

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

**O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR: estudo nas unidades de Saúde
das Secretárias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste**

**PIRACICABA
2011**

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR: estudo nas unidades de Saúde das Secretárias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo do conhecimento: Estudos Organizacionais e Gestão de pessoas.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers

**PIRACICABA
2011**

MACHADO, Laudicério Aguiar

O papel do Administrador Hospitalar nas Unidades de Saúde das Secretarias de Estado de Segurança Pública da Região Centro-Oeste./ Laudicério Aguiar Machado. – 2011.

129 f.

Orientadora: Valéria Rueda Elias Spers

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Papel do Administrador 2. Administração Hospitalar 3. Papel do Administrador Hospitalar 4. Segurança Pública. I. Spers, Valéria Rueda Elias. II. Dissertação (mestrado) – Universidade Metodista de Piracicaba. III. Título.

LAUDICÉRIO AGUIAR MACHADO

O PAPEL DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR: estudo nas unidades de Saúde das Secretárias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo do conhecimento: Estudos Organizacionais e Gestão de pessoas.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers

Data de aprovação:

____/____/____

Banca Examinadora:

**Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers
Universidade Metodista de Piracicaba**

**Prof. Dr. Antonio Carlos Giuliani
Universidade Metodista de Piracicaba**

**Prof. Dr. Edmundo Escrivão Filho
Universidade de São Paulo**

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de certa forma, contribuíram direta ou indiretamente para a sua realização. Aos amigos e familiares queridos. A minha Polícia Militar do Estado de Mato Grosso e a todos os que acreditaram em mim, incentivando-me sempre.

AGRADECIMENTOS

Deus, em sua infinita bondade, nos envia anjos e, muitas vezes, pensamos que são invisíveis. No entanto, com base em minhas próprias vivências e variadas experiências, posso afirmar com veemência que não.

Isso porque no decorrer de minha vida foram enviadas pessoas que me ajudaram fundamentalmente nos momentos mais precisos. Como meus pais, por exemplo, que me ensinaram o caminho correto de seguir;

Meus irmãos, para que eu possa compartilhar momentos difíceis;

Meus amigos: Luiz – que muito me ajudou durante os créditos –, o Adilson, Gesiel, Erisvaldo, Manoel, Jovinete, Cel. Sales e Kaká por serem amigos;

Aos também amigos: Aline, Itamar, Capitã Susane, Isadora, Tenente Patrícia, Ruth e Léia que tiveram paciência de me aturar principalmente ouvindo meu discurso só em torno da dissertação;

Minha amiga e Superintendente Tatiana Guedes e Lidiane que apostou no meu desenvolvimento intelectual.

Meu Secretário de Segurança Pública, Dr. Diógenes e Dr. Alexandre Bustamante, que me valorizaram e permitiu que este sonho pudesse ser realizado – autorizando-me a participar do curso –, junto aos demais oficiais:, Coronel Zaquel, Coronel Campos Filho e Coronel Lilian, os quais me apoiaram e o Coronel Farias juntamente com o Coronel Catarino que ao assumir o Comando da PM não se opuseram quanto a minha qualificação;

Minhas amigas Keila, Vaneska e Flávia que proporcionaram o momento certo para a realização deste mestrado;

Meu coordenador de curso, Professor Dr. Giuliani, pela oportunidade proporcionada para a realização deste projeto;

A Profa. Dra. Valéria Rueda Elias Spers, minha orientadora e amiga, pela paciência, perseverança e persistência que comigo tivera nesta empreitada acadêmica. Minhas palavras são insuficientes para expressar minha gratidão. Esta educadora ensinou-me que educar é dar oportunidade de nunca mais parar de aprender;

Meus professores Sacomano, Dalila, Lesley e Eliciane pelos ensinamentos durante o curso;

Ao Professor Edmundo Escrivão Filho pela atenção prestada mesmo não me conhecendo em princípio;

A minha querida FAUC com seus diretores, coordenadores e amigos professores que compartilharam vários momentos deste percurso;

A Polícia Militar do Estado de São Paulo que me concedeu alojamento durante o período de aula;

Aos motoristas de ônibus e carreta que me deram carona; as várias amizades que constituí na estrada, que pagaram, inclusive, almoço em várias situações difíceis;

As minhas amigas Dra. Vilma Azevedo e Dra. Fernanda, por torcerem por mim, sempre.

Ao meu amigo, Dr. Zeca, que acreditou que eu poderia findar tal percurso acadêmico;

Ainda que em momentos esqueçamos Deus, ele nunca se esquece das promessas em nossas vidas. Obrigado Deus, por possibilitar a vivência dessa experiência que me fez aprender muito, superar obstáculos, vencer meus medos de nunca ser capaz e viver um momento ao qual nunca será esquecido (se algum nome esquecido, este está lembrado em meu coração).

A minha mãe Maria Aparecida e meu pai Dilicério – que me transmitiram e, sempre, me transmitem força, confiança e carinho. O amor que sinto por vocês é imenso, próspero e imortal –, o meu muito OBRIGADO, este é teu filho vencendo mais uma etapa da vida.

Ultrapassa-te a ti mesmo a cada dia, a cada instante...

Não por vaidade, mas para corresponder à obrigação sagrada de contribuir sempre mais, e sempre melhor, para a construção do mundo.

(D. Helder Câmara)

RESUMO

MACHADO, L. A. **O papel do administrador hospitalar nas Unidades de Saúde das Secretarias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba, 2011.

Objetivou-se, neste trabalho, analisar o papel do administrador hospitalar nas Unidades de Saúde das Secretarias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste. O referencial teórico adotado para fundamentar os papéis do administrador foi o conceito proposto por Henry Mintzberg (1986). Este, ao tratar sobre os papéis do administrador, faz alusão ao exercício das capacidades de desenvolver relações com os pares, fazer negociações, motivar os subordinados, solucionar conflitos, estabelecer redes de informações, difundir informações, tomar decisões e alocar recursos, o que engloba as dimensões interpessoais, informacionais e decisórias. Quanto aos métodos da pesquisa, a abordagem foi qualitativa. Para a coleta de dados recorreu-se às técnicas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas. O universo de sujeitos pesquisados englobou 14 administradores hospitalares, espalhados pelas Unidades de Saúde das Secretarias de Segurança Pública dos quatro Estados da região Centro-Oeste (Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul), todavia entrevistou-se 11 deles. A coleta de dados empíricos ocorreu no segundo semestre de 2011. O principal resultado da pesquisa apontou que o administrador exerce fortemente o papel de líder nestas instituições, através de várias ações e, aliando à função, o uso dos princípios da disciplina e hierarquia, que reconhece como necessários. É um líder que também motiva seus subordinados por entender as dificuldades que o serviço administrativo impõe aos policiais da área operacional. As dimensões interpessoais, informacionais e decisórias se presentificaram na fala dos pesquisados.

Palavras-chave: Papel do administrador. Administração hospitalar. Papel do administrador hospitalar. Segurança pública.

ABSTRACT

MACHADO, L. A. **The role of the hospital administrator in the Health Units of the State Department of Public Security of the Central West region.** 2011. 129 p. Dissertation (Professional Master in Business Administration) - Faculty of Business and Management - Methodist University of Piracicaba. Piracicaba, 2011.

The objective of this work was to analyze the role of the hospital administrator in the Health Units of the State Department of Public Security of the Central West region. The theoretical approach used to support the roles of the administrator was the concept proposed by Henry Mintzberg (1986). This, in treating on the roles of the administrator, alludes to the capacity to develop relationships with peers, making negotiations, motivating subordinates, resolving conflicts, establishing information networks, disseminate information, make decisions and allocate resources, which includes interpersonal, informational and decisional dimensions. Regarding the methods of research, the approach was qualitative. To collect data we used the techniques of documentary analysis and semi-structured interviews. The universe of study subjects comprised 14 hospital administrators, health units spread across the Departments of Public Safety of the four states in the Central West region (Distrito Federal, Goias, Mato Grosso and Mato Grosso do Sul), but were collected from 11 of them. The empirical data collection occurred in the second half of 2011. The main result of the survey indicated strongly that the Administrator has the leading role in these institutions, through various actions, and the combining function, using the principles of discipline and hierarchy, which recognizes as necessary. It is also a leader who motivates his subordinates to understand the difficulties that the administrative department imposes on police operational area. The interpersonal, informational and decisional dimensions were identified in the speech of those surveyed.

Keywords:. The role of the administrator. Hospital Administration. The role of the hospital administrator. Public Security.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1– Dimensões do Trabalho do Administrador | 52 |
| Quadro 2 – Exigências mínimas para direção geral de Hospitais do Sistema – SUS, segundo Portaria 2.225/GM/2002 | 76 |
| Quadro 3 – Classificação da pesquisa | 80 |
| Quadro 4 - Caracterização dos entrevistados | 82 |
| Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análise das entrevistas | 88 |
| Quadro 6 – Identificação dos papéis | 89 |
| Quadro 7 – Sujeitos da entrevista, tempo de duração e quantidade de palavras | 90 |
| Quadro 8 - Perfis pessoal e profissional dos entrevistados..... | 91 |
| Quadro 9 - Perfil pessoal e profissional dos sujeitos entrevistados..... | 95 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CBM** – Corpo de Bombeiros Militar
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos e Saúde
- CEL.** – Coronel
- CF** – Constituição Federal
- CIB** – Comissão Intergestora Bipartite
- CIT** – Conselho Intergestores Bipartite
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRM** – Conselho Regional de Medicina
- CRO** – Conselho Regional de Odontologia
- MARE** – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
- MEGP** – Modelo de Excelência em Gestão Pública
- MPAS** – Ministério de Previdência e Assistência Social
- NOB** – Normas Operacionais Básicas
- OPM** – Organização da Polícia Militar
- PJC** – Polícia Judiciária Civil
- PM** – Polícia Militar
- PRONASCI** – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
- QOPM** – Quadro de Oficiais da Polícia Militar
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SEJUSP** – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
- SENASP** – Secretaria Nacional de Segurança Pública
- SESP** – Secretaria de Estado e Segurança Pública
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TEN. CEL** – Tenente Coronel

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 Contextualização da pesquisa..... | 15 |
| 1.2 Delimitação do tema da pesquisa | 20 |
| 1.3 Formulação do problema da pesquisa | 22 |
| 1.4 Declaração dos objetivos da pesquisa..... | 25 |
| 1.4.1 Objetivo geral | 25 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 25 |
| 1.5 Justificativa | 26 |
| 2 O PAPEL DO ADMINISTRADOR: conceitos e evolução | 31 |
| 2.1 Abordagem do trabalho do administrador..... | 33 |
| 2.2 Abordagem dos papéis | 39 |
| 2.3 Outras contribuições | 46 |
| 3 PROFISSIONALIZAÇÃO DA SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR | 53 |
| 3.1 Profissionalização da Segurança Pública..... | 53 |
| 3.2 Do Sistema Único de Saúde..... | 56 |
| 3.2.1 O Sistema Único de Saúde: conceito, princípio e objetivos | 58 |
| 3.2.2 Organização e funcionamento do SUS..... | 59 |
| 3.2.3 Recursos da Saúde e a Emenda Constitucional nº 29..... | 61 |
| 3.2.4 Responsabilidades dos estados na gestão do SUS | 61 |
| 3.2.5 Responsabilidade da União na gestão do SUS..... | 62 |
| 3.3 Administrador hospitalar | 64 |
| 3.4.1 Administrador hospitalar: formação | 74 |
| 4 MÉTODOS DE ESTUDO | 80 |
| 4.1 Universo e amostra do estudo..... | 82 |
| 4.2 Variáveis de pesquisa: categorias de Mintzberg | 83 |
| 4.3 Formulação das fases da pesquisa | 83 |
| 4.4 Técnicas de coleta de dados | 84 |
| 4.5 Técnicas de Análise dos dados..... | 85 |
| 4.6 Descrição das Unidades de Saúde da Segurança Pública do Centro-Oeste..... | 85 |

| | |
|---|------------|
| 4.7 Procedimentos para a realização das entrevistas..... | 86 |
| 4.8 Processo de categorização das variáveis..... | 87 |
| Desenvolvimento das atividades cotidianas e identificação das mais relevantes para a prática da função de administrador hospitalar | 88 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 89 |
| Apresentação dos perfis pessoal e profissional dos entrevistados | 91 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS | 111 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA | 117 |
| APÊNDICE B – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA..... | 120 |
| ANEXO A - PORTARIA Nº 2.224/GM EM 5 DE DEZEMBRO DE 2002. | 121 |
| ANEXO B - PORTARIA Nº 2.225/GM EM 5 DE DEZEMBRO DE 2002. | 126 |

1 INTRODUÇÃO

Percebe-se certa preocupação, por parte do Estado brasileiro, em empreender reformas nas instituições públicas nacionais, que objetiva, como em outras partes do mundo, a melhoria da qualidade na oferta dos serviços públicos prestados aos cidadãos, através de uma gestão pública parametrizada nas eficiências e eficácias administrativas.

Com o fim de incrementar essas reformas, em 1995 foi concebido o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado que, em conjunto com outras medidas políticas do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), propuseram para o Brasil uma nova administração pública, tendo como fundamento a profissionalização e a valorização do servidor público.

Neste contexto de mudanças, tornou-se essencial a proposição de uma nova política de gestão de pessoas, voltada para os funcionários públicos de carreira, os quais compõem o núcleo estratégico da administração pública do Estado, mediante inúmeras medidas e práticas administrativas voltadas para a composição de um perfil diferente do existente, até então.

1.1 Contextualização da pesquisa

Considerando que a estrutura político-administrativa do Estado é um dos pré-requisitos necessários para o desenvolvimento competitivo entre as empresas, destacando os vários setores da economia como determinante da posição nacional frente a outras nações enquanto participante da economia globalizada, é que se procurou realizar um estudo englobando as unidades de Saúde das Secretárias de Estado de Segurança Pública da região Centro-Oeste, tendo como foco de pesquisa o papel do administrador no Distrito Federal e nos estados de Goiás Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

Percebe-se que o crescimento do setor econômico é o determinante para se mensurar o desenvolvimento de um país, características ligadas à melhoria das condições de saúde, educação, segurança e participação política, relacionadas a

fatores sociais e conquistas políticas são também imprescindíveis como parâmetros para se atestar o estágio de desenvolvimento de uma determinada nação.

Cada vez mais, esses parâmetros que envolvem as questões sociais e os direitos fundamentais vêm ganhando maior importância e se consolidando como conquistas coletivas que valorizam de forma individual cada membro da sociedade brasileira. Apesar das várias conquistas efetivadas nesses últimos anos, ainda sobram problemas nas áreas de saúde, segurança e educação, mesmo em face dos avanços obtidos.

O cumprimento das prerrogativas estabelecidas pela constituição de 1988 com referência às áreas já citadas não têm sido efetivadas em sua totalidade, impedindo que os serviços públicos ofertados à população tenham a quantidade e a qualidade desejadas pelos cidadãos. A área da saúde mostra-se como um dos pontos mais críticos do atual cenário nacional, constituindo fator de grande preocupação, tanto para os governantes quanto para aqueles que dependem do serviço público de saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF), as políticas de assistência à saúde devem ser desenvolvidas pelo Estado, sendo garantido como direito de todo cidadão.

