de funcionamento do arranjo ao longo do tempo. Ressalta-se que essas fases nem sempre acontecem de forma sequencial.

É válido frisar que o desafio das empresas não é mais dividir o trabalho, e sim fazer o todo organizacional funcionar. Embora sejam estabelecidas mudanças estruturais, utilizando modelos modernos de estrutura organizacional em função de categorias ambientais, há a necessidade de agrupamento e integração que favoreçam as ações dos diversos gerentes, dirigentes e participantes em prol de um objetivo em comum (MINTZBERG, 1979).

Portanto, a flexibilidade do arranjo organizacional representa a consequência de uma ação gerencial estratégica de antever e se adaptar às constantes mutações dos fatores contingenciais, não sendo algo instantâneo e em curto prazo. Deve-se, portanto, considerar o arranjo organizacional como instrumento gerencial dinâmico e passível de variações, devendo-se saber flexibilizá-lo, tendo consciência de sua temporalidade e, por isso, agir segundo fronteiras menos rígidas de autoridade, valorizando contatos informais, relacionamentos, comprometimentos, geração e troca de conhecimento, e aprendendo a conviver com as contradições de variações do contexto organizacional (MOTTA, 2004).

3.2.1 Parceria Público Privado na Saúde

A Parceria Público-Privada (PPP) originou na Inglaterra no ano de 1992, sendo incorporada no programa Private Finance Initiative (PFI). O PFI é um programa governamental britânico que objetiva incentivar a realização de obras e a administração de serviços públicos tendo o setor privado como apoio. (PECI; SOBRAL, 2006). Ele foi denominado como um agregado de atitudes para maximizar a interação do capital privado dentro da prestação dos serviços públicos. A PPP foi regulamentada oficialmente depois de um ano de sua inauguração e o primeiro projeto foi implementado no final de 1994. Estas ações fizeram com que o Reino Unido fosse o pioneiro na implantação de medidas que visam a diminuição do papel do Estado por meio da privatização e regulação juntamente com uma gestão flexibilizada. New Public Management.

Hm e Treasury, (2003) afirmam que a inserção das PPPs na Inglaterra tiveram como justificativas principais: a perspectiva de oferecer melhores serviços públicos, expectativa de que empresas de capital privado são melhores administradas em comparação com empresas públicas, possibilidade de melhorar a eficácia da utilização das verbas públicas, transferência e compartilhamento de riscos, percepção de possível aumento do investimento público devido a participação de capital privados, governo e acompanhamento dos serviços.

Segundo Sundfeld (2005) a denominação Parceria Público-Privada no Brasil pode ser utilizada de duas maneiras paralelas relacionando os setores público e privado.

Em uma ótica abrangente as PPPs são vistas como múltiplas conexões de trato contínuo determinado entre a gestão pública e particular, no intuito de facilitar o desenvolvimento mediante aos compromissos destes, por meio de atividades que apresentam resultados favoráveis para ambos.

Em uma explicação reduzida a inserção da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, apresenta regras gerais para facilitar a licitação e contratação de Parceria Público-Privadas (PPP), no contexto da gestão pública, que anteriormente não eram praticadas devido carências de normas ou proibição legal. (SUNDFELD, 2005).

As PPPs estão presentes não somente no pioneirismo inglês ou no contexto brasileiro, elas existem também em países como a Itália nos projetos ferroviários, portos e rodovias. Na Espanha elas são observadas nos projetos da área de saúde, rodovias, energia e saneamento. Em solo sul-africano é efetivo principalmente na saúde e infraestrutura. Na Irlanda em rodovias energia e sistema prisional. No Chile é proeminente em portos, rodovias e aeroportos. Na França é usado em projetos do âmbito energético, rodovias e sistema prisional e em Portugal é manifestado nos projetos de saúde, rodovias e saneamento.

As parcerias público-privadas na esfera do Serviço Nacional de Saúde (SNS) arquitetam um novo projeto de provisão e contratação de contribuição de cuidados públicos na área da saúde, englobando a ordem jurídica do país podendo ser tanto nos cuidados diferenciados e especializados em escala hospitalar ou mesmo os cuidados primários e continuados da saúde.

Para uma nova prática de fornecimento e prestação de cuidados públicos de saúde, verifica-se a reunião de parcerias nos três vetores seguintes:

- Planejamento e financiamento público;
- Investimento e gestão privados;
- Controle e titularidade públicos.

As parcerias no contexto da saúde devem primeiramente passar por um processo de contratação pública juntamente com uma avaliação prévia que é solicitado pela SNS com base nos seus princípios edificadores: universalidade, acessibilidade, equidade e gratuidade . (SUNDFELD, 2005).

Esta espécie inovadora de contratação pública de cuidado de saúde deve apresentar um cunho competitivo, tendo em vista uma apropriada averiguação de riscos, colocando as partes competentes para resguardarem a gestão de forma econômica. Havendo a contratação, esta deve ser feita de forma criteriosa com preparação e análise da economia, eficiência e eficácia, apresentando lucros para o tesouro público e ainda conceder as exigências provenientes do respectivo conforto financeiro.

Analisando o quadro geral, o objetivo das parcerias é garantir melhorias de saúde para o usuário e de garantir benefício de valor para o tesouro público, desta forma se torna benéfico para a sociedade e para os contribuintes. O princípio básico corresponde na transferência de riscos para os operadores privados e a inclusão da eficiência do setor privado no setor público (SUNDFELD, 2005).

3.3 Modelo de financiamento em hospitais

Nos últimos anos, o setor de saúde brasileiro teve avanços significativos no que tange à estrutura, tecnologia, área de abrangência, entre outros, não obstante os grandes desafios que se apresentam nesse contexto (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Apesar da expansão de sua cobertura, o sistema de saúde ainda confronta-se com limitações na qualidade da atenção, na incorporação de novas tecnologias, na gestão de seus recursos e na distribuição equitativa dos serviços.

Ao contrário da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade que abrangem tanto o setor público quanto o privado. O Brasil também é único a financiar prestadores privados com recursos públicos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Nesse sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) pontuam que, devido à complexidade do sistema de saúde, a atenção à saúde representa uma espécie de quebra-cabeça para todos os países, uma vez que os hospitais são os componentes mais importantes e onerosos de qualquer sistema de saúde. Para os autores, nos países mais pobres, os hospitais constituem o foco primordial da capacitação profissional e a referência para todo o sistema de saúde. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009) e Carvalho (2010), os hospitais respondem por dois terços dos gastos do setor e uma parte considerável dos serviços produzidos, pois neles está empregada a maioria dos médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde.

A partir da reforma sanitária em 1988, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a maior parte da responsabilidade pela prestação de serviços de saúde foi descentralizada para os municípios e, em extensão bem menor, para os estados. Essa descentralização é financiada em parte por repasses diretos de recursos federais a estados e municípios, e os governos federais, estaduais e municipais desempenham funções complementares (BAHIA, 2005, LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, “o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2012).

Com a institucionalização do SUS, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência "estadualista" desenhada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando os municípios a constituírem o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (UGÁ *et al.*, 2003). De tal modo, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população.

No entanto, conforme Ugá *et al.* (2003), as desigualdades entre regiões e estados, e até mesmo dentro dos estados, tornam difícil o processo descentralizador,

impedindo que este ande no mesmo compasso em relação a todo o espaço geográfico brasileiro ou até mesmo que possa ser tratado de maneira uniforme.

Nesse cenário, Bahia (2005) pontua que, desde a metade da década de 1980, o desenvolvimento da política de saúde no Brasil tem dado enfoque à descentralização da prestação de serviços, reduzindo as disparidades financeiras e obtendo acesso universal aos cuidados básicos. Assim, há hospitais que são centros de excelência de categoria internacional e atendem à minoria da população abastada do país, e em contrapartida, de acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), “abaixo dos padrões” é a melhor definição para a maioria dos hospitais, aqueles que atendem a grande parte dos brasileiros que não podem pagar ou financiar um seguro privado e, desses hospitais, muitos são dependentes do financiamento público.

De acordo com Carvalho (2010), em decorrência do aumento da despesa pública, nas últimas duas décadas, o financiamento hospitalar tem se tornado um tema cada vez mais debatido, isso porque, segundo Costa (2008), a forma como os hospitais são financiados reflete diretamente no seu desempenho.

Portanto, a questão do financiamento é um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS a despeito da escassez de recursos ser, em sua essência, um problema constante. Outras questões de solução mais factível necessitam de equacionamento. Entre elas, é importante observar a participação federal no financiamento do SUS, dado o caráter descentralizado do sistema e a hegemonia fiscal da União (UGÁ *et al.*, 2003).

Bahia (2005) pontua que o debate sobre progressividade e regressividade do financiamento para a saúde no Brasil tem sido conduzido em três planos distintos. O mais global, possui como tema principal a importância da implementação dos princípios e do orçamento da Seguridade Social e as iniciativas para evitar o desvio de suas receitas. A autora considera que um dos mais importantes pontos da pauta sobre a Seguridade Social é a criação do Fundo Social de Emergência, em 1994, e a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que facultam a subtração de 20% da

arrecadação das receitas da Seguridade, destinando-a em quase sua totalidade ao pagamento dos encargos financeiros da União.

De acordo com Bahia (2005), em um plano intermediário, o tema financiamento da saúde está sendo destacado a partir da regulamentação da Emenda Constitucional 29 de 2000, que define um percentual definitivo das receitas da União e dos estados e municípios para a saúde. Sendo assim, a Emenda Constitucional 29 pondera que a expectativa fixada nas disposições transitórias da Constituição de 1988 é de que 25% da receita de contribuições da Seguridade Social fosse destinada para o financiamento de origem federal das ações e serviços de saúde. Desse modo, a emenda, por um lado, permitiu uma estabilidade de receita, entretanto, por outro, quebrou de vez a ideia de financiamento solidário da seguridade e dificultou acréscimos superiores à variação do PIB.

Desse modo, o Ministério da Saúde e seu principal representante, o Conselho Nacional de Saúde, vem conduzindo o processo de defesa da vinculação de recursos para a saúde (BAHIA, 2005). O plano de equacionamento do papel do financiamento da saúde, o potencial de redistribuição dos recursos, ressalta a tensão entre o caráter descentralizado do SUS e a hegemonia fiscal da União, considerando os resultados das políticas de alocação de recursos federais (BAHIA, 2005, LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, CARVALHO, 2010).

Ugá *et al.* (2003) completam que os avanços do processo de descentralização e da ampliação das ações de atenção básica originaram uma reorientação dos recursos financeiros, refletida na maior homogeneidade na distribuição dos recursos *per capita* para as unidades federadas e regiões do País. Contudo os mesmos autores ponderam que a medição dos diferenciais *per capita* estaduais em relação à média nacional não elimina as disparidades na alocação de recursos.

A tenacidade de desequilíbrios na alocação de recursos para assistência hospitalar e ambulatorial entre estados das regiões Sul, Sudeste e do Distrito Federal em relação às regiões Norte e Nordeste pauta os debates sobre a elaboração de critérios para alocação dos recursos de custeio e adoção de programas de investimento que tenham por objetivo reduzir os diferenciais inter e intrarregionais,

destacando-se dois modelos de financiamento hospitalar, o retrospectivo, cuja base de pagamento é a despesa histórica, e o prospectivo, cuja base de pagamento é a atividade desenvolvida (ÚGA, *et al.*, 2003).

De acordo com Ugá *et al.* (2003), a Norma Operacional Básica – SUS NOB 01/91 – estabeleceu outra lógica, um sistema de alocação de recursos estruturado em quatro fluxos:

- 1) o destinado ao financiamento das internações hospitalares, baseado no pagamento direto, por parte do Ministério da Saúde (MS), aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamento prospectivo por procedimento;
- 2) o relacionado ao financiamento de assistência ambulatorial, calculado em base *per capita* (UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial), com valores diferenciados entre grupos de estados, multiplicados pelo tamanho da população;
- 3) o referente aos recursos destinados a investimentos em equipamentos e ampliação das unidades assistenciais já existentes (UCR – Unidade de Capacitação da Rede), que variava entre 1% a 5% do teto ambulatorial e era inversamente proporcional ao valor da UCA; e
- 4) o fator de estímulo à municipalização, calculado com base em um valor *per capita* correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pelo tamanho da população, destinado aos municípios que cumprissem os requisitos estabelecidos pela norma (UGÁ *et al.*, 2003, p. 418-419).

No desenvolvimento de sistemas de financiamento hospitalar, podem ser utilizadas diversas unidades de pagamento, entre elas, por diária de internação, por caso clínico, por orçamento global e por capitação, num aumento gradual de transferência de risco dos pagadores para os prestadores de serviço. Assim, um sistema de financiamento hospitalar pode ser definido como um conjunto de normas objetivas, reconhecidas e aceitas, com o propósito de manter uma rede de cuidados caracterizados que garanta a prestação de serviços e incentive uma gestão eficiente (CARVALHO, 2010).

Medici (2011) destaca a busca por modelos de financiamento para os hospitais no Brasil como uma das principais necessidades e preocupações de gestores públicos ou privados e de investidores privados. Em um ambiente com tendência à redução de capacidade instalada e de arrochos orçamentários, esses atores tendem a explorar estratégias como a maior diversificação de fontes de pagamento,

associando formas de gestão financeira que permitam maior autonomia, flexibilidade e sustentabilidade dessa gestão. Assim, a adoção do multifeanciamento é uma estratégia para assegurar a sobrevivência dos hospitais e sua expansão no mercado da saúde.

Sendo assim, de acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), a introdução de novas dinâmicas organizacionais nos hospitais, como a adoção de múltiplas fontes de financiamento, é uma forma de responder aos desafios no setor. Contudo essa é uma tarefa complexa, pois seu êxito não se apoia exclusivamente na gestão da organização, mas também em fatores externos ao hospital e próprios do ambiente em que ele se insere, como as decisões políticas e a disponibilidade de recursos. Nesse âmbito, soma-se a necessidade de reflexão sobre questões estruturantes, tais como: os mecanismos de pagamento instituídos; as melhores opções de parceria público-privada; os mecanismos e diretrizes da regulação do Estado sobre o setor; e a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares existente.

Abaixo são descritos dois modelos de financiamento, segundo Carvalho (2010), que influenciam no comportamento e desempenho de um Hospital.

- Modelo Retrospectivo: o cálculo do pagamento é baseado nas despesas passadas decorrente do tratamento dos doentes nos anos anteriores, não havendo relação do financiamento do hospital com a produção ou o desempenho. Na opinião do autor, trata-se de um modelo ineficiente, que não é capaz de promover incentivos para a redução de custos.

- Modelo Prospectivo: a base do pagamento é o nível de produção, ou seja, a atividade desenvolvida. Para Carvalho (2010), neste modelo, o tipo, o volume e os preços dos serviços são determinados previamente. Esse modelo tem a capacidade de promover eficiência técnica e conter custos. O autor afirma que ele tem vindo a substituir o modelo com base na despesa histórica.

No desenvolvimento de sistemas desse tipo podem ser empregadas várias unidades de pagamento, que constituem a forma como o dinheiro é distribuído.

Para Costa, Santana e Boto (2008), no pagamento baseado no ato, o prestador é remunerado a cada serviço. Esse é o sistema preferido para os prestadores, uma vez que não estão em risco financeiro em face da produção de mais serviços. Com o pagamento baseado no ato, há um incentivo para aumentar a prestação dos cuidados de saúde aos doentes através da utilização excessiva de recursos e para aumentar o número de doentes tratados.

Esse método de pagamento pode ocasionar custos totais mais altos, entretanto as instituições prestadoras de cuidados de saúde tornam-se mais flexíveis. No pagamento por diária de internação, o prestador é remunerado com base nos dias de internação do paciente. Outro tipo de pagamento é o pagamento por caso clínico em que o prestador recebe um pagamento com base em todos os serviços por caso ou episódio de doença. Há também o pagamento por orçamento global, em que o prestador recebe uma quantia global e limitada por um período de tempo que terá de cobrir as despesas hospitalares. À medida que as unidades de pagamento se tornam mais agregadas, e surgem como um pagamento prospectivo, existe um aumento gradual da transferência de risco dos pagadores para os prestadores (COSTA; SANTANA; BOTO, 2008, CARVALHO, 2010).

De acordo com Alemão (2012), o financiamento da saúde pode ser focalizado, pelo menos, por meio de duas abordagens: a macroeconômica, cujo foco concentra-se na captação dos recursos, e a abordagem microeconômica, que focaliza a utilização desses recursos, com ênfase na sustentabilidade dos prestadores de serviços e nas formas como lhes são repassados os recursos. Para a autora, nessa última abordagem, inserem-se os mecanismos de pagamentos aos prestadores de serviços hospitalares contratados pelo SUS.

Para La Forgia e Coutollenc (2009), os mecanismos de pagamento a prestadores são as formas pelas quais os contratantes remuneram os prestadores de serviço de saúde pelos produtos fornecidos. Segundo os autores, constitui elemento essencial a determinação de preços de serviços ou de pacotes de serviços, uma vez que, com base nesses preços, é possível determinar níveis de preços e alocar os recursos financeiros nos hospitais.

O tipo de pagamento *ex post* (pós-pagamento) é o modo pelo qual o pagamento acontece após a realização efetiva do serviço. A modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*) é o modo mais comum de relacionamento entre os usuários que pagam diretamente ao profissional de saúde, e entre o seguro privado e seus credenciados. Esse tipo de pagamento é utilizado no SUS, para remunerar os prestadores de serviços. Já no tipo de pagamento *ex ante* (pré-pagamento) é calculado um valor prévio, independente da produção, com base em variados critérios, em geral populacional. E por fim, o tipo de pagamento de esquemas mistos, que agregam o pagamento global e por produção, de forma complementar. Esse formato está sendo utilizado, de forma ainda insuficiente, pelo Ministério da Saúde para repasse dos recursos aos prestadores (ANDREAZZI, 2003; ALEMÃO, 2012).

A forma como cada país, através dos seus sistemas de saúde, define o sistema de financiamento, seja na obtenção dos seus recursos, seja na distribuição desses mesmos recursos, influencia profundamente o comportamento dos diferentes atores e instituições que participam no sistema, tais como: hospitais, médicos, enfermeiros, doentes, gestores, farmacêuticos ou seguradoras (ESCOVAL, 1997, CARVALHO, 2010).

Sabendo-se que a estrutura dos sistemas de financiamento mais comuns abarca dois elementos básicos, a definição da quantidade produzida e os preços que valorizam essa produção, deve-se, portanto, reconhecer que a capacidade de criar incentivos por parte de um sistema de financiamento resulta, em grande parte, do sistema de preços que estabelece essa forma de remuneração. De acordo com Costa (1990), as organizações de saúde fazem a sua reestruturação produtiva e as suas decisões estratégicas dependerem do sistema de preços vigente.

Em alguns casos, os planos de financiamento prejudicam o desempenho. A maior parte do financiamento é desvinculada do desempenho e não proporciona nenhum incentivo à consciência de custo. Embora nenhum sistema de pagamentos seja perfeito, muitos países vinculam os pagamentos aos custos do tratamento com base no diagnóstico, ajustados para gravidade (CARVALHO, 2010).

Nos Estados Unidos, observou-se que o sistema de pagamento dos grupos relacionados a diagnóstico (DRGs) melhorava a eficiência e controlava os custos. O sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Brasil pode funcionar como base para um sistema de pagamento hospitalar baseado em DRGs. Ao buscar DRGs, é preciso alinhar as taxas AIH aos custos. Desenvolver um mecanismo de pagamento baseado em DRGs sólidos também reduziria as deformidades da fragmentação dos sistemas de pagamento – se os pagadores privados (e públicos) mudassem para a mesma base de pagamento.

4 METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo, descrevem-se os aspectos metodológicos do estudo quanto a tipo, abordagem e método de pesquisa; unidade de análise, unidade de observação e sujeitos de pesquisa; técnica de coleta de dados e técnica de análise dos dados.

4.1 Tipo, abordagem e método de pesquisa

Quanto ao tipo, esta pesquisa caracteriza-se como descritiva. Para Vergara (2005, p. 47), a pesquisa descritiva “expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno”. Da mesma forma, Andrade (2002) destaca que a pesquisa descritiva se atém a observar os fatos, registrando-os, analisando-os, classificando-os e interpretando-os, sem a interferência do pesquisador.

A pesquisa recorreu à abordagem qualitativa, uma vez que se pretendeu identificar, analisar e relacionar os significados fundamentais do tema. De acordo com Godoy (1995, p. 62), essa abordagem “valoriza o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada”, constituindo-se em um relevante instrumento de coleta, observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados.

O método de pesquisa utilizado foi o de multicasos, permitindo, desse modo, alcançar os resultados pretendidos, não se limitando somente às particularidades compartilhadas pelos sujeitos participantes. Triviños (1987, p. 136), evidencia que o estudo multicasos consiste em “estudar dois ou mais sujeitos, organizações com a necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa”.

4.2 Unidade de análise e sujeitos da pesquisa

Na visão de Collis e Hussey (2005, p. 73), a unidade de análise “compreende as variáveis sobre as quais se coletam e analisam os dados como uma empresa ou um grupo de trabalhadores, um acontecimento, um processo ou até um indivíduo”. Portanto, a unidade de análise desta pesquisa constituiu-se por três hospitais

regionais, sendo um de referência SUS, um hospital filantrópico e um hospital privado.

Tais hospitais foram escolhidos, pois, mesmo diante da complexidade existente no ambiente hospitalar, cada modalidade possui características particulares, permitindo análise mais aprofundada do contexto analisado. A escolha dos hospitais se deu pelo critério da acessibilidade, na região de Sete Lagoas, por ser polo complementar da macrorregião de BH.

De acordo com Duarte (2002), os sujeitos de pesquisa se referem aos seres humanos, voluntários, que, informados sobre os riscos e os benefícios do estudo, decidem participar da pesquisa. Para Vergara (2005), os sujeitos da pesquisa são os indivíduos que fornecerão os dados sobre o objeto em estudo. Sendo assim, neste estudo, os sujeitos de pesquisa foram nove gestores administrativos e financeiros dos hospitais pesquisados.

Os gestores entrevistados foram escolhidos devido ao conhecimento teórico e técnico dos aspectos analisados na pesquisa.

4.3 Técnica de coleta de dados

Em relação à coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e observação não participante. Godoy (1995, p. 27) explica que “quando o pesquisador atua apenas como espectador atento tem-se o que se convencionou chamar de observação não-participante”.

Com relação as entrevistas, estas foram realizadas individualmente, por meio de um roteiro de perguntas previamente estabelecido. Mediante a autorização dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo transformadas em documentos escritos para cada entrevista realizada, com o intuito de ser analisada.

Campos, Faria e Santos (2010, p. 38) evidenciam que a entrevista semiestruturada “constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e

dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, apóia um processo de planejamento participativo”.

4.4 Técnica de análise de dados

Quanto à análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011, p. 38), pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Atendendo à proposta de Bardin (2011), a operacionalização da análise de conteúdo deste estudo recorreu-se a três etapas, são elas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, dividindo-se em categorias de análise.

Sendo assim, inicialmente, foram separadas as transcrições das entrevistas por categorias e subcategorias de análise. Em seguida, o material foi sintetizado, extraíndo-se somente os conteúdos com maior relevância. Por fim, foram escolhidos fragmentos das falas dos entrevistados, com o intuito de ilustrar as categorias e subcategorias. Foi preservada a essência dos relatos escolhidos, tendo em vista que pretendeu-se analisar aspectos subjetivos de cada entrevistado. Então, realizou-se a averiguação e interpretação do material (FRANCO, 2008).

As seguintes categorias de análise foram abordadas: estrutura organizacional; arranjo organizacional e modelo de financiamento.

4.5 Caracterização das unidades de análise²

- **Hospital privado**

² As informações dessa seção foram disponibilizadas por meio do *Web Site* dos hospitais pesquisados.

O hospital foi fundado em setembro de 1987, quando um grupo de 70 médicos, reunido em Assembleia Geral, se reuniu com vista a fundação da instituição.

A Cooperativa iniciou-se a partir do desejo desse grupo de médicos comprometido com a medicina humana de qualidade. O caminho do cooperativismo foi escolhido para preservar o direito dos clientes à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida e garantir aos médicos o livre exercício da profissão.

Hoje, 29 anos após sua fundação, o hospital conta uma ampla rede composta por núcleos de atendimento, hospitais, pronto-atendimentos, clínicas e laboratórios, além de uma equipe de mais de 200 médicos cooperados que exercem sua maior especialidade: vocação para cuidar das pessoas.

Promoção da Saúde, Responsabilidade Socioambiental, excelência no atendimento ao cliente, respeito aos colaboradores, prestadores e comunidade: estes são os princípios do hospital privado analisado.

- **Hospital filantrópico**

O hospital filantrópico pesquisado é uma associação religiosa, civil, de utilidade pública, filantrópica e sem fins lucrativos, de caráter beneficente e de assistência à saúde.

O Hospital nasceu numa casa antiga adaptada, em 07 de março de 1880. Posteriormente, foi transferido para instalações adaptadas em um prédio, que mais tarde seria transformado em escola. As notícias do empenho e do trabalho corriam de boca em boca e a cada dia mais pessoas apareciam para serem tratadas.