Os direitos fundamentais representam valores que não podem ser renunciados pelo homem e nem suprimidos dele, seja por ação do Estado ou de outros sujeitos, caso contrário, isso implicaria pôr em risco a dignidade, a igualdade, e a liberdade, e, no caso da privação do direito à saúde, a sobrevivência das pessoas. Estes direitos estão presentes nas Constituições de cada país.

Conforme Mezzomo (2006), a plenitude do direito à saúde varia de nação para nação, de acordo com seu nível de desenvolvimento socioeconômico, e de pessoa para pessoa, em um mesmo país, de acordo com essa mesma variante. Mesmo instintivamente, sabe-se que somente em um país desenvolvido todas as pessoas são totalmente livres para exercer o direito à saúde, sem impedimentos de ordem econômica, social ou cultural.

Sob o prisma de ser um direito social, o direito à saúde privilegia a igualdade e também se guia por ela. O Estado tem o dever prestacional de oferecer cuidados de saúde de mesmo nível a todos que necessitem, com a finalidade de que todos possam ter, igualmente, meios de viver em sociedade e resguardar sua dignidade. A

preservação da saúde não pode, portanto, ser prejudicada pelo Estado ou por particulares.

É relevante registrar que o direito à saúde surge como uma das formas de garantia do direito à vida, localizado no *caput* do art. 5.º da CF, e a previsão do direito à vida possui uma íntima relação com um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, o da Dignidade da Pessoa Humana, relacionado no art. 1.º, III, da CF.

Isso significa que qualquer previsão legal, qualquer atitude tomada pelo Poder Público que provoque como consequência o esvaziamento do direito à vida, trará como corolário, o desrespeito à dignidade da pessoa humana, pois são dois vetores considerados igualmente fundamentais pela Constituição.

Porém, é como um direito social que o direito à saúde adquire seu significado mais completo, pois é dessa forma que ele está previsto na Constituição Federal:

Art. 6.º

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

[...]

Art. 196

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Analisando os artigos 6.º e 196 da Constituição, percebe-se que não se deve considerar o indivíduo isolado do meio em que vive, ou seja, o conceito de saúde utilizado na legislação considera a alimentação, a moradia, o saneamento, as condições do meio ambiente, a renda, as condições de trabalho, a educação, o transporte, entre outros, como determinantes e condicionantes. E os elementos desse meio são passíveis de mudança quando a relação homem-ambiente, os meios de produção, a densidade demográfica e a situação cultural também mudam.

O Brasil, ainda está distante de cumprir o que está explícito na Constituição de 1988 em relação aos direitos sociais, que não são efetivos para milhares de brasileiros. Basta observar diariamente o descaso com a saúde pública, a educação

e a segurança. Esse quadro demanda a implementação e a administração de políticas públicas, pelas quais a sociedade também é, em parte, responsável.

Até este ponto, pode-se observar que a saúde de alguém depende de seu bem estar físico, mental e social, estado esse que também é determinado pela melhoria da renda, da moradia, da alimentação e da educação.

Importa frisar que, além do art. 196, outros artigos tratam da saúde na Constituição Federal:

O art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); - o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; - o art. 199 trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; - e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. (SANTOS, 2005, p. 1).

Sendo assim, o Estado, cumprindo seu dever prestacional, identificaria a situação em que a população de determinado local vive e assim, formularia políticas públicas adequadas para cada caso. Ainda mais, sendo a saúde de uma população dependente do meio em que ela vive, as situações de doença seriam previstas e evitadas.

Seguindo essa linha de raciocínio, Santos (2005, p.1) defende que o direito à saúde não será realmente efetivo enquanto não houver redução das desigualdades sociais, erradicação da pobreza e melhoria do modo de vida, porque:

Mesmo que o sistema de saúde tenha atuação preventiva e curativa absolutamente iguais, as pessoas que vivem em situação precária, fatalmente serão mais acometidas de doenças e outros agravos, ainda que o sistema de saúde lhes ofereça um excelente serviço de recuperação.

Nessa esteira, o estado precisa voltar sua atuação prioritariamente para aqueles que têm mais carências individuais e sociais.

E essa atuação, como muitos poderiam pensar, não fere o princípio de igualdade, também conhecido como princípio de isonomia. Para dizer que determinada situação fere esse princípio, é preciso que, como explica Canotilho

(2006, p. 226), “[...] a disciplina jurídica não se baseie num: (I) fundamento sério; (II) não tiver um sentido legítimo; (III) estabelecer diferenciação jurídica sem um fundamento razoável.”

Muito diferente de ferir o princípio de isonomia, as ações chamadas de afirmativas, voltadas para a prática de políticas públicas de inclusão social, têm o objetivo de estabelecer diferenças entre certos grupos sociais que propiciarão um equilíbrio de oportunidades. Tomando como base essas garantias constitucionais, pode-se afirmar que alguns fatores de risco expõem de modo mais intenso, alguns grupos ou categorias sociais, os quais, conseqüentemente, em vista dessa maior exposição aos riscos, precisam de maior proteção.

Com relação à saúde, isso é bastante notório no caso dos profissionais de Segurança Pública, pois suas atividades profissionais os levam a enfrentar situações que colocam em risco sua saúde, tanto física quanto mental. A exposição à violência urbana, o estresse a flor da pele e outros aspectos existentes no trabalho desses profissionais é um dos principais fatores de agravo à saúde.

De modo geral, os habitantes das grandes e médias cidades brasileiras têm enfrentado nos últimos anos o aumento indiscriminado da violência e, de modo mais específico, o policial, por causa de seu trabalho, está mais vulnerável a esse tipo de risco. Essa realidade vem confirmar as conclusões do relatório SENASP sobre a forma como o trabalho desenvolvido pelos profissionais de segurança pública e sua organização vem afetando a saúde dessa categoria e a necessidade urgente de se promover investimentos de valorização, apoio e atenção a esses profissionais.

Segundo esse relatório:

As condições de trabalho que acarretam sobrecarga física e emocional e as pressões da sociedade por eficiência afetam a saúde, geram desgaste, insatisfação e provocam estresse e sofrimento psíquico, com implicações no desempenho individual e coletivo dos profissionais. (BRASIL. Ministério da Justiça, 2009, p. 25).

Ainda de acordo com esse estudo, as características peculiares desenvolvidas sob a forma de atividades corriqueiras pelos policiais, como o enfrentamento de situações-limite são causadoras de alterações fisiológicas ligadas às respostas do organismo que, somadas às escalas de serviço, desenvolvimento de atividades paralelas, períodos reduzidos de repouso, ocorrências repetitivas, exposição a situações de risco, emergência e insegurança acabam por afetar a

saúde, estreitando a relação entre as atividades desenvolvidas no trabalho e a possibilidade de adoecer.

Portanto, o atendimento desses profissionais com relação à preservação de sua saúde é imprescindível para que esses possam desenvolver de maneira eficaz suas atividades profissionais das quais dependem a segurança e a tranqüilidade de um grande número de pessoas.

Percebe-se que as questões que envolvem o assunto saúde, suscitam muitos debates e merecem ser abordados cientificamente de maneira mais detalhada pelo fato de envolver vários aspectos diferentes, como o político, o econômico e o social. Um dos estudos possíveis de se abordar o referido assunto é sob o enfoque da teoria administrativa.

Cada vez mais, cresce a importância, nas organizações, sejam elas de primeiro ou segundo setor, de se desenvolver políticas administrativas que propiciem aos cidadãos serviços de qualidade. No caso da saúde especificamente, esta pretensão deve ser alcançada por parte das organizações levando em conta os altos custos que cercam o atendimento à saúde e também a complexidade que a prestação desse serviço exige para ser considerado de boa qualidade.

1.2 Delimitação do tema da pesquisa

Segundo Diacov, Silva e Maia (2004), para se assegurar a qualidade do atendimento médico hospitalar, deve-se levar em consideração as características de segurança, atenção, bom atendimento e baixo custo para o paciente. Para que essa possibilidade seja alcançada, faz-se necessário o conhecimento em profundidade das atividades desenvolvidas nesse tipo de organização, a qual compreende um ambiente de constante tensão, onde os profissionais necessitam tomar decisões importantes a cada momento.

Assim sendo, o trabalho administrativo a ser desenvolvido nessas organizações exige profissionais altamente preparados para lidar com diferentes categorias de profissionais e demais cidadãos, além das próprias atividades administrativas comuns às empresas.

Neste estudo, que tem por tema o papel do administrador hospitalar no serviço público, detalha-se o papel deste profissional para administrar uma unidade

de saúde, abordando os enfoques da teoria administrativa e da gestão pública, esta última especificamente ligada ao setor de saúde.

Cabe salientar que, para este estudo, será compreendido conforme definição de Katz e Kahn (1970), como representações padronizadas de comportamento desempenhadas por todas as pessoas em determinada relação funcional, sem que se considerem seus próprios desejos pessoais, mas levando em consideração as normas e valores que permeiam tal relação.

Com relação ao conceito de perfil, Amatucci (2002) o define como os qualificadores de interesse profissional, atribuídos a uma pessoa, em particular caracterizado por sua rica variedade, entre as quais se podem apontar as habilidades, as capacidades, os conhecimentos e as competências.

Também no estudo, utiliza-se o termo administrador em virtude de ser este o mais usual no setor público. “Compreende-se por administrador a pessoa responsável por exercer a coordenação do esforço conjunto de um grupo de trabalhadores para a realização de um objetivo pré-determinado pela organização.” (ESCRIVÃO FILHO; PERUSSI FILHO, 2008).

Para Katz (1986), o administrador pode ser definido como a pessoa responsável por atingir determinados objetivos por meio da soma de esforços de outras pessoas, as quais são dirigidas para esse fim.

Já o termo gestor é definido por Motta (2003), dentro de uma visão tradicional, como o decisor racional, planejador sistemático, coordenador e supervisor eficiente, estando inseridos em realidades práticas bastante diferentes.

Assim, tomando como base as definições para administrador e gestor, pode se considerar que o primeiro está mais relacionado à racionalidade instrumental, já o segundo, à racionalidade substantiva (SERVA, 1997).

Baseado em estudos, Serva (1997) define que os elementos constitutivos da ação racional instrumental são: maximização dos recursos, cálculo, fins, êxito (resultados), desempenho, utilidade, rentabilidade e estratégia interpessoal.

Já na abordagem substantiva, Serva (1997) elucida que os elementos que a constituem são: autorrealização, entendimento, julgamento ético, autenticidade, valores emancipatórios e autonomia. Citando Guerreiro Ramos (1983), o autor entende a racionalidade substantiva como uma abordagem ampla, na qual a ética seria uma disciplina preponderante na categoria de análise da vida social.

1.3 Formulação do problema da pesquisa

O setor de saúde no Brasil tem revelado distorções no que diz respeito ao atendimento de setores específicos da população, o que leva ao agravamento das condições de saúde de determinados grupos, a exemplo do que ocorre com os trabalhadores da segurança pública, os quais, por conta das atividades que desempenham necessitam de um atendimento diferenciado que priorize a qualidade e tratamentos adequados ao tipo de trabalho desempenhado.

Há, por conseguinte, um consenso geral, tanto no interior das Corporações como por parte de pesquisadores do tema, que estes profissionais estão expostos a mais agravos de saúde tanto física quanto mental se comparados com o perfil epidemiológico da sociedade brasileira (MINAYO, 2006). A confirmação do quadro de vitimização desta categoria é corroborada pela pesquisa: Estudo Comparativo Sobre Riscos Profissionais, Segurança e Saúde Ocupacional dos Policiais Civis e Militares do Rio de Janeiro de autoria de Maria Cecília de Souza Minayo, publicada no ano de 2006.

Nesta pesquisa são apontados seis tópicos que de forma conclusiva revelam as condições de saúde tanto de policiais civis quanto de militares, os quais serão sucintamente enumerados:

1 Sobre o Perfil Sócio-Demográfico: dos problemas encontrados neste tópico o mais relevante é a questão salarial, com queixas de baixos salários, desigualdade de renda entre praças e oficiais da PM, resultando num grande percentual de pedidos de exoneração por parte dos praças militares com menos de dez anos de Corporação, o que gera um perfil excessivamente instável e de grande rotatividade nos escalões inferiores das corporações;

2 Do ponto de vista do processo de trabalho: é percebido como maior problema o excesso de hierarquia e disciplina, fruto de uma gestão tradicional e fechada. Esta situação é persistente apesar de haver um discurso de modernização desta Instituição, com a diminuição dos níveis de hierarquia na administração organizacional;

3 Sobre o abuso de álcool e drogas: o enfrentamento quanto ao abuso dessas substâncias precisa ser visto como um sintoma de alívio do sofrimento mental destes profissionais, indicando a necessidade de apoio e a melhoria das condições de trabalho no aspecto mais amplo;

4 Sobre a qualidade de vida: há referência à questão dos baixos salários, falta de qualidade na habitação e alimentação, ausência de valorização profissional por parte de seus superiores, autoridades e da própria sociedade, é dada a grande importância ao relacionamento familiar;

5 Riscos e Vitimização: há o excesso de vitimização sofrido por estes profissionais e conseqüentemente altas taxas de mortalidade, causadas pelo risco da profissão e as situações de insegurança a que estão submetidos no cumprimento de suas atividades laborais;

6 Sobre problemas de saúde – neste tópico são vários pontos que merecem atenção: (a) a questão do excesso de peso e obesidade; (b) falta de qualidade na alimentação; (c) não sensibilização individual sobre a importância e necessidade de cuidados com a saúde diante da exposição sofrida por estes profissionais. No aspecto coletivo é ressaltada a necessidade de mudanças das condições de trabalho e melhoria dos serviços de saúde; (d) os agravos e distúrbios comuns a estes profissionais estão relacionados além do aspecto da saúde física e mental, também ao sofrimento psíquico e estresse; (e) urgência em desenvolver serviços de apoio psicológico que dê estrutura emocional a estes profissionais; (f) em ambas as Corporações, não há atenção quanto ao serviço de assistência à saúde voltada tanto aos profissionais quanto as suas famílias.

Com relação à administração de hospitais brasileiros, Cutrim (2005) menciona em sua pesquisa intitulada *Perfil do Administrador Hospitalar da Rede Pública Municipal de Saúde de São Luís-MA*, que a maioria dos cargos é ocupada por profissionais com formações superiores diversas, sendo que apenas 01 (um) dos entrevistados é Bacharel em Administração Hospitalar, e 01 (um) é Tecnólogo em

Gestão Hospitalar. Os demais tinham formações acadêmicas totalmente diferentes da área relativa ao cargo ocupado.

Também foi levantado, por esse autor, que os investimentos em profissionais bacharelados em *Administração com Gestão Hospitalar na Rede Assistencial de Saúde do município de São Luís do Maranhão* são apontados como deficientes. Cutrim (2005) observou ainda que é meio duvidosa a qualificação dos profissionais que ocupam esses cargos dentro das unidades assistenciais de saúde do município, uma vez que os mesmos estão ocupando os referidos cargos por indicação e não por capacidade de cunho profissional.

Já Maia (2003), em sua pesquisa sobre os *Administradores Hospitalares de Hospitais Privados, Públicos Municipais, Estaduais e Universitários do Estado de São Paulo*, apurou que a maioria dos executivos tem formação médica, e pouco mais da metade possui curso de especialização na área de administração hospitalar.