Resultado de grande campanha e mobilização populares foi erguido o “Hospital Novo” no endereço em que está hoje. Em 1935, foi lançada a “Pedra Fundamental” e, em 25 de julho de 1937, aconteceu à inauguração. Era, sem dúvida, o maior, o mais bem equipado e, por seu corpo clínico e cirúrgico, o mais importante centro médico da região.

Reconhecida de fins filantrópicos pelas autoridades públicas competentes e declarada de utilidade pública, através do Decreto Federal número 70.998, de 17/08/1972, publicado no Diário Oficial da União de 18/08/1972 e, ainda, nos âmbitos estadual e municipal, respectivamente pela lei Estadual nº 3.857, de 17/12/1965, publicada no “Minas Gerais” de 18/12/1965, e Lei Municipal nº 1.579, de 01/11/1971.

- **Hospital público municipal**

O Hospital público municipal pesquisado, fundado em outubro de 1988, conta com o quadro de 586 funcionários, funciona em regime de gestão municipal. Possui 136 leitos, destes 10 de UTI, 07 de sala de estabilização, observação adulto e pediátrica e internação.

Atende as especialidades médicas e equipe multiprofissional de neurologia clínica e neurocirurgia, otorrinolaringologia, fisioterapia, urologia, enfermagem, assistência social, hematologia, odontologia e traumatologia buco maxilo, medicina intensivista, cirurgia geral, cardiologia, clínica médica e cirurgia cardiovascular.

A organização das equipes médicas se dá através de corpo clínico fechado.

Conta com apoio da cirurgia pediátrica, bloco cirúrgico e unidade de terapia intensiva, além dos serviços de apoio ao tratamento / diagnóstico, tais como laboratório, tomografia, endoscopia, radiologia, banco de sangue e outros serviços terceirizados.

Atualmente mantém ativa as comissões de CCIH (comissão de controle de infecção hospitalar), CIPA (comissão de interna de prevenção de acidentes), CIDOTH (comissão de intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos), Comitê de Hemovigilância Transfusional, Núcleo de Segurança ao Paciente, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Tratamento de Feridas, Comissão de Ética Médica, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Terapia Nutricional, PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde), Comissão de

Qualidade, Comissão de Eventos Adversos, Comissão de Verificação de Óbitos, Comissão de Humanização e Comissão de Prevenção de Mortalidade Infantil.

Realiza em média, 2.681 atendimentos de Pronto Socorro, 700 internações clínicas e em média 200 cirurgias com grande prevalência destas, as cirurgias de trauma na especialidade ortopédica.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se a análise dos resultados do estudo realizado. Buscou-se traçar o perfil sociodemográfico dos entrevistados, pautando-se na categorização temática, para a análise dos dados coletados nas entrevistas.

5.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Nesta seção, procede-se à apresentação dos dados do perfil dos entrevistados, seguindo-se a análise de conteúdo (Quadro 3).

Quadro 3 - Perfil dos entrevistados

Hospital	Entrevistado	Sexo	Idade (anos)	Formação	Cargo ocupado	Tempo no cargo
Municipal	M1	Masc.	51	Contador	Coord. Téc. gestão adm.	2 anos
	M2	Masc.	42	Enfermeiro	Coord. de regulação e saúde.	6 meses
	M3	Fem.	34	Enfermeiro	Superintende de urgência emergência.	5 meses
Filantrópico	F1	Fem.	36	Enfermeira	Coordenação de Gestão	2 anos
	F2	Masc.	40	Contábeis	Controle	1 anos e 6 meses
	F3	Masc.	28	Administrador	Diretor geral	2 anos
Privado	P1	Fem.	41	Administrador Hospitalar	Gerente Recursos Próprios	4 anos
	P2	Masc.	43	Médico	Diretor de Recursos Próprios	6 anos
	P3	Masc.	37	Administrador	Diretor Administrativo-Financeiro	3anos

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Com o objetivo de resguardar a identidade do hospital e dos entrevistados, esses foram caracterizados com a primeira letra do hospital correspondente, seguida da ordem numérica em que as entrevistas foram realizadas, ou seja, os gestores dos hospitais municipais foram caracterizados pela letra M seguida da sequência numérica (1,2,3). Os gestores dos hospitais filantrópicos foram identificados pela

letra F seguida da sequência numérica em que foram entrevistados e os gestores dos hospitais privados foram caracterizados pela letra P seguida também da sequência numérica em que foram entrevistados.

No que tange ao perfil dos entrevistados, evidencia que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, tem idade variando entre 28 a 51 anos, formação de nível superior, exerce cargos variados e tempo no cargo entre 1 ano e 6 meses a 4 anos.

Com vista a obter melhor compreensão dos resultados, a análise de cada uma das categorias é apresentada a seguir.

5.2 Estrutura organizacional

As organizações hospitalares são fundamentais e têm uma posição importante no mercado devido a sua função econômica e social e, também por possibilitarem a promoção à saúde das pessoas, possuem uma enorme complexidade em relação à gestão e a sua estrutura organizacional (GONÇALVES, 1998; HANSEN; GUIMARAES, 2009; ARAÚJO, 2010).

Tendo por base esse cenário, buscou-se analisar como é a forma de gestão do hospital em termos de processos de gestão. Identificou-se que os hospitais filantrópicos possuem em sua estrutura organizacional um conselho de administração e um conselho fiscal que se responsabilizam pelos processos administrativos e financeiros, dando as diretrizes desses processos para a diretoria executiva. Os hospitais municipais são em sua totalidade financiados pelo SUS, geridos por uma diretoria que na maioria dos casos é subordinada à Secretaria Municipal de Saúde que financia as ações e dá as diretrizes do trabalho. O hospital privado pesquisado conta com uma equipe multiprofissional, dividindo-se em gestão assistencial e administrativa, sendo que os trabalhos são coordenados por um Conselho de Diretores que fornece as diretrizes do trabalho para as gerências. A gestão assistencial é responsável pelos processos de trabalho que envolvem a assistência ao paciente, sempre com foco na qualidade e satisfação dos serviços oferecidos. A gestão administrativa conta com a gestão financeira e com a gestão de recursos humanos. Essas gerências são responsáveis pelo equilíbrio financeiro, com

vistas a manutenção e investimentos, incentivo e crescimento profissional da equipe, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

Ele é uma entidade filantrópica, na verdade o nome anterior é Comunidade Nossa Senhora das Graças, essa irmandade ela elege um conselho de administração, um conselho fiscal e esse conselho delega a administração a uma diretoria com um pessoal com formação profissional na área de administração, tem que ter uma especialização em gestão hospitalar e a administração ela é formada por uma superintendente, uma diretoria geral, porque ela é responsável pela parte administrativa e financeira, e a diretoria técnica (F3).

Então eu vejo que existe muita coisa para estruturar, a gestão hoje da instituição é uma gestão que precisa de muita melhoria, as pessoas hoje que ocupam os cargos com essas responsabilidades são pessoas com competência pra tal, mas devido a todas as dificuldades viciadas e a tanto problema para se resolver com urgência e de imediato, que elas não conseguem se concentrar numa organização administrativa né. Então a gestão hospitalar hoje aqui se dá de uma maneira, vamos dizer assim, uma organização não tão adequada como deveria ser né, mas existem sim desenhos de processos, desenhos de fluxos, reuniões estratégicas... mas ela ainda deixa a desejar bastante.

A gestão do Hospital de Sete Lagoas (Prontoclínica Infantil Ltda) é desenvolvida entre a Diretoria de Recursos Próprios, Diretorias Técnica e Clínica, Gerência Hospitalar e Coordenadores de áreas (P1).

No tocante à estrutura física do hospital, foi possível identificar uma estrutura deficiente com necessidades de melhoria para o hospital municipal e filantrópico. Importa salientar que, no caso do hospital municipal, grande parte da sua estrutura foi adaptada de uma escola, que existiu no local, o que contribuiu para a deficiência da estrutura. Embora pequenas reformas tenham acontecido, não foram suficientes, não atendem às normas regulamentadoras exigidas pela vigilância sanitária. O hospital filantrópico funciona em um prédio antigo, sendo deficiente também em termos de legislação, porém com melhor estrutura física que o municipal. Com relação ao hospital privado, a estrutura é apropriada em termos legais, em relação a instalações e equipamentos.

A estrutura física do hospital ela não atende a necessidade de um hospital de urgência e emergência por trauma por que? É uma unidade adaptada, o hospital municipal era uma escola municipal, então pegou-se as salas né, a estrutura que existia e tentou adaptar criando ala de internação, pronto socorro, bloco cirúrgico, UTI, e, ela não atende a vigilância sanitária... então são poucos os itens da nossa estrutura física hoje que realmente estão totalmente dentro da regulamentação M3.

Bom, a estrutura física do hospital é um prédio mais antigo né, ele foi construído por volta da década de 80 então foram feitas várias adequações na estrutura para receber as unidades que estão instaladas lá e é um prédio

bom, com uma estrutura física boa, porém não atende a tudo que tem dentro das legislações, principalmente o que pede ali o corpo de bombeiros e tudo isso, precisa modernizar (F3)

A estrutura física do Hospital é própria, tendo iniciado suas atividades em 03/04/1996, é considerado de pequeno porte, dispõe de unidade de internação com 16 leitos, Bloco Cirúrgico com 2 salas de cirurgia, Pronto Atendimento 24 horas, com as especialidades de Clínica Médica e Pediatria com plantões presenciais de 24 horas e Ortopedista de plantão presencial diurno e sobreaviso noturno. Outras especialidades mantêm atendimento na modalidade de sobreaviso (P2)

É oportuno salientar que grande parte dos Hospitais públicos e filantrópicos no Estado de Minas Gerais possuem dificuldades na emissão ou renovação do Alvará Sanitário devido a precariedade na infraestrutura dos mesmos. O Governo de Minas Gerais instituiu uma política pública de assistência hospitalar (PRO HOSP) voltada para a melhoria da infraestrutura dos Hospitais públicos e filantrópicos considerados prioritários e estratégicos para as Regiões de Saúde que compõem a assistência hospitalar no Estado. Entretanto, com o passar dos anos, houve várias modificações nessa política pública, enfraquecendo de certa forma o seu objetivo primário e principal que seria melhorar a infraestrutura dos hospitais. “Perdendo” assim o seu foco principal.

Além disso, existem portarias e resoluções do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde que regulamentam a estrutura hospitalar em todos os seus níveis de complexidade, essas são periodicamente atualizadas e modificadas. Tal fato exige investimento em estrutura física por parte dos hospitais. Caso o hospital não consiga se adequar à norma estabelecida ele terá dificuldades em renovar documentos importantes, por exemplo o Alvará Sanitário. Sabe-se que é necessária disponibilidade de recurso financeiro para qualquer tipo de investimento em infraestrutura. Existem estudos que consideram o hospital uma “obra aberta” pois a regulamentação sempre é atualizada e a dinâmica do serviço é ampla, necessitando adequar sempre.

Nesse sentido, torna-se importante retornar à consideração de Pinho et al. (2003) quando evidenciam que o funcionamento hospitalar é rico em processos produtivos altamente integrados, portanto, devido a essa complexidade, para atingir plenamente seus objetivos, o hospital precisa estruturar de maneira racional todos os diversos setores.

Tal cenário evidencia a enorme complexidade em relação à gestão e à estrutura das organizações hospitalares, bem como a posição importante no mercado e na Região de Saúde, devido à sua função econômica e social e também por possibilitarem a promoção à saúde das pessoas (GONÇALVES, 1998; BERNADES, et al., 2007; HANSEN; GUIMARAES, 2009; ARAÚJO, 2010).

Ao analisar a percepção dos gestores quanto aos atendimentos desejados no hospital, a TAB. 1 expõe, de maneira sintetizada, os principais atendimentos citados pelos entrevistados.

Tabela 1 - Percepção quanto aos atendimentos desejados no hospital

Indicador	Entrevistado
Prontuário eletrônico	P1, P3
Acreditação	P1, P2
Centro de Custos	P1, P2
Sala de emergência	M3, M1
Exames e diagnóstico	M2, M1
Atendimento Cardiovascular	F3, F1
Consultas ambulatoriais	F3
Oncologia	F3

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A partir dos dados apresentados pela TAB. 1, é possível sublinhar a necessidade da implantação de prontuário eletrônico no hospital, de um processo de acreditação hospitalar e de um centro de custos nos hospitais privados. Esses três itens estão diretamente relacionados à questão de estrutura e conseqüentemente aos arranjos do hospital, no qual o prontuário eletrônico impacta no atendimento e organização do processo de trabalho, a acreditação permite processos de trabalho com maior qualidade e menor custo eficiência e qualidade (uma melhor estratégia de trabalho) e o centro de custos permite um maior controle financeiro com o conseqüente resultado de otimização dos investimentos em saúde.

Ampliação da sala e setor de emergência, bem como melhorias nos setores de exames e diagnósticos são observados no hospital municipal. São indicadores que permitem melhores condições de trabalho aos profissionais e melhor assistência ao paciente grave, o que não deixa de ser uma estratégia que impacta na melhor

estruturação do serviço e, conseqüentemente, na resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

Quando o atendimento é resolutivo, a rotatividade dos leitos é maior, essa alta rotatividade nos leitos permite um aumento no faturamento. Então podemos considerar como uma estratégia ou arranjo que também impacta no equilíbrio financeiro dos Hospitais. Abertura de consultório para consultas ambulatoriais, com vistas à captação de recurso e aumento da receita do hospital, atendimento cardiovascular e oncologia foram atendimentos desejados pelos hospitais filantrópicos, conforme salientado na TAB. 1 e nos relatos seguintes:

Sim. Prontuário Eletrônico, Acreditação (ONA, ISSO e outras). Possuímos POPs das unidades de internação, Bloco Cirúrgico, Pronto Atendimento, CME e outros, mas precisamos evoluir esses mapeamentos e implantar o Centro de Custos. (P3)

Sim, sem dúvidas. Por exemplo a nossa sala de emergência né, hoje ela é uma sala totalmente adaptada e seria uma proposta, um objetivo a gente poder ampliar ela, colocar ela dentro das normas né... eu acho que seria hoje aí o principal serviço mesmo a ser desenvolvido (M3)

Não porque a gente ainda não tenha o serviço, não tenha a estrutura não, pelos processos burocráticos mesmo né, que tem de passar pelo município, depois estado, depois federal, então é um processo mais longo né, é uma análise um pouco mais demorada, então isso daí acontece, não são muitos, eu acredito que hoje em termos do SUS a gente tem 2 habilitações que a gente pleiteia, que a gente ainda não conseguiu, recentemente nós tivemos a aprovação de um dos leitos de UTI que ainda a gente não tinha o custeio e nós tivemos, e eu sei que existe pleitos e projetos para outros processos, outros projetos que não estão vinculados ao SUS, que seria talvez uma abertura de um consultório para consultas ambulatoriais que exige esse processo para ter uma captação diferente de recurso e aumentar a receita do hospital. Processo de oncologia que hoje a gente tem serviços terceirizados, a gente quer ter o serviço próprio, mas é um custo muito alto. (F1)

Serviço de saúde somente da parte de cardiovascular, mas é uma habilitação que a gente pediu e para fazer também cirurgia de pericárdico, são essas 2 que, é a cardiovascular complementar ao que a gente já tem e eu esqueci agora, vou te falar o nome aqui, e a bariátrica, fora isso mais nenhum (F3).

Os hospitais público e filantrópico citaram atendimentos relacionados às questões assistenciais, diretamente relacionadas ao atendimento do paciente. Enquanto isso, o hospital privado demonstrou que os atendimentos desejados seriam voltados a organização do processo de trabalho, acompanhamento dos custos e melhoria da qualidade desses processos. Diante disso podemos concluir que possivelmente a

questão assistencial está melhor estruturada no hospital privado pesquisado, quando comparada aos hospitais público e filantrópico.

Diante da necessidade da implantação dos procedimentos desejados nos hospitais analisados, é importante salientar a relevância de indicadores estratégicos. Em função disso, a TAB. 2 apresenta os principais fatores identificados nas instituições hospitalares estudadas.

Tabela 2 - Percepção quanto à importância de indicadores estratégicos

Indicador	Entrevistado
Todos os indicadores são importantes	M2, M3, P1, P2, P3, F1, F2, F3
Consumo de materiais	F1, F2
Consumo de medicamentos	F1, F2
Taxa de infecção	M3
Taxa de mortalidade	M3
Taxa de ocupação	M3

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Identificou-se, conforme expresso na TAB. 2, que todos os indicadores são importantes para os hospitais pesquisados. Os hospitais possuem indicadores assistenciais, de gestão e financeiros. Importa salientar que os indicadores aqui relacionados foram citados espontaneamente pelos sujeitos pesquisados. Dentre eles, destacam-se: consumo de materiais e o consumo de medicamentos, evidenciados pelo hospital filantrópico, são indicadores que impactam na programação financeira do Hospital. As taxas de infecção, mortalidade e ocupação são indicadores assistenciais que foram ressaltados como indicadores importantes para o hospital municipal, conforme os relatos a seguir:

Todos os indicadores são fundamentais e essenciais e quanto mais conseguirmos implantar maior será a assertividade dos processos e facilidade na tomada de decisão (P1)

Na verdade, eu acredito que todos, por quê? Todos eles nos trazem aí um retorno, seja financeiro, algum tipo de incentivo... eu vejo que todos são importantes, mas se a gente falar de taxa de infecção e taxa de mortalidade, eu valorizo eles mais né, porque controlar a infecção é garantir qualidade de vida, de recuperação para aquele paciente, reduz gastos né e a taxa de ocupação junto com o giro de leito também otimiza o nosso custo né, eu consigo girar mais leito, eu consigo reduzir custo e consigo aumentar receita (M3)

Sim, tem vários indicadores que também estão pontuados aí nessa questão dos recursos que vem para o hospital e que são indicadores que nós trabalhamos durante todos os quadrimetros para alcançá-los (M2).

Os indicadores estratégicos que a gente vê como mais importante é o nosso consumo de materiais e medicamentos, em questão de valores a gente tem uma meta, um orçamento ali e ele tem que ser cumprido e ele tem uma baixa, ele está num valor e ele não é linear aquela meta, ela é decrescente durante os próximos 6 meses, ela tem que decrescer até chegar em um patamar que a gente achou que iria ser aceitável, e isso realmente é muito importante. E o nosso recebimento, a gente tem que diminuir o prazo de recebimento que está muito alto, as metas muito importantes e aumentar essa receita que não seja do SUS né, receita particular e essa receita de convênios (F2).

Cabe salientar que o monitoramento adequado desses indicadores é de fundamental importância para garantir o funcionamento adequado da prestação de serviços hospitalares. A utilização desses indicadores no processo de gestão consiste em uma importante estratégia para a busca de um processo de gestão mais eficaz e eficiente, uma vez que é importante que haja um equilíbrio no cumprimento desses indicadores, pois os mesmos interferem tanto financeiramente no investimento em saúde por parte da instituição quanto na assistência prestada ao paciente, que consiste na atividade fim do hospital.

Os hospitais público e filantrópico pesquisados são prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem uma tabela de procedimentos do SUS desatualizada em aproximadamente 10 anos. Então o Governo de Minas fortaleceu a política de saúde hospitalar elencando os principais indicadores relacionados à assistência à saúde e fazendo um repasse financeiro de acordo com o cumprimento ou não dos indicadores de saúde. Esse fortalecimento da política de saúde hospitalar foi aplicado aos hospitais considerados prioritários e estratégicos para as Regiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Tais apontamentos asseveram as considerações de Tironi (1991) que define que os indicadores são um meio de as organizações públicas ou privadas não só mensurarem seus resultados, mas também formularem estratégias para obtenção de melhores resultados. Os indicadores medem aspectos qualitativos ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (BITTAR, 2001).

Bittar (2001) ainda salienta que os indicadores devem refletir as prioridades estratégicas de uma organização, podendo abordar fatores econômicos e financeiros, relacionamento com cliente, fornecedores e sociedade, que são aspectos que devem ser considerados pelas organizações na formulação de suas estratégias.

No que tange à competição, mensuração e acompanhamento utilizados para alcançar as metas traçadas pelo hospital, identifica-se, por meio dos relatos, que o acompanhamento de indicadores, metas possíveis de ser atingidas, bem como a motivação da equipe foram estratégias citadas pelos hospitais pesquisados, conforme apresenta a TAB. 3.

Tabela 3 - Percepção quanto às estratégias utilizadas

Indicador	Entrevistado
Acompanhamento de indicadores	M1,M2,P1,P3,F3
Metas possíveis de ser atingidas	M3,P2,F2,F1
Motivação da equipe	M3,P3,F3

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Os sujeitos de pesquisa entrevistados acreditam que o planejamento estratégico e a avaliação e o acompanhamento dos indicadores possibilitam o alinhamento entre o que foi atingido e o que se espera atingir como resultado. A motivação da equipe também foi apontada como um importante fator a ser considerado, conforme apresentado nos relatos a seguir:

Pois é, a gente trabalha muito com o planejamento estratégico e plano de ação, isso daí a gente faz para todos. Então a gente faz um acompanhamento semanal desses indicadores, a gente vendo que eles não estão atingindo as metas a gente elabora alguma ação, primeiro a gente fez o procedimento estratégico de todas elas para poder seguir, e aí tem os riscos que são apresentados, a gente vai identificando esses riscos semanalmente e tentando conversar com as áreas, vê o que a gente pode tentar melhorar. Então a gente aplica o plano de ação para que a gente possa vir a executar. (F1).

É a avaliação dos pontos que são trabalhados. Então avalia-se através de reuniões né, através de cobranças também para que atinja essas metas (M1).

O caminho hoje é justamente essa questão do norteado pelo NAC ne, por essa equipe de gestores onde a gente traça metas, onde a gente traça planos de trabalho em busca disso (M2).

Motivar a equipe. A empresa só consegue alcançar metas se a equipe estiver motivada para alcançar os objetivos traçados. Primeiramente as lideranças de cada área são envolvidas e informadas da necessidade de implementação seja pela qualidade, e pela sustentabilidade do negócio (P3).

Todos os hospitais pesquisados utilizam métodos para mensuração e acompanhamento de indicadores de saúde, cada um deles realiza esse acompanhamento de acordo com o seu perfil de trabalho.

Em seguida, buscou-se analisar a percepção dos entrevistados deste estudo quanto ao diferencial competitivo dos hospitais. O hospital privado atesta como diferencial o corpo clínico e a estrutura de qualidade. O hospital filantrópico destacou os serviços de alta complexidade. Exames e procedimentos foram evidenciados pelos hospitais municipais, conforme apresenta a TAB. 4.

Tabela 4 – Percepção quanto ao diferencial competitivo do hospital

Indicador	Entrevistado
Corpo clínico de qualidade	P1, P2, P3, M2
Estrutura de qualidade	P1, P2, P3
Serviços de alta complexidade	F1, F2
Exames e procedimentos	M1, M2
Oncologia, nefrologia e cardiologia	F1

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Conforme dados apresentados na TAB. 4, de maneira geral, os hospitais pesquisados avaliaram como diferencial competitivo fatores relacionados aos recursos humanos, tais como corpo clínico de qualidade e equipe capacitada para tal, serviços de alta complexidade, tais como atendimento em oncologia, nefrologia e cardiologia e excelência na realização de exames e procedimentos. Os relatos ilustrativos demonstram os achados:

Eu acho que é a parte principal da alta complexidade que por sinal é o foco do hospital, que é ser, que o diferencial do hospital é esse, os serviços de alta complexidade. Eu acredito que é nessa área devido não ter outros prestadores na região para esse tipo de serviço, então o nosso diferencial é nesse que é a oncologia, nefrologia e cardiologia. No entanto a gente tem as habilitações para eles, acredito que tem que ter melhoria sim, em questão de fluxo, em questão de uma demanda maior, mas eu acho eu hoje

sei que a gente é referência para esses tipos de atendimento e a nossa principal diferença seria nesse serviço do alta complexidade (F1)

É a força de vontade e o envolvimento de determinados profissionais. Eu vejo que o que mantém o hospital firme, enfrentando todas as adversidades que ele enfrenta, é a postura de determinados profissionais, entendeu?(M3).

O diferencial competitivo do hospital é justamente concentrado aí na nossa equipe que é uma equipe muito treinada e preparada para atender os casos de trauma principalmente, porque é um hospital principalmente para trauma e esses pacientes que procuram o hospital, que chegam aqui por algum motivo de acidentes, de arma de fogo, de arma branca, são pacientes que podem ter uma tranquilidade muito grande de acordo, diante né do quadro de profissionais muito bem preparados para atendê-los (M2).

Dispomos de corpo clínico de qualidade, com profissionais capacitados que prestam assistência humanizada e resolutiva e ainda equipe de enfermagem e de atendimento qualificada para o atendimento assistencial. A estrutura administrativa conta com profissionais com formação em administração hospitalar e outros. Dispomos de aulas de educação continuada para os médicos plantonistas na Sede da Unimed, treinamentos para a equipe de enfermagem e atendimento. Trabalhamos continuamente para viabilizar um atendimento de qualidade e humanizado aos nossos clientes (P1).