Além dos problemas mais amplos encontrados na administração de hospitais brasileiros pelas referidas pesquisas, há com relação ao serviço de saúde nas unidades de segurança pública especificidades administrativas, fruto da administração burocrática existente nesta Secretaria, que se expressa pelo excesso de hierarquia, disciplina e autoritarismo, e acabam por atingir também a administração dos serviços de saúde desta Instituição, interferindo no relacionamento dos profissionais de saúde com seus clientes, onde se confundem a competência e a autoridade hierárquica, já que também são baseados nos mesmos valores da administração deste Órgão.

Observa-se que nas Unidades de Saúde da Segurança Pública da Região Centro Oeste, conforme o Relatório Final do Ministério da Justiça (2009) – Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde das Instituições Estaduais de Segurança Pública, que nas três corporações, Polícia Militar, Polícia Civil e Corpo de Bombeiros Militar, pesquisadas, fica bastante evidente a existência de inúmeros problemas que ainda estão longe de serem resolvidos. Estes vão desde a ausência de uma política de saúde em sua totalidade e voltada especificamente para os males, tanto no que se refere à saúde geral, saúde mental e qualidade de vida para esses servidores quanto à insuficiência de recursos materiais, financeiros e de pessoas capacitadas para as atividades administrativas, o que torna inviável o atendimento de qualidade para estes profissionais.

Diante deste quadro, torna-se relevante questionar “Qual o Papel a ser exercido pelo Administrador Hospitalar nas Unidades de Saúde da Segurança Pública?”

1.4 Declaração dos objetivos da pesquisa

Ao optar por uma pesquisa científica, depara-se com a necessidade de se tomar um conjunto de decisões e, entre elas, inserem-se as metas que se pretende alcançar. Neste viés, na sequência, seguem expressos os objetivos do estudo, os quais se dividem em geral e específicos.

1.4.1 Objetivo geral

Analisar o papel do administrador hospitalar nas Unidades de Saúde da Segurança Pública. A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da região Centro-Oeste.

1.4.2 Objetivos específicos

- Verificar os motivos que levam à necessidade de se ter um administrador hospitalar exercendo o cargo dentro de uma Unidade de Saúde na Secretaria de Estado de Segurança Pública dos estados da região Centro-Oeste;
- Identificar a necessidade e importância de um administrador hospitalar voltado especificamente ao atendimento dos Servidores da Segurança Pública nos estados da região Centro-Oeste;

- Reconhecer as tarefas, os requisitos necessários e as características intrínsecas à função/cargo do administrador hospitalar dentro da Secretaria de Segurança Pública;
- Analisar os papéis interpessoais, informacionais e decisoriais do administrador hospitalar em uma Unidade de Saúde da Segurança Pública.

1.5 Justificativa

O estudo é oriundo de inquietações surgidas como discente do Estágio Supervisionado desenvolvido no Ambulatório Central da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, do qual resultou a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado *Um Estudo Exploratório: Refletindo sobre a Necessidade de Implantação do Hospital Militar no Estado de Mato Grosso* (MACHADO, 2006).

O contato com a realidade vivenciada pelos servidores públicos da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública do Estado de Mato Grosso-SEJUSP, (agora com nova reestruturação Secretaria de Estado e Segurança Pública-SESP), referente ao serviço de saúde, suscitou inúmeras reflexões sobre a vida profissional desses trabalhadores, e a atenção que recebiam por parte do Estado com relação à saúde e sobre a própria valorização profissional. A necessidade de aprofundamento teórico sobre o assunto e de maior conhecimento do tema levou à busca de literatura especializada e de respostas para os problemas vivenciados por aqueles profissionais, uma vez que há uma substancial lacuna no objeto de pesquisa ora proposto.

O Relatório Final do Ministério da Justiça (2009) – Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde das Instituições Estaduais de Segurança Pública trouxe as informações necessárias mostrando o panorama nacional da saúde desses servidores, o qual desvendou uma realidade não muito diferente daquela que ocorria nas Unidades de Saúde da SESP de Mato Grosso.

A proposta do documento visava:

[...] a implementação do Plano Nacional de Qualidade de Vida para a Segurança Pública com o objetivo de: a) planejar, implementar, monitorar e avaliar políticas que tenham por objeto a promoção da qualidade de vida dos servidores públicos da segurança pública; b) produzir, gerenciar e

difundir conhecimentos relativos à qualidade de vida destes servidores; c) estabelecer parcerias com organizações da sociedade civil, organismos internacionais e governos estrangeiros para a implementação de políticas públicas atinentes ao programa (BRASIL, Ministério da Justiça. 2009, p. 7-8).

Porém estudos mais específicos mostram-se imprescindíveis, pois o problema de atendimento à saúde desses profissionais vivenciada localmente não constituía um fato isolado e restrito a uma Secretaria, e sim abrangente, atingindo toda uma categoria de servidores, e que se repetia em todo o território nacional, ora pesquisado, caracterizando um problema de grandes dimensões, comum a um determinado segmento profissional, fato este observado também na região Centro-Oeste.

No que respeita especificamente à região Centro-Oeste, a pesquisa, já mencionada em linhas atrás, englobou o Distrito Federal, o Estado de Goiás e o Estado de Mato Grosso, onde foram investigadas três corporações: Polícia Militar, Polícia Civil e o Corpo de Bombeiros Militar. O estudo referente à saúde e qualidade de vida destes profissionais apontou para:

- O foco de atuação está baseado na cura, e não na prevenção das doenças;
- Desconhecimento da realidade global;
- Necessidade de programar as ações;
- Necessidade de acompanhamento das ações realizadas;
- Ausência de infraestrutura, recursos humanos, materiais e financeiros, prejudicando o atendimento à saúde, fundamentalmente no que respeita aos servidores lotados no interior;

A realidade descrita por este documento com relação ao atendimento de saúde dos servidores da Segurança Pública da região Centro-Oeste vai ao encontro de novas diretrizes propostas pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), que é “[...] contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas instituições de segurança pública de todo o País” (BRASIL. Ministério da Justiça, 2009, p. 6), o que leva à conclusão de que há ainda um longo caminho a ser percorrido no que se refere ao alcance das metas e princípios do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP):

- Policiais são seres humanos, trabalhadores e cidadãos, titulares, portanto, dos direitos humanos e dos benefícios constitucionais correspondentes às suas funções;
- Valorizar as polícias e os policiais, reformando-as e requalificando-os, levando-os a recuperar a confiança popular e reduzindo o risco de vida a que estão submetidos. (BRASIL. Ministério da Justiça, 2009, p. 6).

Ainda no que tange a este documento, nas conclusões relacionadas pelo Ministério da Justiça (2009), encontram-se as necessidades de:

- Unificar na capital e no interior os Serviços de Saúde Geral, Saúde Mental e Qualidade de Vida das três Corporações, como forma de aperfeiçoar recursos, ampliarem serviços, promover a integração e disponibilizar a atenção à saúde a todos os servidores da Segurança Pública;
- Implantar nas regionais do interior um Centro de Saúde composto, pelo menos, de uma equipe básica de profissionais: médico, psicólogo, odontólogo e assistente social;
- Constituir, no âmbito da SENASP, uma comissão de Saúde composta por representantes de cada Estado, integrantes das três Corporações, da Secretaria de Segurança Pública e de representantes de outras entidades ligadas à saúde geral, saúde mental e qualidade de vida, para definir estratégias, políticas e analisar resultados;
- Subsidiar o planejamento de estratégias de reorganização, otimização e ampliação de programas e ações de saúde geral, promoção de saúde, cuidado e reabilitação psicossocial;
- Instrumentalizar a área de Saúde Geral, Saúde Mental, Qualidade de Vida e Gestão de Pessoas, para agirem integrada e estrategicamente;
- Fornecer suporte financeiro e técnico para estruturação da área de Saúde Geral, Saúde Mental e Qualidade de Vida nos aspectos: espaço físico, equipamentos, material de escritório, material gráfico, audiovisual, capacitação, infraestrutura e recursos humanos;
- Fornecer um modelo adequado de funcionamento da área de Saúde Geral, Saúde Mental e Qualidade de Vida e Gestão de Pessoas, voltado para Segurança Pública: roteiro para implantação de projeto, estrutura

física, dimensionamento de pessoal, avaliação e controle, dimensão de custos, indicadores de desempenho;

- Estabelecer parcerias com outros serviços de saúde geral e mental que atuam segundo os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, com instituições especializadas em reabilitação física e psicossocial, com organizações civis de auto-ajuda, bem como parcerias inter setoriais (educação, habitação, previdência social etc.), de forma a assegurar resposta adequada às múltiplas necessidades em saúde dos servidores em sofrimento mental e seus familiares;

Tais necessidades parecem impossibilitar um gerenciamento que contemple de modo satisfatório todas as prerrogativas que envolvem a gestão específica das Unidades de Saúde da Segurança Pública, resultando em problemas nos aspectos de infraestrutura, Recursos Humanos e Financeiros.

Fica assim apontada a importância do estudo, principalmente com referência à falta de profissionais habilitados para administrar as unidades de saúde, pois quem administra, nos dias de hoje, geralmente, são diretores que estão ligados à atuação de polícia, médicos e ou dentistas do quadro de saúde das Instituições ligadas às Secretarias de Segurança Pública da região Centro Oeste, entretanto tais profissionais não possuem especialidade na área de administração hospitalar, conforme apontam os dados obtidos por meio da pesquisa de campo.

Desse modo, tornam-se importantes estudos e pesquisas acerca do tema, que possam contribuir com a proposição de projetos e diretrizes através de políticas públicas que valorizem o servidor da Segurança Pública e proporcionem aos mesmos um atendimento digno a sua saúde.

1.6 Estruturação do trabalho

Este trabalho compõe-se de seis partes. O Capítulo 1 apresenta a parte introdutória. O Capítulo 2 trata sobre o papel do administrador: conceitos e evolução. O Capítulo 3 foi pensado com o fito de abordar acerca da profissionalização da Segurança Pública, saúde e administração hospitalar. Enquanto que, no Capítulo 4,

aborda-se acerca do método de estudo, as técnicas de coleta de dados, universo e sujeitos da pesquisa. No Capítulo 5 serão apresentados os dados, bem assim as análises suscitadas a partir dos mesmos. Por fim, a sexta parte é dedicada às Considerações finais, que trazem algumas reflexões acerca dos resultados obtidos a partir dos objetivos estabelecidos para a pesquisa.

2 O PAPEL DO ADMINISTRADOR: conceitos e evolução

Neste capítulo serão abordadas as definições, funções e os papéis do administrador na visão de vários teóricos, por meio dos quais tratar-se-á sobre a construção e o desenvolvimento dos princípios e conceitos da administração. Vale salientar que é necessário levar em conta a importância da contribuição desses estudiosos, sem, no entanto, esquecer que as teorias foram desenvolvidas sob determinados contextos e conjunturas específicas.

A exemplo do que ocorreu com outros saberes baseados em técnicas, as experiências humanas com relação ao trabalho e a produção originadas nas necessidades de buscar soluções viáveis ligadas, em primeiro lugar, à sobrevivência dos primeiros grupos humanos e, mais tarde, ao aumento da produtividade, levou ao desenvolvimento e aprimoramento das atividades laborais como forma de resolver a demanda por mais oferta de produtos com menor custo e menor espaço de tempo.

Porquanto, a economia que era natural e primitiva, ligada à manutenção da vida humana, transformou-se em economia de mercado, tendo no lucro seu fator determinante. Essas transformações ocorridas no sistema econômico e produtivo, que já vinham acontecendo de modo menos intenso, têm na Revolução Industrial (século XVIII a XIX) um marco de mudanças sem precedentes anteriores que iriam reestruturar as relações entre os agentes econômicos e os processos produtivos, tornando-os mais complexos e inovadores, e estabelecendo a acumulação de riquezas como uma recompensa justa, desde que tivesse como base o trabalho honesto e o gasto mínimo, preconizado pela ética calvinista.

De acordo com Rossetti e Andrade (2009), alguns fatores foram determinantes na evolução do sistema capitalista e do surgimento das grandes corporações que atualmente compõem o mundo econômico globalizado, sendo elas:

1. A sanção da ética calvinista.
2. A doutrina liberal, enquanto revolução política e econômica.
3. A Revolução Industrial.
4. O desenvolvimento tecnológico incessante, o agigantamento das escalas, a produção em série, a diversificação e a multiplicação de novos ramos industriais.
5. A ascensão do capital como fator de produção.
6. O surgimento e a institucionalização do sistema de sociedade anônima.
7. O *crash* de 1929-1933, a revolução keynesiana, os avanços da macroeconomia e a revisão das funções do Estado.

8. O desenvolvimento da ciência da administração.
9. O agigantamento das corporações e o divórcio propriedade-gestão. (ROSSETTI; ANDRADE, 2009, p. 32).

Tais fatores se encontravam ligados e formavam, de acordo com os autores, um conjunto complexo de vários elementos, que propiciaram a ocorrência de determinado momento histórico, tendo, cada um deles, sua devida importância como partes de um todo, resultando no processo de evolução do capitalismo (ROSSETTI; ANDRADE, 2009).

De acordo com esse estudo, o desenvolvimento da Ciência da Administração está historicamente relacionado à existência do capitalismo e do mundo corporativo nos moldes atuais. Tais categorias históricas estão diretamente associadas e dependentes umas das outras. Nas palavras dos autores, “[...] as adaptações proporcionadas pelas teorias e práticas de gestão não só revitalizaram internamente as corporações, como transmitiram, para fora delas, mudanças nos valores e na cultura” (ROSSETTI; ANDRADE, 2009, p. 51).

O contexto histórico de vários períodos demonstra tais ocorrências através das várias contribuições ao longo do tempo. Desde os períodos mais remotos da história da civilização humana, podem ser apontados exemplos de conhecimentos que permitiram a execução de grandes projetos tanto civis quanto militares. São inúmeras as contribuições que, de algum modo, permitiram ao homem acumular uma cultura em torno do que hoje denominamos administração.

As fórmulas usadas para resolver problemas, tornaram-se experiências que acabaram por permitir a construção de saberes a partir dos quais puderam ser elaborados princípios e teorias que ocasionaram, no século XX, o desenvolvimento da administração como um novo ramo do conhecimento.

O surgimento e o aprofundamento teórico, ligados ao desenvolvimento dos princípios administrativos, podem ser apontados como responsáveis pelo enorme crescimento das organizações e a expansão mundial do capitalismo, através dos “[...] avanços conceituais, a articulação de princípios, a análise de processos, as abordagens crescentemente complexas das organizações e a criação de instrumentos aplicativos” (ROSSETTI; ANDRADE, 2009, p. 53).

A administração se tornou um elemento histórico imprescindível, capaz de ser continuamente renovado e adaptado às necessidades primeiramente do mundo do trabalho e do próprio comportamento humano. Isso pode ser claramente

observado a partir do processo de desenvolvimento pelo qual passou esse conhecimento. A chamada “ESCOLA CLÁSSICA DA ADMINISTRAÇÃO” surge como uma resposta às necessidades dos dirigentes das empresas que começam nesse período – início do século XX – a se tornarem maiores, tanto no que se refere ao aumento da produção quanto ao número de empregados, exigindo, por sua vez, maior controle e métodos mais eficazes para se produzir.

Diante dessas novas exigências, Taylor e Fayol, responsáveis pela criação dos primeiros métodos considerados científicos de administração, têm importante contribuição, enfatizando a aplicação de técnicas que buscam eficiência através da separação das diversas funções administrativas.