Zacarelli (1995) salienta que um fator de competitividade se transforma em uma vantagem competitiva somente quando os clientes reconhecem uma situação diferenciada em relação aos concorrentes. É a partir do juízo de valores dos clientes, que se definirá o que vem a ser um diferencial competitivo.

O diferencial competitivo aqui tratado diz respeito ao diferencial de atendimento na prestação de serviços em saúde, visto que é o principal objetivo do Hospital. Portanto, foi tratado como diferencial no atendimento e não como nichos de mercado, como, por exemplo, concorrência entre as instituições.

5.3 Arranjo organizacional em Hospitais

Os arranjos organizacionais consistem na mistura do acordo entre unidades econômicas que impera a maneira pela qual essas unidades são capazes de competir ou cooperar. As normas bem como os direitos influenciam na constituição do arranjo organizacional que apresenta artifícios para influenciar ou transformar o ambiente (LOPES; BALDI, 2005).

Buscou-se analisar se os hospitais trabalham com parcerias, como rede de relacionamentos e alianças estratégicas. Identificou-se que, de forma unânime, os hospitais analisados estabelecem parcerias, cada um à sua maneira. Entretanto tais parcerias possuem um formato de acordo com o que é possível e permitido pela legislação vigente conforme a natureza jurídica de cada hospital. Tais redes de relacionamentos estão ligadas a convênios, empresas locais, outros hospitais e prestação de serviços de voluntários, conforme expressam os relatos a seguir:

Mantemos outros convênios (FIAT, FUSEX, Cemig, Casembrapa). Trabalhamos com contratos por prestação de serviços, (P1).

Sim, hoje a principal rede de relacionamento que a gente tem é com a sociedade de Sete Lagoas através das campanhas de captação, através dos eventos que são realizados, um grupo de apoio de empresários importantes também da cidade que também tem contribuído muito para o hospital (F3).

Bom, é essas parcerias hoje... a gente sempre trabalha sim com essas redes de parcerias, com outros serviços públicos né, porque somos um hospital 100% SUS e temos aí várias outras instituições que também estão no mesmo, na mesma situação que a gente por ser também uma instituição 100% SUS, e buscamos sempre manter um relacionamento e sempre nos ajudando, sempre um precisando do outro e um atendendo o outro em todos os momentos (M2).

Assim, rede de relacionamento sim, muito. Por exemplo, para conseguir empréstimo de material de medicamento, para conseguir exames... então, essa rede de relacionamentos é assim, para trocar ideia, trocar proposta, ah eu estou precisando da indicação de medicamento tal, então a gente tem essas parcerias né, esse cool work assim vamos dizer. Mas alianças registradas, pactuadas, não (M3).

Cabe salientar que essas parcerias para o desempenho econômico-financeiro do hospital são vistas como estratégicas e necessárias, principalmente no sentido de que há possibilidade de diluir custos fixos, métodos de custeio de um modo geral, bem como otimizar a gestão hospitalar. Os tipos de parcerias estabelecidos estão diretamente relacionados ao modelo de gestão adotado pelo hospital e são determinantes no sentido de contribuir para melhores resultados na aplicação do recurso financeiro, bem como para a melhoria da qualidade do serviço oferecido à população.

Corroborando esses achados, Daí e Kauffman (2005) ressaltam que as alianças estratégicas permitem acesso a mais recursos em comparação à capacidade de compra que uma empresa possui de modo isolado. Podem ampliar a competência

de uma empresa em criar produtos, reduzir os custos, adotar novas tecnologias, acelerar-se aos concorrentes, alcançar a escala real à sua sobrevivência nos mercados mundiais e gerando recursos com vistas a investimento em competências fundamentais.

As alianças estratégicas e os arranjos nos hospitais particular e filantrópico pesquisados acontecem de modo formal e de forma que permita uma maior estratégia para otimização e gastos e captação de recursos financeiros. Já no Hospital público, acontece de modo informal, como troca de experiências, materiais e parcerias com a sociedade civil, impactando de modo menos expressivo diretamente nos custos hospitalares.

Mediante esse cenário, é importante avaliar o grau de autoridade na tomada de decisões no hospital. A TAB. 5 expõe os principais aspectos citados pelos entrevistados.

Tabela 5 – Percepção quanto ao grau de autoridade na tomada de decisão no hospital

Indicador	Entrevistado
Acontece de forma autônoma	P1, P2, F2, M1
É delegada pelo conselho de administração	F1, F3, M2
É da responsabilidade da área médica	M2
Acontece de forma autoritária	M3

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A partir dos dados apresentados pela TAB. 5, é possível identificar a autonomia na tomada de decisão. A figura do conselho de administração também foi observada de modo expressivo, conforme salientado na TAB. 5 e nos relatos a seguir:

As decisões são compartilhadas, discutidas e traçadas as melhores decisões, nos níveis de liderança do hospital. A liderança tem autonomia em algumas decisões operacionais e estratégicas de menor importância (P3).

Ele é bem descentralizado, cada gestor tem a sua autonomia para poder fazer em determinado momento, mas por ser uma equipe muito unida, todas as decisões mais sérias, de valores maiores ou valores, ou caso de demissão, alguma coisa é sempre traga para a diretoria e avaliada em conjunto, mas aí você tem uma autonomia para poder fazer as alterações os setores que eles acham pertinentes, nos processos e isso depois que é feito é trago para a diretoria validar, mas não que eu falo assim: não vai fazer, é sempre ouvindo a parte, porque você está fazendo, mais para eu entender o processo e poder contribuir. Então acho que é importante essa

autonomia de cada um na sua área, porque eles estão lá na conta, eles sabem o que estão acontecendo, se não tivesse autonomia o setor fica totalmente engessado, as coisas não acontecem (F2).

O grau de autoridade é tranquilo. Hoje o conselho de administração aí delega bem essa função, é claro que nós somos responsáveis por tudo aquilo que a gente faz (F3).

No hospital, eu acho que a tomada de decisões mesmo é mais na área médica de atendimento ao paciente. Porque na área de gestão é o gestor da secretaria que toma essas decisões (M1).

Todo mundo tem sim dentro da sua função, tem sim a sua autonomia de resolver as coisas sempre de braços dados com a diretoria, que por sua vez também tem andado e tem caminhado sempre junto com a secretaria de saúde na tomada de decisões (M2).

Diante do relato dos entrevistados, percebe-se que os gestores que representam o Hospital público entraram em contradição no indicador grau de autoridade, pois a opinião de cada um divergiu da do outro. Observa-se que o grau de autoridade no Hospital público não está bem definido para os gestores, podendo causar sérios problemas na tomada de decisões por parte da gestão.

Já no Hospital privado, acontece de forma autônoma, em que o gestor de cada área possui autonomia para tomar decisões, o que facilita e permite a eficiência dos processos hospitalares. Em relação ao hospital filantrópico, o grau de autoridade é delegado pelo Conselho de Administração que define as diretrizes dos trabalhos com base nas informações que são repassadas pela diretoria. Entretanto fica bem claro que a diretriz do trabalho é delegada pelo Conselho de Administração.

O grau de autonomia também pode variar de acordo com a complexidade do hospital, tendo em vista que quanto maior e mais complexa a instituição, os processos de trabalho necessitam ser mais bem definidos para que a prestação de serviços ocorra de maneira satisfatória. Sabe-se que as instituições hospitalares são estruturas administrativas complexas, uma vez que são constituídas de vários serviços, como: serviço de hotelaria, serviços de nutrição e dietética, serviço de lavanderia, atendimento ao público e serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o hospital filantrópico pesquisado possui serviços de saúde de alta complexidade e demonstrou ser mais organizado administrativamente nesse quesito.

Pesquisas realizadas por Forgia e Couttolenc (2009) em hospitais conseguiram identificar que hospitais públicos sob arranjos organizacionais flexíveis, que possibilitem aos diretores autonomia de decisão, são as instituições públicas que têm o melhor desempenho, em termos de produtividade, eficiência e qualidade. Hospitais públicos governados por arranjos organizacionais de administração direta possuem os piores desempenhos. Hospitais públicos autônomos também obtiveram ganhos de eficiência e qualidade com o passar do tempo em relação aos seus equivalentes não autônomos.

Com relação aos contratos existentes, identificou-se, para as 3 categorias de hospitais pesquisados, a existência de contratos assistenciais, contratos de prestação de serviços e contratos financeiros que dizem respeito à formação do preço de venda e o custo do hospital, conforme identificável nos trechos dos relatos expostos na sequência:

Contratos de prestação de serviços (médicos, empresa de manutenção de equipamentos, ar condicionado e outros). Contratos Pessoa Jurídica e serviços terceiros em geral. Realizamos cotações em três empresas, no mínimo (P1)

Sim, a gente tem os contratos com a saúde suplementar né, onde se destaca o contrato com operadora Unimed, que hoje detém 90% da saúde suplementar de Sete Lagoas que representa ali 70,80% da saúde suplementar dentro do Hospital Nossa Senhora das Graças. O contrato também com a Unimed e as outras operadoras da mesma forma né, de consideração para formação do preço de venda e o custo do hospital né, e nesses contratos a gente tem uma flexibilidade maior para gente poder negociar. Esses são os contratos que a gente tem com os nossos tomadores de serviços. Os contratos com os prestadores de serviços também são feitos de uma forma análoga a 8.666, então todos têm vistos primeiro eles têm que ter necessariamente exportações, então um processo de regibilidade pela questão do conhecimento ao prestador né que vai nos atender (F3).

Ata. Esses contratos eles são feitos normalmente em processos licitatórios né? São contratos que são depois de montados aqui no hospital, eles são enviados para a secretaria de saúde para que lá seja autorizado através do serviço de, através do setor de licitação que é feita toda uma análise para ser montada aqui (M2).

Sim. Nós temos contratos de prestação de serviço, contratos de fornecimentos de insumos, ou seja, insumo hospitalar, insumo de gênero alimentício né?! Temos os contratos de, vamos dizer assim, de estrutura básica, água, esgoto, rede elétrica né?! Contratos com prestadores de serviço, profissionais né, médicos terceirizados... são vários tipos de contratos né? (M3)

A TAB. 6 apresenta os principais fatores que caracterizam o controle de processos nos hospitais objeto de estudo.

Tabela 6 – Percepção quanto ao controle de processos no hospital

Indicador	Entrevistado
Processos são estruturados pela gestão da qualidade	P1, F1, F2, M1, M3
Setores do hospital são informatizados	P2, P3
Fiscalização	M2

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Conforme apresentado na TAB. 6, pode-se perceber que a gestão da qualidade nos hospitais pesquisados atua na estruturação e controle dos processos hospitalares. Observa-se que os três hospitais pesquisados possuem um núcleo de qualidade composto por equipe multiprofissional que acompanha os indicadores de saúde e processos de trabalho relacionados à assistência ao paciente que são executados no decorrer do trabalho nas instituições hospitalares. A gestão da qualidade em hospitais contribui significativamente para correção e ajustes no processo de trabalho e para a melhoria da assistência prestada ao paciente. Além disso, quando bem trabalhada, aponta inconformidades não só nos processos de trabalho assistenciais, dando uma valiosa contribuição para os processos administrativos.

O controle dos processos hospitalares nas instituições pesquisadas se dá por meio de organogramas, estabelecimento de fluxos de processos de trabalho e assistenciais, implantação de procedimentos operacionais padrão e implantação de protocolos assistenciais. Todos esses processos são executados simultaneamente e cada um possui sua importância para que a gestão hospitalar aconteça de forma adequada e otimizada.

Identificou-se que todos os gestores das instituições pesquisadas apontam que o controle do processo de trabalho no hospital possui o critério de qualidade como o principal norteador, apesar disso nenhuma das instituições pesquisadas possui processo de Acreditação Hospitalar em andamento ou concluído.

A esse respeito, Pertence e Melleiro (2010) salientam que a obtenção da Acreditação é percebida como um diferencial de mercado, pois sinaliza

reconhecimento social de que a instituição melhora continuamente a qualidade de seus serviços.

Outro aspecto observado é que os setores dos hospitais são informatizados, exceto no hospital público, o que permite melhor monitoramento de tais processos. Além disso, a informatização constitui um importante instrumento de controle, quando bem utilizada no processo de gestão.

Ainda assim, o hospital público apresentou planilhas manuais como instrumentos de controle. Percebe-se que o hospital público não possui ferramentas gerenciais informatizadas, o que dificulta o processamento da informação para a tomada de decisões da gestão.

Nesse sentido, percebe-se uma falta de investimento em tecnologias de gestão por parte da gestão do hospital, cuja razão, segundo a própria gestão, seria por falta de financiamento suficiente para implantar esse tipo de instrumento. Sabemos que a informatização otimiza os custos hospitalares por oferecer aos gestores dados e informações valiosas para a tomada de decisão. Nota-se que apesar de todo o esforço da equipe de gestão do hospital público, este não possui estrutura adequada e processo de trabalho consistente para produzir informações fidedignas relacionadas aos processos de trabalho e ao controle desses processos.

Sim. Temos o sistema de gestão "SP Data", que nos auxilia em vários controles, desde a entrada do paciente na unidade de PA/Hospital até sua saída. Todos os setores são informatizados, auxiliando os colaboradores nos processos, atendimento, cobrança, faturamento, contabilidade, estoque, gerenciamento (P2).

Sim. A gente tem uma equipe de qualidade que acompanha esse processo, faz um treinamento constante desse processo, avaliação, são gerados fluxos de processos e PO'S que são procedimentos operacionais que embasam o fluxo de processos. Todos eles são acompanhados e periodicamente reavaliados para a qualidade do setor, se aquilo teve alguma modificação, está atendendo, está dentro da realidade do setor, mudou alguma coisa? Então a gente está sempre atualizando (F2).

Acho que as várias coordenações existentes em cada um dos setores do hospital buscam acompanhar esses processos. Por exemplo, o setor de compras ele vai fiscalizando ali os contratos e fornecimentos (M1).

Acho que as várias coordenações existentes em cada um dos setores do hospital buscam acompanhar esses processos. Por exemplo, o setor de

qualidade e o setor de compras ele vai fiscalizando ali os contratos e fornecimentos (M2).

Reporta-se aqui às observações de Zanon (2001) que pondera que a área hospitalar tem se modificado ao longo dos últimos anos no que diz respeito aos seus processos e à sua forma de gestão. A preocupação é pela busca constante de melhoria, com recursos focados em qualidade assistencial e uma gestão baseada em evidências e resultados, sempre em consonância com o ambiente interno e externo. Corroborando, Hansen e Guimaraes (2009) salientam que o hospital, sendo um sistema integrado e inserido em um contexto complexo e flexível como o da saúde, necessita de planejamento e de estratégia que visam à sua sobrevivência.

5.4 Modelo de financiamento em Hospitais

Medici (2011) destaca a busca por modelos de financiamento para os hospitais no Brasil como uma das principais necessidades e preocupações de gestores públicos ou privados e de investidores privados. Em um ambiente com tendência de redução de capacidade instalada e de arrochos orçamentários, esses atores tendem a explorar estratégias como a maior diversificação de fontes de pagamento, associando formas de gestão financeira que permitam maior autonomia, flexibilidade e sustentabilidade dessa gestão.

Inicialmente, importa salientar, em termos financeiros, como o hospital vem mantendo a estrutura dos serviços. Os aspectos identificados pelos entrevistados estão associados à realização de aportes financeiros, controle de custos e despesas e parcerias estratégicas.

Tabela 7 – Percepção quanto à manutenção de estrutura de serviços

Indicador	Entrevistado
Realização de aportes financeiros	P1, P2, P3
Controle de custos e despesas	F2, F3, M2
Parcerias	F1, M2, M1

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A TAB. 7. e os relatos ilustrativos apresentam a percepção dos entrevistados quanto à manutenção de estrutura de serviços.

Nossa estrutura apresenta um déficit mensal significativo e mensalmente a Operadora Unimed Sete Lagoas faz aportes financeiros para que a Prontoclínica Infantil possa continuar mantendo essa estrutura em funcionamento. Sob o ponto de vista estratégico é importante manter essa estrutura dos serviços e viabilizar a ampliação de suas unidades de atendimento (P1).

Controle de custo, cada lápis que a gente gasta, cada folha de papel, cada medicamento, isso é tudo muito controlado e era com regras rígidas para a entrega... hoje em dia a gente faz entrega uma vez por semana para cada área. Então o almoxarifado fala, hoje eu faço entrega para esse departamento hoje, no dia esse departamento entra no sistema, faz o pedido dele, no dia seguinte ele vai no almoxarifado e pega o pedido dele, só que almoxarifado conhece o pedido e faz a triagem, precisa disso mesmo, não precisa, começa a reduzir esse número de pedido. Então fica em cima disso, reduzir esse número de recursos em todos os setores (F2).

Sim, sim, eu acho até que nós somos até heróis em conseguir manter o atendimento a população, não só nossa população mas em todos os municípios da redondeza né, que o financiamento é pouco como eu já disse né, Sete Lagoas financia a maior parte dos atendimentos, logicamente é muito por ser um município maior, mas ainda conseguimos dar uma assistência boa, não a que queremos mas conseguimos dar uma assistência boa ainda a nossa comunidade (M1).

Hoje nós temos uma dificuldade muito grande em relação a várias coisas, como por exemplo o abastecimento de material mesmo hospitalar, aquisição de equipamentos extremamente importantes dentro do hospital, e nós buscamos hoje justamente essas parcerias que são estabelecidas aí com outros serviços nessas trocas mútuas aí de empréstimos (M2).

É possível identificar a dificuldade financeira em todos os hospitais pesquisados, tendo como fator predominante a dificuldade e o atraso de repasses de recursos pelos órgãos competentes, bem como fatores relacionados à gestão hospitalar, sendo necessário realizar aportes financeiros provenientes de outras fontes, controle de custos e alianças estratégicas.

Forgia e Couttolenc (2009) ponderam que um elemento crucial para determinar a eficiência de um hospital é a forma como ele utiliza os recursos disponíveis para produzir tratamentos e outros serviços clínicos e não clínicos e suas estratégias. A aplicação inadequada de recursos impede a prestação eficiente de serviços, o que pode comprometer a qualidade dos serviços e resultar conseqüentemente em custos mais elevados.

É oportuno ressaltar que todos os gestores entrevistados relataram que as instituições pesquisadas não possuem equilíbrio financeiro no momento. Entretanto o hospital privado possui um arranjo organizacional de outra unidade de saúde de

menor complexidade interligada ao hospital que possui sustentabilidade e realiza o aporte financeiro no mês em que o faturamento não é equilibrado a receita com a despesa ou há déficit financeiro. Tal arranjo permite a sustentabilidade e o adequado financiamento da instituição, tornando-a, assim, viável.

Outro ponto salientado pelos entrevistados do hospital filantrópico e público está diretamente associado à utilização de outras fontes de receita, como atendimento por convênio e repasses de outras instituições, empréstimos em bancos e vendas de sucatas, conforme identificável nos trechos dos relatos expostos na sequência.

Sim. O hospital presta serviços a clientes conveniados (Unimed e outros convênios) e particulares. Dispomos de modalidades de atendimento pacote (particular mais barato). Como mencionado anteriormente temos repasses mensais da Unimed Sete Lagoas para complementar nossas receitas e continuar mantendo a estrutura (P1).

Que eu estou me lembrando nesse momento é a captação de recursos que a gente tem externa, mas é um volume muito pequeno pelo custo que a gente tem (F1).

Uma fonte de receita, que é uma receita muito ruim, que na verdade não é uma receita, é uma captação de outros recursos é através do endividamento bancário, o capital de giro dos bancos(F3).

Sim. A gente tem uma fonte muito pequena, que é a venda de sucata, de papelão, de vez em quando a gente consegue arrecadar aí um quantitativo importante e aí a gente prioriza a aquisição de algum material, muitas vezes material de manutenção, muitas vezes placa de manutenção para enfermagem e aí a gente vai traçando estratégia. Não são estratégias, não são fontes de receitas, que custeia o hospital, que sustenta o hospital, não, mas nos ajuda a fazer pequenos servicinhos né (M3).

Tais achados evidenciam, mais uma vez, a questão deficitária de recursos financeiros para as 3 tipologias de hospitais pesquisados.

Cabe ressaltar que o hospital filantrópico apresenta um modelo de financiamento custeado em sua maior parte pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e recebe incentivos dos governos federal, estadual e municipal. Além disso, busca captar outras fontes de recursos como atendimentos de convênios de operadoras de saúde. Ainda assim, percebe-se que o hospital pesquisado possui um endividamento bancário, o que interfere no seu ponto de equilíbrio financeiro, visto que parte do recurso financeiro que deveria ser aplicado em serviços e ações de saúde é utilizado atualmente para pagar juros bancários e operações financeiras contraídas anteriormente.

Outro ponto importante que interfere no modelo de financiamento é o controle de custos e despesas relacionado ao monitoramento das compras realizadas pelo hospital.

Nota-se que o hospital público é a instituição que apresenta uma maior fragilidade no que diz respeito ao controle de custos e despesas, pois esses são controlados de forma manual. Tal fator se dá uma vez que o controle manual não traduz a realidade no tempo correto, sendo considerado obsoleto e ineficiente. Entretanto cabe salientar que, mesmo diante da fragilidade do sistema e de todos os desafios enfrentados, a instituição pesquisada não deixou de fazer o controle dos custos e despesas.

O Hospital público possui um modelo de financiamento “engessado” e também não possui equilíbrio financeiro. Entretanto a natureza jurídica do hospital público não permite maiores arranjos para permitir o financiamento de outras fontes que não sejam recursos do governo federal, estadual e municipal, apenas. Sabe-se que existe um grande déficit nos valores repassados pelo governo.

Atualmente, o município de Sete Lagoas tem custeado o déficit do hospital público, que presta serviço para toda uma Região de Saúde. Ao assumir esse déficit parte do orçamento municipal da saúde fica comprometido com a assistência hospitalar e então, o gestor de saúde precisa reorganizar todo o serviço municipal a fim de viabilizar o funcionamento do hospital. Essa tem sido a realidade da grande maioria dos municípios mineiros que possuem hospital público.

Existe uma tendência no serviço público de estabelecer uma Parceria Público-Privada (PPP) que permite às instituições hospitalares um modelo de financiamento que apresenta maior equilíbrio financeiro e, conseqüentemente, melhores processos e maior qualidade nos serviços prestados por essas instituições.

Desse modo, Neto (2008) salienta que a proposta da Parceria Público-Privada (PPP) consiste em mesclar a experiência do setor privado com a visão pública e o planejamento econômico do governo.

Brito e Silveira (2005, p.9) argumentam que “o uso da PPP deve ser motivado por razões de eficiência na prestação do serviço e no uso dos recursos públicos, e não pela aparente solução do problema do financiamento”.

Ressalta-se, ainda, a estratégia de viabilizar a proposta SUS, considerando a extensão territorial e o orçamento para gestão de serviços de saúde no Brasil.

Outro fator crítico identificado relaciona-se a problemas de déficit identificados no hospital, conforme apresentado nos relatos a seguir:

O custeio das unidades assistenciais é muito elevado, praticamente todos os setores do Hospital funcionam 24 horas. Nossa unidade dispõe de Hospital com 16 leitos e Pronto Atendimento 24 horas. Hoje é de conhecimento público, que vários hospitais, públicos, filantrópicos e privados não têm conseguido manter suas finanças em dia e têm que conviver com um déficit financeiro. Felizmente nossa unidade apresenta um resultado financeiro negativo, mas com o aporte financeiro da Operadora Unimed Sete Lagoas tem conseguido se manter (P2).

Mas sim, a gente sabe identificar os principais gargalos que a gente tem e às vezes a gente não consegue agir neles, então assim é uma coisa que a gente tem... essa questão da compra hoje, eu acho que ela é a pior de todas que a gente tem, porque a gente não consegue comprar do menor preço por a gente não ter honrado os nossos compromissos com os fornecedores. Então nossa dívida com os fornecedores é muito alta, e os nossos fornecedores de menor preço não querem nos fornecer mais, então a gente tem que comprar de quem quer fornecer e às vezes essa daí é de maior preço. Então eu acho que nosso problema principal hoje é quanto aos suprimentos (F1).

Como eu falei anteriormente, primeiro passa pelo problema do valor da tabela SUS e segundo pela falta de processos bem definidos, bem contados e monitorados. Eu acho que no momento em que tivermos processos claros, desenhados e acompanhados, cobrados, a gente vai conseguir reverter desperdício, a gente vai conseguir garantir recebimento, não ter glosas de LH's e consequentemente aumentar um pouco a receita (M3).

Tais achados reportam-se ao endividamento apresentado em unanimidade pelos hospitais pesquisados. Dívidas com fornecedores, funcionários, encargos, insumos e outras despesas têm levado muitos hospitais a encerrar suas atividades. Problemas com a compra de insumos também foram identificados, tendo em vista que a inadimplência com fornecedores aumenta o custo de aquisição de materiais. Além disso, valores da tabela SUS e a falta de processos claros, bem definidos e monitorados contribuem para os níveis de endividamento.