Portanto, é inegável que a necessidade de lidar com as transformações históricas ocorridas desde o início do século XX obrigou a Administração rever periodicamente seus princípios e teorias, buscando oferecer soluções administrativas às organizações.

2.1 Abordagem do trabalho do administrador

Henry Fayol (1989) é considerado um dos fundadores da chamada Teoria Clássica da Administração, e se dedicou ao estudo da organização racional dos trabalhadores das grandes empresas, procurou facilitar a atividade de gerenciar. Além disso, analisou a natureza da atividade administrativa e formulou, de maneira mais completa, uma teoria administrativa voltada para proporcionar maior eficiência nas empresas. Sua formação acadêmica e sua experiência profissional forneceram os elementos teóricos e empíricos sob os quais desenvolveu as bases fundamentais presentes em sua obra.

Para Fayol, as funções administrativas envolvem as atividades de: “[...] prever, organizar, comandar, coordenar e controlar” (FAYOL, 1989, p. 26). Esses elementos ficaram conhecidos pela sigla POC3, constituíam partes do processo administrativo, as quais estariam presentes em todos os tipos e tamanhos de empresas, fossem elas: industrial, comercial, governamental, política ou religiosa.

O objetivo deste teórico era o de tornar as organizações eficientes, através de normas e princípios organizacionais e indicar qual a melhor maneira de se

estruturar uma empresa. Para tanto, ele desenvolveu princípios, que teriam por característica a maleabilidade, sendo suscetíveis de se adaptarem a todas as necessidades, bastando que o administrador soubesse servir-se deles.

Os princípios em questão são: Divisão do trabalho; Autoridade e responsabilidade; Disciplina; Unidade de comando; Unidade de direção; Subordinação do interesse particular ao interesse geral; Remuneração do pessoal; Centralização; Hierarquia; Ordem; Equidade; Estabilidade do pessoal; Iniciativa; União do pessoal (CERRI; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 24-25).

Quanto à atividade administrativa, Fayol a concebia como parte de um conjunto, formado por seis grupos, sendo eles: Operações técnicas: produção, fabricação, transformação; operações comerciais: compras, vendas, permutas; operações financeiras: procura e gerência de capitais; operações de segurança: proteção de bens e de pessoas; operações de contabilidade: inventários, balanços, preços de custo, estatísticas; operações administrativas: previsão, organização, direção, coordenação e controle (CERRI; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 22).

Para ele, havia uma clara diferença entre a atividade administrativa e o exercício de dirigir uma organização:

A administração não é senão uma das seis funções, cujo ritmo é assegurado pela direção. Mas ocupa tão grande lugar nas funções dos altos chefes que, às vezes, pode parecer que elas sejam exclusivamente administrativas. (FAYOL, 1989, p. 26).

De acordo com Cerri e Escrivão Filho (2008), Fayol, ao observar práticas efetuadas nos níveis de gerenciamento superiores da empresa, concluiu que as modificações das quais as empresas necessitassem deveriam ocorrer a partir dos níveis mais altos. Por isso, ele via o administrador como sendo o maior responsável por obter o máximo desempenho de seus subordinados.

Esses mesmos autores pontuam algumas qualidades imprescindíveis aos administradores, quais sejam:

- a) Saúde e vigor físico;
- b) Inteligência e vigor intelectual;
- c) Qualidades morais: perseverança, vontade reflexiva e, se necessário, audácia, coragem ao assumir responsabilidades, sentimento do dever, entre outras;
- d) Ampla cultura geral;

e) Capacidade administrativa: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar;

f) Noções gerais sobre todas as funções essenciais;

g) Maior competência possível na especialidade profissional característica da empresa (CERRI; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 35-36).

Em suma, a missão do administrador consistiria em possibilitar que o plano de ação fosse estabelecido e executado. Também caberia ao administrador cuidar para que a organização cumprisse o seu papel social e material e que ambos tivessem ligação e respeito aos objetivos organizacionais e aos recursos empresariais.

Porém, cabe salientar que Fayol determinava que o administrador precisasse ter clareza de objetivo, ou seja, necessitava estabelecer uma única direção, o que, em um ambiente sem turbulência de mercado, sem as constantes variações da economia, e das leis etc. era possível conseguir.

O administrador sob as perspectivas de Fayol careceria de ser competente e forte para articular as ações e coordenar os esforços na formulação de ações, em decisões claras, precisas e com uma nitidez que conseguissem estabelecer a comunicação com aqueles que estão em nível operacional.

Para isso, o administrador deveria priorizar um recrutamento efetivo, fazendo com que cada funcionário estivesse no lugar certo e na hora certa para atender aos objetivos determinados, com a maior produtividade.

Para que isso ocorresse, as normas, regulamentos, comunicações, ações, processos etc., necessitariam estar definidos claramente de forma a ser acessível a todos, inclusive quando da aplicação de sanções, gerando uma burocracia necessária – cuidando da ordem material e social da empresa e, estabelecendo claramente quem está no comando criando assim uma unidade, ou seja, um único supervisor coordenando e controlando processos e pessoas.

É indiscutível a influência exercida pelos princípios “fayolianos” no campo administrativo. Porém, nem todos esses princípios foram amplamente aceitos pelos seus seguidores, os denominados processualistas. Um bom exemplo são os professores Koontz e O'Donnell, ambos americanos, que foram grandes divulgadores da obra de Fayol, tendo se destacado pela larga experiência em funções administrativas, na licenciatura e como escritores e pesquisadores da Teoria Administrativa.

Tendo vivenciado nos Estados Unidos um período de grandes transformações econômicas, mais exatamente no período pós Segunda Guerra Mundial, esses teóricos buscaram elementos administrativos de qualidade, que fossem ao encontro das expectativas exigidas pelos novos mercados, tecnologias e complexidade das recém-criadas organizações desse período.

Eles buscaram extrair da obra de Fayol seus princípios, ao mesmo tempo em que inovaram o pensamento administrativo, o que resultou na Escola Processual ou Operacional, a qual obteve grande aceitação no meio empresarial acadêmico. A Escola Processual ou Operacional surgiu como uma adaptação ao pós-guerra, e provocou mudanças no pensamento administrativo naquele período e, conseqüentemente, no papel do executivo.

Moraes e Escrivão Filho (2008) apontam elementos de preocupações diferenciadas entre Koontz e O'Donnell com relação a Fayol como a função de coordenação, delineada por Fayol como integrada ao conjunto de funções administrativas, permanecendo até 1954, quando passou a receber um olhar bem diferenciado. Tal olhar repousa sobre a ideia de que é necessário separar a coordenação do conjunto das funções administrativas, pois, para Koontz e O'Donnell (1959), coordenação está vinculada à harmonização dos esforços individuais, buscando efetivar os objetivos do grupo. Os autores a tratam como a essência da administração: a coordenação permeia as funções do administrador.

Para Koontz e O'Donnell, a coordenação é uma atribuição separada do conjunto das funções administrativas. Para eles, coordenar é harmonizar o esforço individual a fim de alcançar os objetivos do grupo. Trata-se do propósito da organização como um todo. Por essa razão, cada função do administrador é considerada como um exercício da coordenação.

Então, Koontz e O'Donnell acreditam que, ao obter esforço sincronizado por parte dos funcionários, o administrador realiza funções administrativas, ou seja, planeja, organiza, designa pessoal, dirige e controla,

[...] ademais, coordenar é responsabilidade do administrador, ao assegurar a estrutura adequada da organização, com subordinados bem treinados que entendam os princípios de coordenação e a importância de pô-los em prática. (MORAES; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 48).

Já em relação às ideias gerais de Koontz e O'Donnell, é pertinente começar analisando aquelas referentes à tarefa do administrador. A ação primordial deste seria a de criar dentro da empresa um ambiente que facilitasse a obtenção de um objetivo comum.

A necessidade de sincronizar a ação individual surge da diferença de opiniões sobre como os objetivos do grupo podem ser alcançados ou de como os objetivos individuais e de grupo podem ser harmonizados. Mesmo no caso de uma igreja ou organização de caridade, os indivíduos, muitas vezes, interpretam interesses similares de maneira diferente, e seus esforços para conseguir objetivos comuns não se coadunam automaticamente.

Sobre técnicas, Koontz e O'Donnell (1959) preconizam que o principal modo de conseguir coordenar uma empresa é através da supervisão. O supervisor consegue que os subordinados se esforcem em suas relações entre si e com elementos de outros setores.

O austríaco Peter Drucker procurou imprimir à atividade administrativa contemporânea maior ênfase possível à racionalidade econômica, com a preocupação de que essa exacerbada racionalidade não significasse apartar o ser humano, ou seja, o trabalhador, de exercer um relativo domínio sobre o seu trabalho.

A preocupação desse teórico em conceber a administração com uma perspectiva humana certamente tem raízes em sua diversificada formação – Peter Drucker era jornalista, escritor, doutor em direito público e internacional, estudioso de economia e política internacional, conferencista, professor e analista financeiro – assim como conhecedor profundo de diversas culturas.

Do ponto de vista econômico, buscaram sempre a eficiência e a eficácia organizacional como prerrogativas indispensáveis ao trabalho do administrador, pois considerava esses elementos os desencadeadores do processo administrativo. Bigaton e Perussi Filho (2008) apontam como a maior contribuição de Peter Drucker a criação da técnica conhecida como Administração por Objetivos, na qual os subordinados são incentivados a traçar objetivos em conjunto com os dirigentes.

Os dois principais objetivos do administrador, do ponto de vista econômico, seria buscar a eficiência tanto no uso dos recursos escassos quanto das ações e, do ponto de vista humano, buscar a satisfação plena das pessoas que fazem parte do processo administrativo. Mais: a qualidade e o desempenho dos administradores seriam a única vantagem que uma empresa pode ter ao competir com outra.

Para que essa eficiência seja adquirida, o administrador deve dar à administração maior racionalidade econômica e ter relativo domínio sobre o trabalho a ser realizado. Pensando nisso, Drucker identificou os requisitos básicos de um administrador:

- Saber administrar por objetivos;
- Ter a habilidade de correr riscos por longos períodos, mas lembrando-se de que as decisões que implicam mais riscos devem ser tomadas em níveis superiores da organização;
- Capacidade de tomar decisões estratégicas;
- Capacidade de formar uma equipe integrada, na qual cada membro esteja apto a administrar e avaliar seu próprio desempenho e seus resultados com relação aos objetivos comuns;
- Capacidade de comunicar informações de forma rápida e clara;
- Capacidade de motivar pessoas e obter a participação responsável de todos, inclusive de outros administradores;
- Capacidade de relacionar o produto e a indústria com o ambiente, percebendo o que é significativo nele e o que levar em conta em suas decisões e ações; e
- Aprender a ver os acontecimentos econômicos, políticos e sociais em escala mundial e saber integrar tendências mundiais em suas decisões. (BIGATON; PERUSSI FILHO, 2008, p. 59).

Drucker pontua três funções básicas ao exercício do administrador profissional, quais sejam: empresarial; de movimentar recursos do passado para o futuro; e não minimizar riscos, mas sim maximizar oportunidades. Juntando essas três funções o resultado serão recursos humanos produtivos, pois os administradores trabalharão em conjunto, unindo habilidades e conhecimentos de cada um a fim de tornar produtivas as qualidades positivas e irrelevantes as deficiências.

Mas, para que o gerente consiga ser eficaz ele deve saber onde gastar o próprio tempo; concentrar esforços em resultados mais do que em atividades;

basear-se nas qualidades pessoais mais fortes; concentrar-se nas tarefas fundamentais e tomar decisões efetivas.

Já as tarefas da alta administração exigiriam diversidade de aptidões, capacidade de analisar, de pesar as alternativas e de harmonizar as dissensões, audácia e coragem intuitiva; consciência do ser humano, empatia e, no todo, interesse ativo e respeito pelas pessoas. Algumas dessas tarefas da alta administração seriam de representação e cerimonial, que são tarefas externas e envolvem o gosto político pelas multidões e protocolo.

Drucker estabeleceu algumas regras que devem ser seguidas pelos executivos da alta administração para que sua gerência seja eficaz. São elas: elaborar, manter e ter clareza de foco, planejar ações para evitar erros, cuidar da operação e assegurar sua efetividade e não ficar preso a detalhes, e, por fim, ter clareza do que seja vida pessoal, amigos e a gerência.

Nota-se que Drucker foca a sua preocupação com a efetividade do gerenciamento e da gerência, isto é, ter um objetivo claro e segui-lo é regra a ser cuidada. O que acaba por instigar o estudo do próximo autor que vai estabelecer papéis para esse gestor.

2.2 Abordagem dos papéis

Já Chester Barnard está na raiz do desenvolvimento da “abordagem dos papéis”, caracterizada por uma linha mais descritiva e informal, se comparada à abordagem processual, que tem por características a prescrição e a sistematização (MIGLIATO; ESCRIVÃO FILHO, 2008).

Apesar da complexidade atribuída à sua obra, é inegável sua habilidade de transitar entre o conhecimento empírico e o teórico, utilizando-se de conceitos contemporâneos de psicologia e sociologia.

Chester Barnard é considerado um precursor da investigação explicativa do trabalho do administrador, abordando, como indica Migliato e Escrivão Filho (2008), a relação indivíduo-organização, centrando o foco em como a organização é formada a partir das relações dos indivíduos.

Um dos conceitos emitidos por Chester Barnard é o de organização formal, que na verdade é uma espécie de cooperação consciente entre homens, com finalidade expressa. Atualmente essa cooperação se tornou onipresente e inevitável:

A sobrevivência de uma organização depende da manutenção de um equilíbrio de tipo complexo, num ambiente em permanente flutuação, de materiais físicos, biológicos e sociais, elementos e forças que clamam por ajustamento dos processos internos da organização. (BARNARD, 1971, p. 38).

Justamente por isso, Barnard se preocupa com os indivíduos, definindo-os e estudando-os, dentro e fora de qualquer organização específica, pois as características biológicas das pessoas, com faculdades e habilidades separadas, são limitações que podem ser superadas pela cooperação.

Ele afirma:

Cooperação e organização, como são observadas e experimentadas, são concretas de fatos opostos, bem como de pensamentos opostos e emoções dos seres humanos. A função do executivo é exatamente a de facilitar a síntese de forças contraditórias em ação concreta, para reconciliar forças, instintos, interesses, condições, posições e ideais conflitantes. (BARNARD, 1971, p. 51).

O ponto central de sua argumentação reside na tensão existente entre a necessidade de se alcançar os objetivos da organização e aqueles inerentes aos próprios indivíduos. O conjunto de objetivos individuais deve ser levado em conta pela organização, pois, do contrário, dificilmente os objetivos da organização poderão ser efetivamente alcançados (MIGLIATO; ESCRIVÃO FILHO, 2008).

Nessa mesma linha de estudo, centrada no comportamento do indivíduo dentro da organização, o cientista político Hebert A. Simon propõe, mediante a abordagem comportamental, demonstrar que as escolhas racionais dos indivíduos dentro das organizações podem servir como base para entender a estrutura e o funcionamento das mesmas e, assim, descrever o trabalho do administrador.

Partindo de críticas às abordagens tradicionais de Administração, sua obra, publicada em 1945, caracteriza os processos gerenciais como processos decisórios. Simon era contrário à definição clássica da administração – a arte de realizar coisas – em que a ênfase é dada aos métodos e às realizações. Os métodos e princípios administrativos deveriam orientar e assegurar a tomada de decisões acertadas:

Dessa forma, a proposta de Simon é saber como o administrador pode influenciar os operários a fim de obter um comportamento coordenado, ou seja, como as decisões e comportamento desses operários podem ser determinados pela organização para que eles produzam [...] (ALBUQUERQUE; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 86).

O foco da teoria administrativa deveria estar centralizado na racionalidade da decisão (adequação entre meios e fins), cabendo ao processo administrativo influenciar tais decisões para alcançar o comportamento desejado. Isto envolveria três etapas:

- a) Desenvolvimento de um plano para todos os participantes da organização;
- b) Comunicação do plano aos participantes;
- c) Aceitação do plano pelos participantes.

Porquanto, deveriam ser utilizados mecanismos de natureza externa – autoridade, informação – e de natureza interna – critério de eficiência, lealdade organizativa – os quais permitiriam chegar ao objetivo organizacional através de conhecimento, habilidade e informação. Assim:

O modelo de comportamento do subordinado é composto de uma decisão indeterminada única, ou critério para decisão: 'seguir aquela alternativa de comportamento que foi selecionada para mim por meu superior'. Em outras palavras, ele inibe suas próprias faculdades de escolher entre alternativas e aceita o critério formal da recepção de uma ordem ou de um sinal como base de sua escolha. (SIMON, 1965, p. 147).

Mintzberg (1986) é considerado um inovador no que se refere ao pensamento teórico administrativo, propondo a introdução de elementos mais atualizados para definir a tarefa do administrador.

De acordo com Sentanin (2008), em sua obra, Mintzberg expôs o seu pensamento desafiador e inovador sobre o gerenciamento, abrangendo a natureza, a estrutura e as estratégias utilizadas nas organizações. Estudou a estrutura das organizações com o objetivo de entender como eram formuladas as estratégias dentro das mesmas. Estudou também o poder das organizações com o mesmo objetivo, ou seja, o conhecimento da natureza das estratégias.

Pode-se afirmar que Mintzberg foi precursor quanto à proposição de um novo modelo de se exercer o trabalho administrativo. Seu estudo teve como base a pesquisa e observação de altos executivos de grandes corporações, e a maneira

como estes lidavam com as questões rotineiras do seu cargo e as pressões inerentes às responsabilidades exigidas para a tomada de decisões importantes que envolviam grandes somas financeiras.

Seu trabalho teórico se contrapõe ao pensamento clássico da teoria administrativa, sobretudo à corrente processualista e aos ensinamentos de Fayol, baseados nas funções: planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar. Para Mintzberg, estas funções estão vagamente relacionadas com os objetivos que compõem o dia-a-dia do administrador, porém, estão distantes de descrever a realidade do que seja a prática administrativa.

Conforme Sentanin (2008), a teoria de Mintzberg desafia a abordagem processual de Fayol, propondo a Abordagem dos Papéis, na qual afirma que executar formalmente planos que têm como base uma sequência de atividades não compreende a função verdadeira do administrador. Ainda de acordo com Sentanin (2008), Mintzberg afirmava que os administradores trabalham reagindo aos estímulos a partir das condições do seu próprio trabalho, preferindo ações imediatas ao invés das tardias.

Buscando elucidar a forma mais próxima da realidade, para descrever o trabalho do administrador, Mintzberg propôs derrubar alguns mitos que caracterizariam a atividade administrativa de acordo com as teorias clássicas:

1º Mito: O executivo é um planejador sistemático e reflexivo.

[...] Realidade: Um grande número de estudos prova que os executivos trabalham num ritmo inexorável e que suas atividades se caracterizam pela brevidade, variedade e descontinuidade e que eles estão firmemente orientados para a ação, não apresentando inclinações para atividades de reflexão;

[...] 2º Mito: O verdadeiro executivo não executa tarefas de rotina.

[...] Realidade: Além de se ocupar com exceções, o trabalho administrativo envolve a execução de uma série de deveres rotineiros, incluindo rituais e cerimônias, negociações e processamento de pequenas informações que ligam a organização a seu meio ambiente;

[...] 3º Mito: Os principais executivos necessitam de informações agregadas, que podem ser melhor obtidas através de um sistema formal de informações gerenciais;

[...] Realidade: Os executivos preferem a mídia verbal, principalmente telefonemas e reuniões;

[...] 4º Mito: A administração é, ou pelo menos está se transformando rapidamente, em ciência e profissão. Sob qualquer definição de ciência e profissão, tal afirmação é falsa;

[...] Realidade: Os programas dos executivos — para organizar o tempo, processar informações, tomar decisões e outras coisas mais — permanecem trancados em suas cabeças. Assim, para descrever esses programas, nós empregamos palavras como julgamento e intuição,

raramente constatando que elas são meros rótulos, para classificar nossa ignorância. (MINTZBERG, 1986, p. 9-17).

Mintzberg (1986) argumenta que o trabalho do administrador estaria mais ligado às ações e reações que o executivo deve ter como resposta aos desafios rotineiros inerentes ao próprio cargo do que à reflexão, desenvolvimento e execução de planos administrativos formais que ele possa vir a propor para a administração de uma determinada organização.

O ato de administrar é, sob a perspectiva de Mintzberg, o ato de oferecer respostas imediatas aos constantes desafios recorrentes do próprio trabalho administrativo. Ainda que tal formulação pareça transmitir a ideia de que o administrador venha a agir por impulso, o autor salienta em seu modelo de pensamento que o executivo deve se cercar de todo um aparato que lhe proporcione a segurança suficiente para tomar decisões, estabelecendo uma espécie de rede de informantes, tanto internos quanto externos.

É primordial para o executivo comunicar e receber informações através de seus subordinados (informantes de dentro das organizações) e de outros executivos/administradores (ambiente externo), formulando, a partir daí, o cruzamento de informações variadas que lhe permitam perceber e conceber “respostas” precisas para a elaboração das decisões adequadas, que possam ir ao encontro da resolução dos problemas e da identificação das oportunidades.

Essas atividades decisórias, ou, melhor dizendo, estas informações, estariam, de acordo com Mintzberg, apenas na cabeça do executivo, o qual ele nomeia como o centro nervoso da administração. Por isso mesmo, é difícil para o administrador delegar poderes e traçar planos formais que transfiram a terceiros o ato decisório.

Por depender dessa extensa rede de relacionamentos informais, é importante que o executivo exerça autoridade, liderança e influencia sobre uma grande variedade de pessoas. O ato de comunicar-se com elas, recebendo e passando informações se mostra determinante para o ato de administrar de forma eficaz.

Portanto, para o exercício da função administrativa, Mintzberg afirma que é imprescindível ter algumas habilidades, tais como: “desenvolver relações com seus pares, fazer negociações, motivar os subordinados, solucionar conflitos, estabelecer

redes de informações e, posteriormente, difundir informações, tomar decisões e alocar recursos” (SENTANIN, 2008, p. 108).

Para Sentanin (2008), tais habilidades levam o administrador a desenvolver os vários papéis (ou funções), que compõem o seu cargo. Ao exercer a autoridade que o cargo lhe confere, do qual também advém o seu “status”, o administrador acaba por dar origem aos seguintes papéis:

2.2.1 Papéis interpessoais

- O papel ligado à própria imagem do chefe ou de representante – relacionado ao desempenho de atividades que envolvem as representatividades, as cerimônias e os rituais.
- O papel de líder – a atividade de liderança faz do executivo o responsável direto pelo trabalho de seus subordinados, assim como também faz parte da liderança encorajar e motivar os funcionários, conciliando os objetivos destes com os objetivos da organização.
- O papel de contato – é importante que o executivo estabeleça relações extras com uma grande variedade de pessoas, além de sua própria cadeia vertical de comando, levando-o a entender o ambiente à sua volta, tecendo redes de informantes que o auxiliariam nos momentos de decisão.

2.2.2 Papéis Informacionais

- Papel de Monitor – Para o autor a permanente comunicação, principalmente verbal, faz parte do trabalho do administrador levando-o ao exame minucioso do ambiente relacionado ao seu trabalho. Através de sua própria rede de contatos ou até mesmo aqueles informantes espontâneos ou não solicitados.

- Papel de Disseminador – Neste papel o executivo transmite aos seus subordinados as informações recebidas que se mostram importantes para a organização. Mantendo e alimentando um fluxo de comunicação que estes não teriam acesso sem a figura do disseminador.
- Papel de Porta-Voz – Além de comunicar-se com pessoas envolvidas com o seu ambiente ou unidade da organização, o executivo também necessita transmitir mensagens a outras pessoas fora da sua unidade. Servindo de porta-voz na busca de seus interesses administrativos ou da organização como um todo.

2.2.3 Papéis Decisionais

- Papel de Empreendedor – A preocupação de empreender melhorias e desenvolver as idéias para realização de projetos que busquem adaptar a sua unidade às transformações do ambiente faz do executivo um empreendedor em potencial.
- Papel de Solucionador de Distúrbios – Este papel está ligado às questões involuntárias que podem surgir com parte do trabalho do executivo como as pressões decorrentes de fatores como: greves, falência de clientes, rompimento de contrato por fornecedores, as quais levam o administrador sob forte pressão.
- Papel de Alocador de Recursos – Como responsável pela estrutura formal de relacionamento da sua unidade, cabe ao executivo decidir a divisão e a coordenação do trabalho a ser executado. Também faz parte do seu trabalho distribuir recursos dentro de sua unidade organizacional. No entanto, Mintzberg afirma que o mais importante recurso que o executivo distribui é o seu próprio tempo.
- Papel de Negociador – Por ser detentor das informações necessárias e ter o poder de decidir quanto à maioria das questões

administrativas cabe aos executivos de qualquer nível negociar, utilizando importante parcela do seu tempo nessa atividade.

Para Mintzberg, os papéis, por ele descritos, devem ser considerados como um todo, do contrário, isto é, a ausência de um deles leva ao prejuízo do trabalho do executivo, desmontando o conjunto e o equilíbrio que deve existir para o desempenho da função administrativa. Como ele bem exemplifica:

[...] um executivo sem contatos não consegue obter informações externas. Em conseqüência, não pode fornecer a seus subordinados as informações de que necessitam nem tomar decisões que reflitam adequadamente as condições externas (na realidade, esse é um problema para uma pessoa que ocupa uma função administrativa há pouco tempo, visto que ela não pode tomar decisões antes de formar sua rede de contatos). (MINTZBERG, 1986, p. 31).

Assim, todos os elementos que compõem os papéis devem funcionar harmonicamente e sinergicamente, ainda que alguns deles tenham maior destaque que os outros, dependendo do setor onde o executivo atua. Porém, retirar, dividir ou compartilhar os papéis propostos por Mintzberg pode gerar problemas para administrar uma organização, pois estes são, para o autor, caracteristicamente “inseparáveis”.

2.3 Outras contribuições

As transformações ocorridas a partir de meados do século XX no cenário econômico trouxeram a rápida expansão das organizações, exigindo dos dirigentes iniciativas, e obrigando-os a ter um novo olhar para o mundo dos negócios.

A administração deixou de ser uma atividade voltada para dentro da empresa, restrita aos assuntos internos, para atuar no ambiente externo, o que leva os administradores a observarem as oportunidades e os perigos oferecidos pela economia mundial, impelindo-os a fazerem as devidas adaptações no interior da organização.

Dentro desse novo contexto, os estudos do professor americano John P. Kotter são considerados de grande importância, sendo autor de vasta obra sobre

“liderança” e mudanças organizacionais as quais deveriam ser elaboradas para oferecer às empresas transformações que as tornassem bem-sucedidas.

Kotter (1982), no seu trabalho investigativo sobre executivos norte-americanos de diversos ramos da economia, concluiu que os dois grandes desafios desses profissionais são:

- a) a diversidade e o volume de informações potencialmente relevantes;
- b) dependência de um grande número de pessoas.

A partir daí, cria o modelo de desempenho no cargo, levando em conta a agenda de trabalho e os diversos contatos, visando:

1. Estabelecimento de uma agenda – usada como estratégia pessoal para alcançar as metas no seu trabalho;
2. Construção de redes de contato – após estabelecer os contratos e construir a agenda, o executivo usa a rede para implementar a agenda;
3. Implementação das agendas – deve ocorrer com o uso de recursos orçamentários, da influência e da informação, usando métodos simbólicos e os contatos face a face.

O uso dessas ferramentas caracteriza o verdadeiro gerente geral, porém as combinações destas com as características próprias de cada um e também as particularidades dos trabalhos desenvolvidos são definidores da eficácia do profissional.

Para Kotter (2000), ao lidar com a complexidade e a mudança, são configuradas:

[...] as atividades características do gerenciamento e da liderança. Cada sistema de ação envolve decisões quanto ao que tem que ser feito, à criação de redes de pessoas e relacionamentos que possam por em prática um plano e à tentativa de assegurar que a missão seja cumprida de fato. (ROMEIRO; ESCRIVÃO FILHO, 2008, p. 123).

O autor diferencia administração e liderança, esta última teria uma relação direta com a cultura da organização, a qual deveria ser repensada em vista das

constantes transformações do ambiente externo e da concorrência do mercado globalizado.

Seguindo ainda esta linha de estudo, centrada na figura do administrador, a economista e pesquisadora inglesa Rosemary Stewart se aprofundou, por mais de 30 anos, no estudo sobre a tarefa administrativa e o comportamento dos administradores em suas diversas vertentes de gerenciamento, concluindo que estas são extremamente variadas.

Seus estudos se basearam em pesquisa qualitativa e quantitativa, e resultou no desenvolvimento de um modelo de análise do trabalho do executivo, a configuração deste modelo, se estruturaria por uma parte central, contendo demandas, um limite contendo restrições, e a parte intermediária contendo escolhas. Os estudos tinham como focos: tipologia de trabalho administrativo; tipologia de trabalhos gerenciais. Outros estudos da autora estão relacionados à função e nível de hierarquia; interação entre o indivíduo e o trabalho etc.

Fugindo da concepção clássica sobre as funções dos gerentes e crítica da abordagem do processo:

A contribuição de Stewart para a abordagem do trabalho de administrador dá-se através do modelo que define o trabalho do executivo de acordo com as restrições e demandas, confeccionando-o com o propósito de entender o comportamento do executivo e a natureza de seu trabalho. (TERENCE, 2008, p. 136).

Por conseguinte, o modelo de demandas, restrições e escolhas é a grande contribuição de Stewart para a teoria administrativa. A propósito do trabalho do gerente, o seu estudo constata que, a atividade gerencial pode ser considerada como a somatória de todos os comportamentos inerentes aos administradores para o desempenho de sua atividade (TERENCE, 2008).

As exigências inauguradas pós-anos 1980 no ambiente organizacional levou, como descrito anteriormente, a uma reconfiguração das empresas e dos negócios, assim como dos administradores. Deles, passou-se a exigir novas habilidades, que fossem compatíveis com as novas necessidades do mercado e a nova economia do mundo globalizado.