Buscou-se identificar se o modelo de financiamento existente permite a sustentabilidade do hospital. Nesse sentido, identificou-se que o modelo de financiamento é ideal para a maioria dos hospitais pesquisados, no entanto nem sempre o operacional ocorre como o modelo desenhado, tendo em vista que os valores de repasse são menores que os custos de operação e manutenção, conforme salientado por P3, F2, F3 e M3:

Não. Hoje tem sido crescente o número de operadoras de plano de saúde que buscam investir nas suas unidades próprias (hospitais, núcleos de atendimento, centros de promoção e prevenção à saúde), mesmo conhecendo a realidade do serviço assistencial e do alto investimento e custo de sua manutenção. Para se manter, é preciso saber o custo de uma diária, por exemplo, para um hospital de 100 leitos, o custo da diária deve ser superior a 800,00 (oitocentos reais). Recentemente foi noticiado no sistema Unimediano a quebra da Unimed São Paulo, dificuldades na Unimed Rio, Brasília e outros grandes Unimed's, que mostra um cenário de crise também nas operadoras de planos de saúde em todo Brasil. Felizmente a operadora Unimed está se mantendo no mercado e absorveu há mais de um ano a carteira do PLANSEG (P3).

Hoje, igual eu falei, a gente tem um déficit todo mês e vai acumulando um valor alto todo ano (F2).

O modelo de financiamento com poucas adequações, e aí a gente está falando do modelo e não do valor né, senão a gente precisaria de uma condução mínima, ele garantiria o equilíbrio da operação do hospital. É claro que o hospital ainda suporta um passado, uma despesa financeira muito alta pelas dívidas adquiridas no passado, mas esse modelo ele é suficiente para o equilíbrio (F3).

Não tem... poderia ser melhor. Esses investimentos eu acho que eles estão um pouco aquém da necessidade que a gente tem hoje na complexidade do hospital (M2).

Esses investimentos eu acho que eles estão um pouco aquém da necessidade que a gente tem hoje na complexidade do hospital (M3).

Tais apontamentos vão ao encontro dos pressupostos teóricos, dado que, segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a introdução de novas dinâmicas organizacionais nos hospitais, como a adoção de múltiplas fontes de financiamento, é uma forma de responder aos desafios no setor. Contudo essa é uma tarefa complexa, pois seu êxito não se apoia exclusivamente na gestão da organização, mas também em fatores externos ao hospital e próprios do ambiente em que ele se insere, como as decisões políticas e a disponibilidade de recursos.

Por fim, importa sublinhar como o modelo de financiamento interfere na eficiência técnico-financeira do hospital, conforme salientado pelos entrevistados. Constatou-se que a maior interferência relaciona-se à dificuldade na parte assistencial, tendo

em vista que a falta de insumos compromete toda a estrutura hospitalar, processos e procedimentos são interrompidos, uma vez que a irregularidade dos recebimentos pelos hospitais é um fator eminente.

Sem financiamento e/ou dinheiro não há como manter uma estrutura em funcionamento. Sem recursos financeiros, a unidade assistencial, estrutura física, qualidade do atendimento, recursos tecnológicos, gestão de pessoas, de insumos e todo o gerenciamento fica comprometido, inviabilizando a continuidade dos serviços a curto e médio prazo (P1).

Então a gente tinha perda de receita com os pacientes deixando de procurar o hospital, ou de parceiros não quererem investir ou aumentar a parceria com o hospital, a pior das performances que a gente compra é o que piorava ainda mais o resultado, aumentava mais o déficit, precisava mais de recursos financeiros das instituições bancárias... como essa dívida bancária acontece então faltava mais dinheiro ainda para pagar a operação, e depois que faltava mais dinheiro para pagar a operação precisava de mais dinheiro, e esse era o ciclo da crise né que a gente tinha desenhado e apresentado para o conselho de administração. E isso não tem sido diferente, e o que piora muito é principalmente esse passivo que a gente tem junto dos nossos contratantes também, porque o dinheiro já é insuficiente, e se nem esse recurso que já é insuficiente chega a contento, isso piora ainda mais a situação de caixa do hospital (F3).

A influência é o atraso aí para a gente, o resultado dessa influência traz pra gente aí muita dificuldade na parte assistencial, por quê? Uma vez que eu não tenho uma sustentabilidade financeira, eu não consigo caminhar com meus processos, com meus projetos, com as minhas necessidades. Então eu preciso ampliar ela, eu preciso ampliar, eu preciso reformar, eu preciso adquirir equipamento, eu preciso capacitar pessoas e sem um suporte financeiro mínimo nada vai para a frente, e isso traz um impacto assistencial né? Quando eu preciso, por exemplo, operar um paciente e eu preciso de uma furadeira e eu não tenho essa furadeira por questões financeiras, eu estou causando aí um transtorno para a vida do paciente, da sociedade né, para um todo né? Então os impactos para a vida financeira são muito grandes né, como um todo (M2).

Uai, interfere justamente no produto final que é o atendimento ao paciente, as vezes ele poderia ser muito melhor assistido e atendido, e hoje com esse recurso um pouco tão escasso como está, a gente não tem condições de manter um atendimento de qualidade e o paciente fica prejudicado (M3).

Diante de tal contexto, ficou evidente que os gestores são obrigados a estabelecer estratégias autônomas para gerenciar os recursos existentes com vistas ao alcance da melhor assistência realizada com o menor custo por parte do hospital. Em face de tais discussões, é importante salientar, segundo Medici (2011), a busca por modelos de financiamento para os hospitais no Brasil como uma das principais necessidades e preocupações de gestores públicos ou privados e de investidores privados. Em um ambiente com tendência de redução de capacidade instalada e de arrochos orçamentários, esses atores tendem a explorar estratégias como a maior diversificação de fontes de pagamento, associando formas de gestão financeira que

permitam maior autonomia, flexibilidade e sustentabilidade dessa gestão. Assim, a adoção do multifinanciamento é uma estratégia para assegurar a sobrevivência dos hospitais e sua expansão no mercado de saúde (MEDICI, 2011).

O próximo capítulo apresenta as considerações finais que podem ser traçadas a partir deste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito tem sido discutido sobre o financiamento da saúde pública no Brasil. A literatura apresenta diversos estudos, ressaltando, entre outros aspectos, que o volume de recursos gastos nessa área é escasso, e que a relação de gastos per capita no Brasil é inferior à de diversos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa abordagem econômica, que reflete as condições macroeconômicas do setor saúde, visa à captação de recursos pelo setor; contudo é imprescindível a compreensão do financiamento público por meio de outras linhas de discussão, considerando a questão dos repasses de recursos aos prestadores de serviço (ALEMÃO, 2012).

Esta dissertação teve por objetivo descrever e analisar, na percepção de gestores hospitalares das instituições pesquisadas, os arranjos organizacionais e o modelo de financiamento e suas implicações no processo de prestar assistência com a maior qualidade e o menor custo em um hospital público, um filantrópico e um privado do estado de Minas Gerais.

Com vistas a atender ao objetivo deste estudo, foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando-se o método estudo de caso e observação não participante. A coleta de dados se deu por meio de 9 entrevistas semiestruturadas com gestores administrativos e financeiros das instituições pesquisadas.

Em resposta ao primeiro objetivo específico, para o qual se buscou identificar a estrutura organizacional e a tipologia do hospital no cenário regional, identificou-se que, em termos de processos de gestão, as estruturas são definidas e as gerências influentes nas referidas áreas de atuação. Além disso, observou-se também que a estrutura física é deficiente em termos estruturais e legais nos hospitais municipal e filantrópico. Entretanto, o volume de resoluções e normas que são publicadas pelos órgãos regulamentadores exigem investimentos na estrutura física hospitalar, comprometendo parte do orçamento.

Sugere-se a criação de uma política de saúde “forte” e exclusiva para o investimento em hospitais públicos e filantrópicos considerados estratégicos por parte do Estado, pois o financiamento é insuficiente e parte do recurso que seria aplicado na assistência ao paciente e o gestor hospitalar se vê obrigado a investir em infraestrutura para atender à norma vigente.

La Forgia e Couttolen (2009) destacam que nos últimos anos o setor de saúde brasileiro teve avanços significativos no que tange à estrutura, tecnologia, área de abrangência, entre outros, portanto, não obstante grandes desafios se apresentam nesse contexto. Apesar da expansão de sua cobertura, o sistema de saúde ainda se confronta com limitações na qualidade da atenção, na incorporação de novas tecnologias, na gestão de seus recursos e na distribuição equitativa dos serviços.

No que tange aos meios utilizados para alcançar as metas traçadas pelo hospital, constatou-se que plano de ações, acompanhamento de indicadores, metas possíveis de ser atingidas, bem como a motivação da equipe foram “caminhos” citados pelos hospitais pesquisados. Portanto, na visão de Bittar (2001), os indicadores devem refletir as prioridades estratégicas de uma organização, podendo abordar fatores econômicos e financeiros, relacionamento com cliente, fornecedores e sociedade e busca por inovação tecnológica. Tais aspectos devem ser considerados pelas organizações na formulação de suas estratégias, e todo o arranjo organizacional tem que contribuir para que a organização alcance as metas estabelecidas estrategicamente.

Os hospitais pesquisados avaliaram como diferencial competitivo fatores relacionados aos recursos humanos, tais como corpo clínico de qualidade e equipe capacitada para tal, serviços de alta complexidade, excelência na realização de exames e procedimentos. Sugere-se que os gestores hospitalares, Município, Estado e União realizem maior investimento em cursos e capacitações, pois esses são essenciais ao profissional que lida com um bem precioso: a vida.

Em resposta ao segundo objetivo, para o qual se buscou identificar o tipo de arranjo com que o hospital opera, identificou-se que os hospitais operam com diferentes arranjos organizacionais. Percebeu-se que os arranjos se organizam conforme a

natureza jurídica da instituição. O hospital filantrópico possui arranjos relacionados ao SUS, ou seja, governo público, atividade privada e convênios. Possui parcerias consolidadas com a comunidade, e também com rede de relacionamento, como compras. Pode ser considerado um arranjo amplo e diversificado. Com relação ao arranjo do hospital privado, percebeu-se que esse é voltado para a eficiência, utilizando-se de convênios, atendimentos particulares e realizam parcerias apenas com fornecedores. As parcerias com a sociedade civil e com outras instituições podem ser consideradas restritas ao mercado particular da saúde, sobrevivendo em grande parte com recursos da saúde suplementar. Já o hospital público possui arranjos apenas do governo federal, estadual e municipal, sejam eles por meio de repasses do SUS ou de emendas parlamentares. Possuem parceria fraca com a sociedade civil, tendo em vista não possuírem nenhuma parceria consolidada.

Cabe ressaltar a necessidade de os hospitais públicos buscarem parcerias consolidadas, com vistas à otimização dos custos, dada a inexistência de parcerias voltadas à melhoria dos custos hospitalares.

Interessa sublinhar, ainda, nos resultados alcançados neste estudo, no que tange a parcerias como rede de relacionamentos e alianças estratégicas, constatou-se que tais redes de relacionamentos estão ligadas a convênios, empresas locais, outros hospitais e prestação de serviços de voluntários.

Em resposta ao terceiro objetivo específico, para o qual se buscou identificar o tipo de financiamento, identificou-se, no que tange ao hospital público, que o financiamento é proveniente de recursos do governo federal, estadual e municipal. Destaca-se a insuficiência do financiamento dos três entes federativos, o que ocasiona débitos, tendo em vista que os custos hospitalares aumentam anualmente, novas tecnologias são incorporadas, aumentando os custos do serviço de saúde. Destaca-se que a tabela do governo não acompanha a evolução tecnológica e o aumento dos custos da saúde suplementar. Quanto ao financiamento no hospital filantrópico, este é realizado pelo SUS, no entanto observa-se a existência de tabelas melhor valoradas, sendo assim, o déficit tende a ser menor. Desse modo, o hospital consegue agregar valor com a saúde suplementar, podendo, assim, buscar o ponto de equilíbrio financeiro. Com relação ao hospital privado, o financiamento é

considerado satisfatório, uma vez que conta com um núcleo em seu arranjo que cobre possíveis déficits quando o financiamento é insuficiente.

Sendo o financiamento insuficiente no hospital público, sugere-se uma parceria público privada que auxiliará os governos Estadual, Federal e Municipal e custear o déficit de forma mais resolutiva e otimizada.

Em resposta ao quarto objetivo específico, o qual buscou relacionar os tipos de arranjos organizacionais com os tipos de financiamento, constatou-se dificuldade financeira em todos os hospitais pesquisados, tendo como fator predominante a dificuldade de repasses de recursos pelos órgãos competentes, bem como fatores relacionados à gestão hospitalar.

De acordo com Carvalho (2010), em decorrência do aumento da despesa pública, nas últimas duas décadas, o financiamento hospitalar tem se tornado um tema cada vez mais debatido, isso porque, segundo Costa (2008), a forma como os hospitais são financiados reflete diretamente no seu desempenho.