Para Nadler e Tushman (apud ESCRIVÃO FILHO; SORDAN, 2008) – o primeiro, uma autoridade mundial em arquitetura organizacional, professor e escritor, e o segundo, engenheiro eletricista de formação e consultor de empresas –, a

função principal dos administradores nos tempos atuais é a de projetar, construir e operar organizações eficientes, através de um projeto que modele e administre o comportamento da organização, denominado Modelo de Congruência do Comportamento Organizacional,

[...] o qual foi desenvolvido e apresentado por Nadler e Tushman como sendo extremamente útil para diagnosticar os problemas organizacionais e projetar organizações eficazes. Tal modelo é constituído por quatro elementos-chave: trabalho, pessoal, organização formal e organização informal. (ESCRIVÃO FILHO; SORDAN, 2008, p.148).

Nadler e Tushman são críticos em relação à abordagem tradicional acerca do trabalho administrativo, por considerá-la estreita e estática. De acordo com Escrivão Filho e Sordan (2008), esses autores criticam o fato da abordagem tradicional estar ligada às funções de previsão, organização, comando, coordenação e controle, relacionados à estrutura formal da organização. Isto proporciona apenas uma visão parcial quanto ao que ocorre nas mesmas, não sendo considerados os fatores como liderança, impacto do ambiente, relações informais e a distribuição do poder.

Peter Senge propôs um novo conceito de organização, as Organizações de Aprendizagem, o que o levou, conseqüentemente, a definir as funções inovadoras que dessem conta de tal gerenciamento. São elas: as funções de projetista, guia e professor.

Esse professor e escritor, considerado um dos precursores no que diz respeito às organizações de aprendizagem, desenvolveu intenso trabalho neste tipo de organização, e sobre este assunto publicou “A Quinta disciplina: cadernos de Campo”, em 1994, além de outras obras.

Os conceitos elaborados por Senge têm como base as organizações caracterizadas pela rejeição da sociedade à produção em massa e ao consumo exagerado, buscando impor “[...] seus padrões, exigindo produtos e serviços que lhe tragam benefícios” (LIMA; PERUSSI FILHO, 2008, p. 167).

Logo, é necessário que se diversifique os produtos e serviços, atendendo à demanda desse mercado, que acaba exigindo uma produção descentralizada e flexível, aproveitando ao máximo a capacidade dos membros da organização.

Em tal contexto, os meios de produção vão ao encontro das conquistas conseguidas pelos trabalhadores nas últimas décadas, o que acaba gerando

conflitos entre estes e as organizações, relacionados a assuntos como horas de trabalho, equidade de oportunidades para homens e mulheres e até mesmo o cuidado com o meio ambiente.

Na tentativa de solucionar esses conflitos, Senge propõe o conceito de *learning organization*, ou organizações de aprendizagem, que trazem uma nova concepção de liderança e de administração empresarial.

As 'organizações de aprendizagem' são aquelas nas quais as pessoas expandem continuamente sua capacidade de criar os resultados que desejam, que apresentam a capacidade de raciocinar e inovar mais rapidamente do que seus concorrentes e nas quais o aprendizado é contínuo e realizado em grupo. (SENGE apud LIMA ;PERUSSI FILHO, 2008, p. 168)

Nessas organizações, os líderes ou dirigentes têm funções e tipos diversos de liderança. Comparando os dirigentes tradicionais e os das organizações de aprendizagem através dos níveis de realidade percebida por eles, o teórico aponta os seguintes níveis: O nível dos eventos; O nível dos padrões de comportamento; O nível das estruturas sistêmicas; O nível dos ideais.

Enquanto os tradicionais atuam nos níveis, os das organizações de aprendizagem precisam estar atentos a todos eles, e, de modo mais especial, aos dois últimos.

Tem-se, no campo de estudo da Teoria Administrativa contemporânea, Prahalad, um cientista cuja importância se deve principalmente a sua posição crítica à construção de estratégias empresariais, da qual Michael E. Porter é o principal teórico.

Prahalad, como destacam Perussi Filho (2008, p. 182):

Tem o perfil de um profissional que prefere enfrentar desafios, mudar rumos, a ficar somente no campo das idéias. Mostra também a construção de um perfil que alia a teoria à prática e, talvez mais importante ainda, que fundamenta o seu discurso e ação não na descrição do passado, mas sim diagnosticando como o presente se configura, trata de refletir, imaginar, 'desenhar' e agir para construir um futuro.

Outras referências utilizadas por Prahalad são as modificações estruturais vivenciadas mundialmente em consequência da globalização dos mercados e os impactos causados pelo desenvolvimento da área tecnológica.

Em razão disso, Prahalad traça o perfil do novo gerenciamento: desenvolvimento de uma capacidade global; criação de uma agenda competitiva e compartilhada por toda a organização, mudança na dinâmica dos setores de mercado e capacidade de alavancar recursos corporativos; criação de um sistema corporativo flexível, criação de um conjunto claro de valores e comportamentos que sejam obrigatoriamente cumpridos.

Alberto Guerreiro Ramos tem uma visão bastante diferenciada sobre o trabalho do administrador em comparação com os demais teóricos apresentados nesta produção. O foco de suas observações se encontra nas razões que levam os administradores a fazer escolhas que conduzem a meios e fins, isto é, a ética e os valores que sustentam suas ações.

Guerreiro Ramos chamou atenção para a importância do não uso dos pressupostos normativos do trabalho na vida humana em geral, embora estes se relacionem, limitando, com isso, as ações organizacionais. Para ele, a compreensão da ação administrativa passa pela questão das racionalidades funcional – da organização, e a substantiva – do indivíduo.

Os conceitos de ética, da responsabilidade e da ética do valor absoluto são também necessários, segundo o autor, à definição satisfatória da ação administrativa. Sua formação de cientista social o levou a desenvolver obras referentes às questões morais e sociais em evidência na época, utilizados como arma de ação política, com vasto comprometimento e responsabilidade social, explicando que a “[...] modalidade de ação social dotada de racionalidade funcional, e que supõe, estejam os seus agentes, enquanto a exercem, sob a vigência predominante da ética da responsabilidade” (RAMOS, 1983. p. 47).

Em suma, procurou aqui alinhar discussões sobre as diversas abordagens que levassem ao entendimento das definições, funções e papéis do administrador mediante a aceção de alguns estudiosos acerca do assunto, por meio dos quais verificou-se sobre a construção e o desenvolvimento dos princípios e conceitos da administração.

A propósito, sintetizando a discussão sobre as diversas abordagens que englobam o trabalho do administrador, elaborou-se um quadro no qual se pode observar e estabelecer um paralelo entre as aceções de cada autor mencionado, conforme se visualiza, a seguir, no Quadro 1:

Quadro 1 – Dimensões do Trabalho do Administrador

| AUTOR | DIMENSÕES |
|--------------------|---|
| Fayol | Planejar |
| Koontz e O'Donnell | Coordenar |
| Peter Drucker | Dirigir, dar visão e fixar o curso dos negócios |
| Chester Barnard | Comunicar e obter cooperação |
| Simon | Decidir |
| Mintzberg | Desempenhar papéis gerenciais |
| Kotter | Estabelecer agendas e criar redes de contatos |
| Stewart | Atender a demandas sob restrições e escolher agenda |
| Nadler e Tushman | Projetar, criar e operar a arquitetura organizacional |
| Peter Senge | Aprender continuamente |
| Prahalad | Construir competências para moldar e explorar o futuro |
| Guerreiro Ramos | A tensão administrativa entre as ações instrumental e substantiva |

Fonte: Escrivão Filho e Perussi Filho (2008).

Verifica-se que, inúmeras são as ações e papéis a serem exercidos pelo administrador, segundo os teóricos desse campo de estudo. Isto abre caminho para a tessitura de discussões acerca da profissionalização da Segurança Pública, Saúde e Administração Hospitalar, já que o foco deste estudo centra-se no papel do administrador hospitalar. É o que se poderá apreciar no Capítulo 3 subsequente.

3 PROFISSIONALIZAÇÃO DA SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Considerando que o objeto de estudo desta pesquisa foca o papel do administrador hospitalar nas unidades de Saúde das Secretárias de Estado de Segurança Pública, neste capítulo, procura-se discutir sobre a estrutura da Segurança Pública, a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde, administração hospitalar, administração hospitalar na saúde pública, o Administrador Hospitalar e sua formação.

3.1 Profissionalização da Segurança Pública

A garantia da paz pública tem se tornado uma preocupação do Estado brasileiro nas últimas décadas, sendo, portanto tema bastante discutido considerando-se o aumento indiscriminado de todas as formas de violência no país e os graves prejuízos sociais e financeiros que decorrem desta situação.

Diante deste contexto, o Estado, por meio das garantias constitucionais, busca aprimorar a questão da segurança pública. Pode-se observar o que diz a Constituição Federal de 1988, com base no artigo 144 sobre esta matéria:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:
I - polícia federal;
II - polícia rodoviária federal;
III - polícia ferroviária federal;
IV - polícias civis.

Vale ressaltar que para Silva (1998), a Segurança Pública é a garantia que o Estado oferece aos cidadãos, por meio de organizações próprias, contra todo o mal e todo perigo que possa prejudicar a ordem pública em prejuízo da liberdade, da vida, bem como dos direitos de propriedade dos mesmos.

O Estado brasileiro tem procurado se fortalecer estrategicamente através do controle das políticas públicas, o exercício de funções regulatórias e oferecendo

soluções mais ágeis às demandas da sociedade como resposta a esses desafios, e na tentativa de renovar suas funções e estrutura.

Esse modelo tenta imprimir mais agilidade e eficiência, priorizando os resultados, afastando-se dos modelos burocráticos que se caracterizam por instituições altamente hierarquizadas, contemplando o maior envolvimento possível de todos os servidores.

Com base na proposta de Reformulação da Administração Pública, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado busca a profissionalização e a valorização do servidor público:

A adequação dos recursos humanos tem-se constituído, desta forma, em tarefa prioritária no atual contexto de mudança, implicando no estabelecimento de uma política voltada para a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, a implantação de um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho através de incentivos, e a instituição e reorganização de carreiras e cargos de forma a compatibilizá-los com a necessária reconstrução do aparelho do Estado (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, c. 11, 1997, p. 9).

Os servidores públicos, integrantes de carreiras de Estado, serão apenas aqueles cujas atividades estão voltadas para as atividades exclusivas de Estado relacionadas com a formulação, controle e avaliação de políticas públicas e com a realização de atividades que pressupõem o poder de Estado.

Por atividades exclusivas do Estado entende-se o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc. (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; c. 11, 1997, p.24).

Por sua importância, o campo das atividades exclusivas de Estado tem no critério eficiência o seu eixo fundamental. O que importa é atender milhões de cidadãos com boa qualidade a um custo baixo.

O princípio correspondente é o da eficiência, ou seja, a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público. Logo, a administração deve ser necessariamente gerencial. O mesmo se

diga, obviamente, do setor das empresas, que, enquanto estiverem com o Estado, deverão obedecer aos princípios gerenciais de administração.

Especificamente com relação à saúde desses profissionais, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI tem como um dos objetivos fundamentais a estruturação das unidades de atendimento de saúde, com a adequação ou aquisição de equipamentos, materiais, e projetos de Atenção Biopsicossocial, os quais poucas instituições de Segurança Pública no país oferecem. Sabe-se que o servidor da segurança pública para desenvolver sua atividade profissional, que é atender os anseios da sociedade com relação à segurança, de modo geral, necessita de seu pleno vigor físico, psíquico e emocional.

Buscando unificar a área de saúde de todos os servidores de segurança pública, entre elas: bombeiro militar, policial militar, policial civil, polícia técnica, sistema prisional e sistema sócio-educativo, observa-se a necessidade de identificar o papel do Administrador Hospitalar, em uma unidade de saúde respeitando, além do cidadão, os diversos órgãos que estão intimamente ligados à segurança pública.

Orientados pelos princípios constitucionais, da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, entre outros, o fundamento do pensamento sistêmico significa o entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo, com foco na sociedade. Em termos práticos, isso significa compreender que as organizações são formadas por uma complexa rede de recursos humanos e organizacionais, cujo desempenho pode influenciar, positiva ou negativamente, a organização como um todo.

As organizações públicas são vistas como sistemas vivos, integrantes de ecossistemas complexos que devem interagir com o meio e se adaptar. Assim, é importante que o seu sistema de gestão seja dinâmico e capaz de contemplar a organização como um todo para rever e consolidar os seus objetivos e suas estratégias, observando o alinhamento e a interconexão dos seus componentes, isto é, a consistência entre os seus objetivos, planos, processos, ações e as respectivas mensurações.

Como sistemas vivos, as organizações precisam aprender a valorizar as redes formais com cidadãos-usuários, interessados e parceiros, bem como as redes que emergem informalmente, entre as pessoas que as integram, e destas com pessoas de outras organizações e entidades. Dessa forma, o pensamento sistêmico

pressupõe que as pessoas da organização entendam o seu papel no todo (as inter-relações entre os elementos que compõem a organização – a dimensão interna e a dimensão externa).

3.2 Do Sistema Único de Saúde

O agente de segurança pública tem muitos problemas de saúde conforme indica o Relatório Final do Ministério da Justiça (2009). Para bem desempenhar suas funções, precisa de atendimento preventivo e de reabilitação. Seu atendimento é feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e em Unidades de Saúde da Segurança Pública. Daí a necessidade de tratar sobre o SUS.

De acordo com Santos (2007), até a década de 1980, ainda sob o comando militar, a prestação dos serviços de saúde ficava a cargo do Sistema Nacional de Saúde, implantado pela Lei nº. 6.229/75. A assistência médico-hospitalar estava disponível apenas àqueles que tinham um emprego formal, com carteira assinada, os segurados da Previdência Social, estando às ações de natureza curativa a cargo do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS). O Ministério da Saúde ficava responsável pelo controle de endemias, pela vigilância sanitária, pelo controle de doenças transmissíveis e pelas campanhas de vacinação, entre outras atribuições.

Gerando uma situação de desigualdade no atendimento à saúde, porque o acesso a serviços médicos não era direito de todos, não era universal, era direito, apenas, de quem contribuía para o programa de Previdência Social. A população como um todo só tinha direito a programas preventivos, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Na década de 1980, com o processo de redemocratização do país e a volta da possibilidade de organização popular, teve início um forte movimento social que reivindicava a universalização do acesso à saúde e o reconhecimento desse direito como sendo universal e, ao mesmo tempo, um dever do Estado.

O resultado foi a incorporação dos princípios do movimento – integralidade da assistência, equidade e descentralização administrativa – à Constituição de 1988 e a

determinação das reais responsabilidades do Estado na prestação dos serviços necessários à garantia do direito à saúde.

O Estado criou, por meio da Constituição de 1988, o SUS sob responsabilidade, no âmbito federal, do Ministério da Saúde, sendo que a seção que trata da saúde na nova Constituição vai dos artigos 196 a 200. Porém, houve a necessidade de novas leis para sua regulamentação, leis estas que foram editadas em 1990 e ficaram conhecidas em conjunto como a Lei Orgânica da Saúde, que são as leis nº. 8.080/90 e 8.142/90.

O SUS representa a atual política nacional de saúde. Ele passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, embora isso fosse feito com restrição do gasto público, sem investimentos que permitissem ampliar a oferta do serviço e com baixa remuneração dos profissionais de saúde, resultando em progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos.

Apesar disso, na década de 1990, o SUS ganhou apoio político, o que viabilizou mudanças institucionais, principalmente do sentido de descentralização do SUS.

Em 1999, a municipalização do setor de saúde já atingia 97% dos municípios brasileiros, que assumiam alguma responsabilidade na gestão do sistema, sendo que 62% eram diretamente responsáveis pela gestão de estabelecimentos de saúde, que eram, em sua maioria, responsáveis pelos serviços de atenção básica.

A organização operacional do SUS ainda foi comandada por meio de portarias ministeriais, as Normas Operacionais Básicas (NOB), que são: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001 e NOAS-SUS 2002. Essas normas eram destinadas aos estados e municípios, regulando o processo de descentralização do SUS.

A defesa da municipalização, ou descentralização, foi muito favorável, como já exposto anteriormente. Desse modo, havia maior proximidade entre os usuários do SUS e os locais em que se decidiam suas políticas, permitindo uma resposta mais rápida a quadros epidemiológicos *loco* regionais, adequando as ações às necessidades de cada população em particular, e ampliando a cobertura.

É válido observar que, como afirma Antônio Alves de Souza, na apresentação da cartilha do Ministério da Saúde “A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo” (2006), o SUS “é uma obra-prima inacabada”, pois está em constante processo de aperfeiçoamento.

Isso ocorre porque a promoção da saúde nunca deixará de sofrer transformações por causa da evolução dinâmica da sociedade, pelo surgimento de novas tecnologias, que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços de saúde, e também por causa do surgimento constante de novos agravos à saúde, que exigem novas profilaxias e novos cuidados curativos.

Essa constante evolução salta aos olhos quando se sucedem as várias NOBs, uma série de portarias do Ministério da Saúde e outras tantas resoluções do Conselho e das Conferências Nacionais de Saúde.

3.2.1 O Sistema Único de Saúde: conceito, princípio e objetivos

Este subitem e, o seguinte, baseiam-se na cartilha “SUS: Princípios e Conquistas”, de 2000, de autoria do Ministério da Saúde.

Como afirma o Ministério da Saúde (2000, p. 1):

[...] o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

Quando de sua criação, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, que são as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, e foi definido pelo art. 198 da Constituição como o conjunto de ações e serviços públicos, de execução das três esferas do governo, organizados em rede regionalizada e hierarquizada segundo as seguintes diretrizes:

- a) Descentralização;
- b) Atendimento integral, com prioridade para a prevenção;
- c) Participação da comunidade.

Os princípios constitucionais do SUS no campo doutrinário são:

- A universalidade: todos os cidadãos têm o direito à saúde;

- A integralidade: o cidadão deve ser atendido em todas as suas necessidades;
- Equidade: os recursos do sistema de saúde devem ser distribuídos de forma atenta às desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

Os objetivos do SUS são:

- 1 A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- 2 A formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campo econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos;
- 3 Execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os hospitais universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue) – além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil.

3.2.2 Organização e funcionamento do SUS

Sobre a organização do SUS, Santos e Andrade (2007) dão o seguinte parecer:

Todas as tentativas de organizar o sistema foram pautadas pelo financiamento federal (de cunho obrigatório, e não voluntário), e não pelas necessidades de saúde da população. O que orientou sua organização foi muito mais o financiamento do que os ditames das leis que o regulamentam, os resultados pretendidos ou as necessidades do sistema.

Depois de um grande número de edições de normas operacionais, o financiamento passou a ser feito quase que exclusivamente pelo critério de produção, projetos e programas, ainda que pequena parcela dos recursos tenha sido repassada pelo sistema per capita.

Na moderna administração pública, percebe-se que a organização do SUS reflete seus princípios e diretrizes, conforme defende Medauar (2003), em cujo livro, alguns dos parágrafos seguintes estão parcialmente baseados.

A mudança do conceito de saúde, que passa de “estado de não-doença” para “busca constante do completo bem-estar físico, mental e social” se reflete em uma mudança de estratégia, que visa à promoção da qualidade de vida, mudança esta que consiste na priorização de ações preventivas como forma de promover a saúde, e não apenas a cura de doenças.

O Sistema Único de Saúde está dividido em níveis de atenção à saúde, ou níveis de complexidade. É válido lembrar que o princípio de integralidade preconiza que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema.

A atenção primária à saúde é o primeiro nível de atenção à saúde. Nesse nível, são realizadas ações de caráter individual ou coletivo, que visam à promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizadas pelas especialidades básicas da saúde: a clínica médica, a pediatria, a obstetrícia e ginecologia, a odontologia, a psicologia, o serviço social e as ações de enfermagem. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

A atenção primária é uma prioridade para os municípios, porque, se estiver bem estruturada, ela garante a resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde da população desse município. Os atendimentos em nível primário de complexidade podem ser encontrados, entre outros locais, nos Postos de Saúde, nas policlínicas e nos Programas de Saúde da Família (PSF).

As ações de nível médio de complexidade demandam profissionais mais especializados do que aqueles necessários para a atenção básica, além do uso de recursos tecnológicos que possibilitem o diagnóstico e a terapia adequada. Os procedimentos em nível médio de complexidade, segundo a mesma cartilha do Ministério da Saúde, envolvem: Profissionais médicos, outros de nível superior e

nível médio; Cirurgias ambulatoriais especializadas; Procedimentos traumatológico-ortopédicos; Ações especializadas em odontologia; Patologia clínica; Anatomopatologia e citopatologia; Radiodiagnóstico; Exames ultra-sonográficos; Diagnóstico; Fisioterapia; Terapias especializadas; Próteses e órteses; e Anestesia.

Os serviços de alta complexidade demandam alta tecnologia e, conseqüentemente, alto custo, sendo, portanto, serviços altamente qualificados.

3.2.3 Recursos da Saúde e a Emenda Constitucional nº 29

O SUS é financiado por fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, que têm constituição obrigatória e vinculação crescente, sendo uma forma de descentralização do sistema de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde, isso pode ser afirmado porque essa forma de financiamento é dotada do sistema de “transferência fundo a fundo”. A transferência fundo a fundo consiste em remuneração automática dos fundos, uma vez cumpridos os critérios e requisitos que foram exigidos e pactuados.

Dessa forma, os fundos dos estados e municípios recebem aplicações diretas e automáticas de recursos de saúde, provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, somente depois de terem cumprido suas obrigações concernentes a cada tipo de gestão do sistema ou aos programas para os quais havia se habilitado previamente.

Os gestores do SUS têm a liberdade de firmar contratos, acordos, parcerias e convênios para a transferência de recursos para que sejam executados determinados projetos. Dessa forma, pode haver celebrações de convênios entre o Ministério da Saúde e os estados ou municípios para a realização de projetos específicos, como a construção, reforma ou aparelhamento unidades de saúde, ou a capacitação de profissionais de saúde.

3.2.4 Responsabilidades dos estados na gestão do SUS

Conforme afirma o Ministério da Saúde (2000), na cartilha “Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas”, os Estados têm o papel de: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão do SUS nos municípios, sempre se guiando pelo princípio da integralidade; assumir, de modo transitório, a gestão do SUS nos municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade; e, o mais importante, é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, desse modo, o SUS Estadual.

Para que esses quatro papéis do estado sejam desenvolvidos, é necessário que o Conselho Estadual de Saúde e a CIB viabilizem a negociação e o pacto entre as três esferas de governo para a configuração do apoio logístico, que requer, entre outros componentes: informatização, financiamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação, avaliação econômica, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento científico e tecnológico e comunicação social e educação em saúde.

Também é necessária a estruturação e programação do: plano Estadual de Saúde; do Sistema Nacional de Auditoria; dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos; dos sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar e nutricional; dos sistemas de recursos humanos, de ciência e tecnologia; do componente; das políticas de sangue e hemoderivados.

Além disso, ainda é preciso elaborar: programas de abrangência nacional, relativos a agravos que constituam riscos de disseminação para além do território do estado; o componente estadual de laboratórios de saúde pública e rede farmacêutica; responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais.

E, por fim, a função do estado depende da implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, como, por exemplo, aquelas relativas a saneamento básico, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

3.2.5 Responsabilidade da União na gestão do SUS

Ainda com base no Ministério da Saúde (2000), na cartilha “Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas”, as responsabilidades da esfera federal são: gerir o SUS em âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual, visando o desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS Nacional; exercer as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

O apoio logístico necessário é o mesmo demandado pelos estados, e ele depende das negociações realizadas por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

No que se referente às estratégias e mecanismos de articulação com os demais níveis de gestão, necessários ao gestor estadual, pode-se exemplificar: a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento; definição e explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS; criação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimentos; adoção de tabelas nacionais de valores do SUS; construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria.

Além dessas, destacam-se: desenvolvimento de atividades de educação e comunicação social; implementação de sistemas de informação e vigilância epidemiológica, sanitária, alimentar e nutricional; implementação de sistemas de redes laboratoriais e farmacêuticas; implementação de ações voltadas ao controle de agravos e vetores que possam constituir risco nacional; promoção da atenção à saúde da população indígena; estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico; participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

A gestão compartilhada do SUS entre as três esferas de governo, juntamente com outros avanços, mostra que, sem dúvida, o Sistema Único de Saúde evoluiu desde sua criação. Porém, é igualmente indubitável que o Estado ainda falhou em garantir o acesso da população brasileira à assistência farmacêutica e terapêutica, por motivos que vão desde objetivos eleitoreiros até a incapacidade técnica.

Por ocasião dos 20 anos de implantação do SUS, completados no ano de 2008, Sônia Fleury (2008), presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pondera:

Impossível desconhecer os dramas cotidianos pelos quais passam pacientes e familiares e, fundamentalmente, a insegurança da maioria da população em relação à garantia efetiva de uma atenção integral, que realize o direito à saúde que foi garantido na Constituição de 1988. (FLEURY, 2008, p.1).

Como uma resposta a esse problema, houve o surgimento do fenômeno chamado “judicialização da saúde”.

Nesse sentido, nota-se que mesmo com as novas diretrizes que estão pautadas pela gestão compartilhada, pela descentralização dos processos de tomada de decisão, pela estratégia pensada tomando como base a federação, o estado e o município, através de seus conselhos, esses elementos podem não estar presentes na realidade dos administradores hospitalares ligados à unidade de saúde de segurança pública e nem mesmo, necessariamente, às unidades do SUS.

Ou seja, nota-se um discurso em prol de um mecanismo de administração que exigiria um administrador diferente dos considerados burocratas e cumpridores de normas. Tal administrador precisaria ter condições de gerir as unidades de saúde de forma mais participativas, mas seguindo regras e normativas que os façam tomar decisões exclusivamente burocráticas.

Neste sentido, o Ministério da Saúde buscou estabelecer políticas de planejamento e qualificação profissional no sentido de estabelecer critérios que fossem ao encontro desse novo contexto exigido para o profissional de administração hospitalar através das Portarias 2.224 e 2.225, de 5 de dezembro de 2002 (anexos A e A).

3.3 Administrador hospitalar

A instalação de uma instituição hospitalar está sempre relacionada com a necessidade e exigência de uma determinada comunidade ou de um grupo de pessoas, que busca ali atenção individual à sua saúde. Ao hospital, como empresa prestadora de serviços, cabe desenvolver através do atendimento ao paciente, o seu objetivo primordial, que é o de cuidar do enfermo.

Porém, assim como ocorre com as escolas e as entidades assistenciais, os hospitais¹ se diferenciam de outros tipos de empresa desse ramo por se exigir deles um desempenho de resultados e o conseqüente acompanhamento de cada paciente até a conclusão do problema. Apesar dessas especificidades, ou, melhor dizendo, por causa delas, é de imprescindível importância uma eficiente administração hospitalar, que priorize como nas demais empresas, a viabilidade de se minimizar os custos e maximizar os lucros sem, entretanto, descuidar da qualidade.

Desse modo, como ocorre em qualquer outro ramo empresarial nos dias atuais, os hospitais necessitam de uma estrutura administrativa adequada que o leve a promover de forma eficiente os seus objetivos. De forma unânime, os estudos sobre administração hospitalar chamam a atenção para o alto nível de complexidade desse tipo de empresa, seja por suas instalações físicas, por envolver o cuidado com a saúde ou por implicar na prática de um código de ética que tem por objetivo proteger o paciente e os próprios profissionais nos aspectos ético, legal e moral.

De acordo com Pereira, Galvão Chanes (2005), “[...] o hospital foi inicialmente estabelecido como instituição filantrópica e agência de auxílio ao pobre, sendo caracterizado como instituição religiosa e espiritual” (PEREIRA; GALVÃO; CHANES, 2005, p. 1). Foi em Roma que se deu o surgimento de estabelecimentos próprios para tratar doentes, em virtude das constantes guerras, sendo assim uma necessidade de ordem econômica e militar, própria da estrutura da sociedade romana.

A partir daí, e mais especificamente na Idade Média, com o advento das Cruzadas, o serviço de assistência aos doentes se desenvolveu muito, tanto entre os cristãos, quanto entre muçulmanos e judeus. As chamadas Casas de Misericórdia são um bom exemplo desse período. Essas instituições tinham como objetivo exercer o espírito caritativo sem, no entanto, estabelecer normas para a criação de hospitais, sendo poucas as que tinham esse objetivo (PEREIRA; GALVÃO; CHANES, 2005).

Até os primeiros anos do século XX não houve mudanças significativas nas funções e objetivos dessas instituições. Isso porque os conhecimentos obtidos até então no campo cirúrgico, e com a descoberta das drogas antimicrobianas ainda não

¹ Segundo o Novo Dicionário Aurélio (1998), a palavra hospital deriva da palavra latina *hospitale*, que significa hospedaria,1. “estabelecimento onde se internam e tratam doentes, nosocômio”.

tenham sido totalmente desenvolvidas, não sendo, tão, difundidas. Portanto, entre os anos 1930 e 1950 os hospitais tinham como função, além de oferecer os tratamentos possíveis à época, ser um local para trabalho dos médicos e desenvolvimento da medicina.

Esse desenvolvimento se consolida entre os anos 1960 e 1970, com a grande expansão do conhecimento na área da saúde, principalmente no campo de diagnóstico e tratamentos especializados, transformando os hospitais em centros de saúde, com equipes médicas especializadas em várias áreas, o que torna esse ambiente complexo com uma grande diversidade de profissionais especializados.

A Comissão de Educação em Administração de Saúde – citada por Fontinele Júnior (2002) definiu administração de saúde como:

O conjunto normativo dos princípios e funções que visam ao controle, a ordenação e a avaliação dos fatores de expressão de qualidade e excelência no processo e dos resultados do desempenho do pessoal do hospital, alicerçado pela ordenação dos fatores de produção e/ou de prestação de serviço. (FONTINELE JÚNIOR, p. 27, 2002).

Um administrador hospitalar, na definição de Tappan “[...] é a pessoa indicada pela comissão para integrar e coordenar os negócios do hospital. Ele atua como um executivo geral e é o responsável direto pela direção dos negócios internos” (TAPPAN, 1976, p. 44). Diferentemente do que se pode pensar, o administrador do hospital raramente é um médico de renome do próprio hospital. Atualmente ele é um experiente gestor profissional, uma pessoa íntegra e de bom caráter.