Contudo, evidenciou-se que, em um ambiente com tendência de redução de capacidade instalada e de arrochos orçamentários, esses atores tendem a explorar estratégias como a maior diversificação de fontes de pagamento, associando formas de gestão financeira que permitam maior autonomia, flexibilidade e sustentabilidade dessa gestão.

Outra situação constatada na análise dos dados diz respeito a distorções entre o valor pago e o custo, uma vez que o modelo de financiamento é ideal para a maioria dos hospitais pesquisados, no entanto nem sempre o operacional ocorre como o modelo desenhado, tendo em vista que os valores de repasse são menores que os custos de operação e manutenção, o que pode encorajar os hospitais a desenvolver estratégias de sobrevivência financeira, buscando a especialização do atendimento, de forma a garantir uma relação de risco que não comprometa sua sustentabilidade financeira.

6.1 Limitações da pesquisa

Em relação às limitações encontradas para a realização desta pesquisa, destaca-se, principalmente, a dificuldade de disponibilidade dos entrevistados devido à complexidade e dinâmica do trabalho da área hospitalar. Por vezes a pesquisadora já no local precisou desmarcar entrevistas devido à demanda de trabalho dos respondentes. Interrupções no processo de coleta de dados também foram observadas, o que contribuiu para que a sequência lógica das entrevistas fosse quebrada.

Ressalta-se ainda que alguns entrevistados, mesmo que estejam atuando na gestão hospitalar, possuem formação em outras áreas do conhecimento.

6.2 Sugestões para futuros estudos

Sugerem-se, para a realização de estudos futuros, pesquisas que abordem os arranjos organizacionais e o modelo de financiamento de hospitais regionais, com vistas a ampliar o entendimento sobre os arranjos organizacionais e o modelo de financiamento em hospitais de Minas Gerais.

Sugere-se ainda um estudo que aborde a parceria público-privada (PPP) em organizações públicas.

REFERÊNCIAS

ALEMÃO, M. M. **Financiamento do SUS paralelo aos gastos na fundação hospitalar do estado de Minas Gerais**: um estudo de caso compreensivo fundamentado na base de conhecimento gerada com a metainformação custo. 2012, 193 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração do Departamento de Ciências Administrativas da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. 2012.

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ARAÚJO, É. A. ARAÚJO, A. C; MUSETTI, M. A **Estrutura organizacional e atividades logísticas**: um estudo de caso em hospital universitário e ensino de público. 2010. 189 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos,2010.

ARAÚJO, É. A. **Estrutura organizacional e atividades logísticas**: um estudo de caso em hospital universitário e ensino de público. 2010. 189 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)-Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos,2010

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2011.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. SP. Cortez. 2006.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS** , V. 3, N. 12, set 2001. Disponível em:<
<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidade1.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2016.

BOUER, R.; CARVALHO, M. M. Metodologia singular de gestão de projetos: condição suficiente para a maturidade em gestão de projetos. **Revista Produção**, v. 15, n. 3, p. 347-361, 2005.

BRASIL. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011d. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf>. .

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:<
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Contrôle_Social.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Política Nacional de Atenção às Urgências, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 76.973**, de 31 de dezembro de 1975. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D76973.htm>. Acesso em 10 fev. 2016.

BRITO, B. M. B.; SILVEIRA, A. H. P. Parceria público-privada: compreendendo o modelo brasileiro. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.56, n. 1, p. 7-21 jan./mar. 2005.

BRUXEL, R. **Monitoramento da gestão estratégica com o emprego de indicadores**: o caso de três hospitais. Porto Alegre: Universidade Federal do RGS, 118f. 1997. Dissertação (Mestrado em Administração) Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1997.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 114 p.

CARVALHO, A. O. **Informática em saúde e fatores críticos de sucesso**: um estudo no InCor. São Paulo: FGV/EAESP, 2002.

CARVALHO, C. A. P.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F. D. Contribuições da Perspectiva Institucional para Análise das Organizações. In: Anais., 23., 2009 ENANPAD. Foz do Iguaçu -PR, 2009.

CARVALHO, J. P. P. O. R. **Sistemas de Financiamento Hospitalar**: uma reflexão. 2010, 35 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina Universidade do Porto. FMUP. 2010.

CELESTINO, P. Nó de Normas. **Notícias Hospitalares. Gestão de Saúde em Debate**, v. 4, n. 39, Nov. 2002 Disponível em:<
<http://www.noticiashospitalares.com.br/nh50/htms/qualidade.htm>> Acesso em 01 de fev. 2016.

CHOUAID, C.; et al. De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins. *Revue des Maladies Respiratoires*, v. 23, n. 4, p. 87-98, set. 2006.

CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. O Financiamento do SUS: principais dilemas. IPEA, Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Brasília. **Anais...Brasília**. 2011. Disponível em: <
<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2016.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COSTA, C. Financiamento de serviços de saúde: a definição de preços. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v.8, n. 2, p 65- 72, 1990.

COSTA, C., SANTANA, R., BOTO, P. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: concetualização e aplicação. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v.7, p. 67-101, 2008.

COSTA, C., SANTANA, R., BOTO, P. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: concetualização e aplicação. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 7. p.67-101, 2008.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAFT, R. L. **Teoria e projeto das organizações**. 6 ed. Rio de Janeiro: LTC. 1999.

DIMAGGIO, P. J., & POWELL, W. W. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, v. 48, n. 2, p. 147-60, 1983.

DiMAGGIO, Paul J., POWELL, Walter W. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**, v.45, n.2, p.74-89, 2005.

DOBASHI, B. F.; BRETAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde?. 2010. Divulgação em saúde para debate. In: XXVI Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 2010, Gramado. **Anais...** Gramado: CONASEMS/CEBES. 2010.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 115, n. 1, p. 139-54, mar. 2002.

EBERS, M. **The formation of interorganizational networks**. Oxford, New York: Oxford University Press, 1997.

ESCOVAL, A. **Sistemas de financiamento de saúde: análise e tendência**. Lisboa: ISCTE, 1997.

FONSECA, V. S. Da. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimento contemporâneos. In: VIEIRA, M.M.F; CARVALHO, C.A. (orgs). **Organizações, instituições e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

FONSECA, Valéria; MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. Conversação entre Abordagens da Estratégia em Organizações: Escolha Estratégica, Cognição e Instituição. **Revista de Administração Contemporânea - RAC**, Curitiba, art. 3, p. 51-75, Edição Especial 2010.

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

GULATI, R. Social structure and alliance formation patterns: a longitudinal analysis. **Administrative Science Quarterly**, Ann Harbor, v. 40, p. 619- 652, 1998.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova: São Paulo, n.58, 2003.

HANSEN, P. B. GUIMARAES, F. M. Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, p. 434-446, 2009.

KAPLAN, R. S.; Norton, D. P. **A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Campus. 1997

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LANDERDHAL, M. C. et al . Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro ,v. 15, n. 5, p. 2431-2436. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2016.
Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Diário Oficial da República do Brasil, Brasília, DF, 15 maio de 1998.

LIMA- GONÇALVES, E, et al. **Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva. 2009.

LOPES, F. D.; BALDI, M. Laços Sociais e Formação de Arranjos Organizacionais Cooperativos: proposição de um modelo de análise. **Revista de administração contemporânea**, Curitiba, v.9, n. 2, abr./jun. 2005

MÁSCULO, F. S; VIDAL, M. C. (org.) **Ergonomia: trabalho adequado e eficiente**. Elsevier. São Paulo. 2011. 511p.

MENDES, G. H. S.; TOLEDO, J. C. Uma visão dos principais arranjos organizacionais aplicados ao desenvolvimento de produto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GESTÃO DO DESENVOLVIMENTO DE PRODUTOS, 4., 2003, Gramado. **Anais...** Gramado, 2003. Disponível em:< www.gepeq.dep.ufscar.br/arquivos/TR02_0167.pd>. Acesso em: 10 fev. 2016.

MEYER, J. W., ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. In: MEYER, J. W., SCOTT, W.R. *Organizational environments ritual and rationality*. London : Sage, 1992. p. 41-62.

MIZUMOTO, F. M.; ZYLBERSZTAJN, D.. A coordenação simultânea de diferentes canais como estratégia de distribuição adotada por empresas da avicultura de postura. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 8, n. 2, 2011.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.1979.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record. 2004.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: O desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C.(Orgs.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. 2010. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.

OLIVEIRA, Francisco de. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Informe de estatísticas mundiais**. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/es/index.html>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

PECI, Alketa. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE. BR**, v.4, n. 1, marc. 2006.

PERROW, C. The analysis of goals in complex organizations. In: HASENFELD, Y.; ENGLISH, R. A. *Human Service Organizations*. 2nd ed. Ann Arbor: The University of Michigan, 1983.

PINHO, D. L. M.; ABRAHAO, J. I.; FERREIRA, M. C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 168-176, Mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200005&lng=en&nrm=iso> Acesso em 23 abr. 2016.

RING, P. S.; VAN DE VEN, A. H. Developmental Processes of Cooperative Interorganizational Relationships. **Academy of Management Review**, New York, v. 19, n. 1, p. 90-118. 1994.

RUAS, E.B. Criação de indicadores estratégicos para o Instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo. **RAE electron.**, São Paulo, v. 2, n. 1, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482003000100003>. Acesso em 10 fev. 2016.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. 143 f. v. 1. Tese (professora titular) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde.../CarmenRotta.pdf. Acesso em 12 fev. 2016.

SAÚDE, Conselho Nacional. **Lei nº 8.080**. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 06 jul 2015.

SCOTT, W. Richard. *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage, 1995

SCOTT, W.R. Institutional Theory: contributing to a theoretical research program. In: SMITH, K.G.; HITT, M.A. (Eds.) *Great Minds in Management*. New York: Oxford University Press, 2008. p. 460-484.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. **Administração**. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1995.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia**, 2011. Disponível em:< http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf>. Acesso em 22 abr. 2016.

TOLBERT, Pámela S.; ZUCKER, Lynne G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. *Handbook de estudos organizacionais: modelos e análises e novas questões em estudos organizacionais*. São Paulo: ATLAS, 1999.

TRIVELATO, P. V. et al. Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar. **RAHIS**, v. 12, n. 4, 2015. Disponível em:< revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/download/2725/1635>. Acesso em: 212 fev. 2016.

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

UGÁ, M. A. et al. 2003. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-427, 2003.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, M.M.F.; CARVALHO, C.A. **Organizações, instituições e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZUCKER, L.G. Institutional Theories of Organization. *Annual Review of Sociology*, v.13, p. 443-464, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Sexo:

Idade:

Formação Acadêmica:

Estado Civil:

Cargo:

Tempo no cargo:

Estrutura organizacional

1. Fale um pouco de como é a forma de gestão do hospital? (processos de gestão)
2. Como você avalia a estrutura física do hospital?
3. Como se dá o funcionamento do hospital? Comente sobre os processos operacionais e administrativos.
4. Existe algum atendimento desejado que o hospital ainda não conseguiu concretizar? Comente.
5. Existem indicadores estratégicos no hospital? Quais são eles?
6. Você considera que alguns indicadores estratégicos são mais importantes que outros? Explique.
7. Você trabalha com metas? Quais são as mais importantes?
8. Qual caminho/estratégia você utiliza para alcançar as metas traçadas?
9. Na sua visão, qual o diferencial competitivo do hospital? O que é feito para manter e/ou melhorar esse diferencial?

Arranjo organizacional

10. O hospital trabalha com parcerias, como rede de relacionamentos e alianças estratégicas?
11. Comente sobre o principal objetivo em estabelecer alianças e parcerias.

12. Como você avalia a influência dessas parcerias para o desempenho econômico-financeiro do hospital?
13. Comente sobre as principais dificuldades encontradas em estabelecer rede de relacionamentos e alianças estratégicas.
14. Como você avalia o grau de autoridade na tomada de decisões no hospital? Explique.
15. Como se dão os acordos e os contratos? Você consegue identificar os tipos de contratos existentes?
16. Como a instituição otimiza os recursos existentes?
17. Você consegue identificar a existência de arranjos organizacionais no hospital? Comente sobre a organização desses arranjos.
18. Como se dá a coordenação dos vários serviços no hospital?
19. Existe controle de processos no hospital? Como acontece esse controle?

Financiamento

20. Em termos financeiros, como o hospital vem se mantendo? Tem buscado manter a estrutura dos serviços?
21. O hospital utiliza outras fontes de receita? Comente.
22. Atualmente, problemas de déficit são identificados no hospital? Comente.
23. O modelo de financiamento existente hoje permite a sustentabilidade do hospital?
24. Como o modelo de financiamento interfere na eficiência técnico-financeira do hospital?