As funções básicas de um administrador hospitalar consistem, de acordo com Malagón-Londoño, Moreira e Laverde (2000, p. 23):

1. Prever, planejar, programar, dirigir, supervisionar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas em seu centro assistencial nas áreas de:
 - Recursos humanos;
 - Recursos econômicos e financeiros;
 - Instalações, equipamentos e materiais;
 - Serviços assistenciais;
 - Serviços complementares e de apoio;
 - Serviços acadêmicos e de pesquisa;

- Sistemas de informação.
- 2 Avaliar as responsabilidades éticas e legais inerentes à atividade e enfrentar as diferentes contingências que se apresentam;
 - 3 Ser um permanente organizador e líder, tanto dentro de sua instituição quanto na comunidade.

Observa-se que muitas dessas funções, principalmente as mais básicas, são comuns a todos os administradores. Algumas, porém, estão intimamente ligadas ao trabalho de um hospital.

O hospital, semelhantemente a qualquer empresa, tem equipamentos e instalações específicas e um grupo de pessoas organizadas que operam esses equipamentos e realizam serviços para que o hospital funcione efetivamente, o que significa, nesse caso, realizar o atendimento aos pacientes.

Mudanças significativas têm ocorrido no cenário nacional da saúde, quer pela Acreditação Hospitalar e todas as certificações nacionais e internacionais de qualidade na prestação de bens e serviços, quer pelos embates tecnológicos a que as instituições de saúde são obrigadas a se adaptarem, nas quais a informação globalizada tem sido um grande aliado para aquelas instituições preocupadas em manterem uma posição de destaque num mercado cada vez mais competitivo. Por esse motivo, é necessário estabelecer um direcionamento à profissionalização do administrador hospitalar.

O profissional administrador hospitalar precisa ter conhecimento da sua importância dentro e fora de uma organização, principalmente quando se trata de órgãos públicos, pois é grande o fluxo de informações, contatos e dados a serem repassados. É importante dizer que, sem o reconhecimento do profissional, torna-se impossível a atuação firme e eficaz. Vive-se, hoje, em um mundo de constantes mudanças, adaptações e, principalmente, de contínuas renovações.

Embora a profissionalização do administrador seja um fato observado nas empresas produtoras de bens desde o início do século XX, foi somente com o desenvolvimento tecnológico e econômico e com a adoção do modelo burocrático de organização que essas mudanças se incorporaram àqueles que se dedicam à prestação de serviços. (SERRA, 2005 p. 11).

Segundo Fontinele Júnior (2002, p. 27), a Administração hospitalar visa coordenar e normatizar seu meio laboral e institucional, sendo que uma instituição de assistência à saúde contém os mais diversos setores, com os mais diversos profissionais e serviços.

Por muito tempo, a Administração hospitalar foi tratada como se fosse um “feudo” de profissionais médicos ou como uma atividade qualquer que pudesse ser executada por administrador sem conhecimento específico de sua natureza (FONTINELE JÚNIOR, p. 27). Felizmente, tal situação começa a ser corrigida por várias instituições, quando elas percebem que:

- a) Não deve existir preferência por esta ou aquela profissão para o exercício da administração hospitalar;
- b) Deve-se buscar um administrador com perfil realizador e não sonhador;
- c) Deve-se, preferencialmente, optar por um profissional com várias formações ou com uma formação e várias pós-graduações em áreas afins com a instituição;
- d) Deve-se buscar um profissional aberto às mudanças, objetivando a valorização profissional como alavanca da excelência e da qualidade dos serviços prestados.

O administrador e sua trajetória estão em evidência, além das dimensões do administrador hospitalar, visando estabelecer relação entre o perfil do gestor e o papel do administrador.

Nos hospitais, pela ênfase dada às pessoas, os administradores hospitalares têm se recusado a aceitar tal abordagem, como ocorria em administrações industriais do passado. Atualmente, o chamado modelo comportamental de organização tem se desenvolvido com ênfase nas interações entre empregados, o comportamento individual destes e seu comportamento como membros de grupos ou equipes, ou seja, o comportamento da organização como um todo. Colocando-se como primordial o desenvolvimento organizacional, com foco na mudança, para conseguir o melhor ambiente de trabalho.

A doutrina de Henry Fayol e seus princípios de administração serviram de base, no Brasil, para a introdução da Administração Hospitalar como ciência (PEREIRA; GALVÃO; CHANES, 2005), embora possa se afirmar que ao fayolismo

foram sendo acrescentadas outras técnicas e propostas de diferentes teóricos, conforme citado no capítulo 2, o que indica a possibilidade de sua superação, fruto da evolução da teoria administrativa a partir dos princípios criados por Fayol.

A atenção à saúde no Brasil pode ser caracterizada como um processo fragmentado, principalmente no que diz respeito à área da saúde pública, sendo observada a tendência à redução de leitos e de hospitais dirigidos à parcela mais pobre da população. Quanto à área privada da saúde, houve um significativo aumento de eficiência e controle de acesso, resultado da preocupação regulatória.

O modelo assistencial, em curso no país atualmente, é marcado pela ausência da integralidade, tanto no processo de produção quanto entre os componentes do setor. O Estado brasileiro não possui uma visão ampla da realidade do setor de saúde, a qual poderia proporcionar benefícios para todos os interessados. Prevalece, então, a busca de todos por ganhos através de novas formas de financiamento, enquanto a integralidade se faz presente somente nos discursos do serviço público.

Diante dessas constatações, é cada vez maior a necessidade de contar com uma gestão especializada na área de saúde, a qual responda de modo satisfatório, aos desafios desse setor. Até aqui, todos os desafios existentes na área de saúde têm sido marcados por respostas imediatistas e por ações pouco consistentes, sem considerar uma perspectiva mais ampla e de longo prazo.

Essa realidade é mais evidente quando se observa o gerenciamento exercido diretamente por organizações públicas, a qual acaba levando também o setor privado a se afastar, deixando de prestar serviços ao SUS, o que resulta na desativação e fechamento de leitos. Para Vecina e Malik (2007), esta primeira década do século XXI, no que diz respeito ao gerenciamento do setor de saúde, tem evidenciado a incapacidade do Estado:

O instrumental de gerência do Estado brasileiro é insuficiente e gerador de insuficiências. Concursar, licitar, orçamentar (no sentido da administração pública) não garante a alegadamente pretendida isonomia, e ainda gera falta de transparência e excesso de burocracia. As regras para a gestão da coisa pública estão voltadas para os meios e não para os resultados. (VECINA; MALIK, 2007, p. 836).

Isso leva a concluir que o atual modelo utilizado, ou seja, o da administração direta e das autarquias se encontra superado, embora ainda seja imprescindível exercer controle sobre os recursos empregados e resultados conseguidos. Os

autores apontam como possíveis caminhos para a resolução dos impasses na área de saúde a efetivação de parcerias e a utilização de soluções que contemplem, de maneira benéfica a todos, médicos, indústrias, prestadores organizacionais e planos/operadores de saúde, o que levaria a um melhor relacionamento para todo o setor.

O perfil desejado do administrador em saúde, capaz de atender às necessidades da sociedade brasileira, é aquele do profissional voltado para as áreas de gestão hospitalar e de outros serviços de saúde, habilitado para o gerenciamento de unidades de produção e de apoio administrativo em instituições de saúde mantidas pelo poder público e pela iniciativa privada.

A competência esperada visa à compreensão da necessidade do contínuo aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento da autoconfiança, que levarão o profissional a obter níveis crescentes de complexidade administrativa, em direção à gestão de unidades de maior abrangência, conjuntos de unidades e sistemas completos de atenção à saúde. (SERRA, 2005 p. 27-28)

Além disso, planejar, coordenar e acompanhar a prestação dos serviços técnico-administrativo, cumprindo leis e regulamentos administrativos em função do interesse público e a serviço da comunidade é atribuição do administrador hospitalar.

As ações de responsabilidade do administrador hospitalar são baseadas em princípios e valores éticos adotados por ele. Seu discurso e sua ação andam lado a lado. O administrador não é conivente com práticas de superfaturamentos, propina, sonegação de impostos, estabelece relações éticas e sadias com todo o seu público e com pessoas que estão fora do ambiente organizacional.

Não se deve esquecer, porém, que os Administradores não são os únicos participantes do processo de administração de saúde, pois a complexidade do sistema exige equipe e divisão de responsabilidade entre administradores, médicos, enfermeiros, outros profissionais, políticos, líderes de comunidades etc., na alocação e aplicação de recursos para a obtenção de resultados de saúde com sucesso. Por isso, o Administrador precisa contar com o apoio e o trabalho de toda uma equipe multiprofissional e treinada.

E para exercer sua função, alcançando seus objetivos, o Administrador deve: suprir as necessidades de demanda dos usuários do sistema de saúde, se responsabilizar pelas funções de planejamento, organização, controle e

coordenação dos serviços e se ajustar e atualizar com vasta gama de conhecimentos, ajustes e habilidades que interagem no funcionamento do sistema.

Como responsável pelo gerenciamento hospitalar, o gestor deve desenvolver um conjunto de atividades que sirvam de referência para organizar suas funções ou empreender programas de forma sistemática, que respeitem as especificidades do ambiente hospitalar, já que este tem particularidades pelo fato de ser “[...] uma instituição de serviços com alta função social e características científicas, técnicas, administrativas e econômicas gerais próprias das empresas, embora de maior complexidade” (MALAGON-LODOÑON; MOREIRA; LAVERDE, 2000, p. 13).

Ainda de acordo com esses autores, este profissional deve desempenhar funções em três grandes áreas; externa, interna e no sistema interno interconectado. Em cada uma dessas áreas há uma necessidade do desempenho de determinadas funções, as quais são bastante próximas daquelas denominadas por Mintzberg (1986) como papéis.

Conforme apontam Malagon-Lodoñon, Moreira e Laverde (2000), as funções dos administradores hospitalares estariam assim, distribuídas:

- 1) Área externa – relacionada às atividades consideradas extra-hospitalares, desempenhadas junto ao conselho diretor, funcionário de alto escalão, autoridades e demais pessoas que influenciam no funcionamento da instituição. Estão apontadas dentro desta área, as atividades de:
 - Porta-voz – o administrador responde oficialmente pela instituição, busca apoio e comunica permanentemente as atividades e planejamentos;
 - Planejamento e programação – proposição de políticas, apresentação de propostas, criação, fusão ou supressão de serviços com base nos avanços científicos e tecnológicos e na legislação, visando o futuro da instituição;
 - Informes e avaliação – fornecer ao conselho diretor as informações de forma clara, a avaliação quanto ao funcionamento do hospital, e da gestão que vêm sendo desenvolvida, e outros informes ligados aos vários setores e serviços hospitalar;
 - Convicção – exerce convencimento junto ao conselho diretor e funcionários, através da condução convincente de mudanças e a proposição de outros profissionais e assessores, com base em sua capacidade e nos parâmetros que permita efetuar um bom trabalho;

- Atividades com a comunidade – coordenação e execução de política de saúde próprias do hospital, e também aquelas relacionadas à localidade, através de atividades que beneficiem de forma significativa a população.
- 2) Área interna – neste grupo de atividades se encontra basicamente aquelas ligadas à coordenação dos recursos humanos, como sua administração e estímulo à capacitação e inovação permanentes do conhecimento, manutenção do incentivo, gerenciamento de pessoal, comando, disciplina e resolução de problemas.
- 3) Sistema interno interconectado de informações científicas de administração – atividades relacionadas de administração da assistência médica, desenvolvimento das políticas, a execução de planos e da missão do hospital. Com o devido equilíbrio de custos e benefícios, para que isto ocorra, o administrador deve estar devidamente preparado através de um amplo conhecimento técnico-científico, que envolve o ambiente hospitalar:
- Administração do corpo docente e da pesquisa (hospital escola) – avaliação de programas voltados para estágio de estudantes e atualização do corpo médico, os quais devem cumprir as exigências das autoridades de saúde e o cumprimento dos princípios éticos relacionados aos pacientes;
 - Atenção aos pacientes e familiares – o hospital deve ter como um dos objetivos a elevação da qualidade de atenção dada aos pacientes, isto requer cuidado médico e também por parte da administração. Esta deve dar cumprimento aos regulamentos, comunicação com pacientes e familiares e a divulgação das informações solicitadas;
 - Administração e finanças- esta área é responsável por dar apoio ao bom desempenho do corpo médico e dos demais profissionais de saúde junto aos clientes de saúde. Dentro desta perspectiva, deve ter diretrizes claras para se programar, orçar, adquirir, armazenar e prover ou cancelar bens e serviços que o hospital consome.

Além dessas funções citadas Malagon-Lodoñon, Moreira e Laverde (2000), ainda apontam que as atividades de organizar e liderar, são permanentes visando o

desempenho das complexas responsabilidades para se atingir resultados positivos, manterem o entusiasmo e a mobilização dos profissionais no ambiente de trabalho.

Dessa forma, é lógico pensar que a responsabilidade que cabe ao Administrador Hospitalar na condução de sua organização, garantindo-lhe o desempenho e a eficácia que a legitima perante a comunidade, e também que a administração hospitalar não é tarefa para amadores ou aventureiros políticos que assumem, sem preparo, uma função que ultrapasse suas capacidades, suas habilidades técnicas e seu preparo intelectual.

Esses profissionais da saúde devem estar preparados para a vivência dos valores éticos e não só para a prática das técnicas terapêuticas.

E complementa Mezomo, ao afirmar que:

[...] Os hospitais, e todos os serviços de saúde, precisam mudar, e os profissionais da administração devem redescobrir o gosto pelo bem feito e a dimensão ética do seu trabalho. Eles precisam desenvolver a habilidade de tomar decisões e a capacidade de avaliar resultados, de coletar e interpretar dados, de eleger prioridades, de liderar pessoas e de se comunicar. (MEZOMO, 2001, p. 109).

De acordo com o mesmo autor esta “[...] parece uma “missão impossível”, mas absolutamente necessária. É uma questão de ética e não apenas um estilo novo de administração”.

Além desses pressupostos já descritos, a assistência hospitalar passa, periodicamente, por transformações em vista das mudanças nos critérios que envolvem a saúde, os quais devem ser levados em conta para uma eficiente ação administrativa. O conhecimento das variáveis que compõem o cenário da saúde, tanto pública quanto privada, deve ser parte do trabalho do administrador, pois, somente a partir desses indícios se torna possível empreender ações em longo prazo.

De acordo com Vecina e Malik (2007), podem ser observados entre os autores que tratam do tema, pontos de semelhança no que diz respeito aos principais elementos que fazem parte do cenário da saúde nacional, sendo eles: demografia, perfil epidemiológico, recursos humanos, tecnologia, medicalização, custos, papel do cidadão, legislação, equidade, hospitalocentrismo e regionalização, fracionamento do cuidado e oferta de leitos.

3.4.1 Administrador hospitalar: formação

Diante das mudanças ocorridas, a partir da década de 1980 no contexto nacional, envolvendo os âmbitos sócio-político, econômico e cultural, os quais ocasionaram à introdução na sociedade brasileira de novos valores sociais, como a participação democrática, as cidadanias, os direitos do consumidor, perceberam que este novo cenário nacional teve reflexos também na administração tanto pública quanto privada, especialmente no setor de saúde.

O novo modelo de organização aponta para a transferência da responsabilidade que até então era exclusiva do gerente/diretor, para ser compartilhada por todos os seguimentos da comunidade organizacional, o que repercute na administração das instituições de saúde [...]. (SILVA; SILVA, 2008, p. 325).

Partindo desse novo contexto, entende-se a necessidade de um novo perfil de gestão, o qual, apesar do passar dos anos, ainda se encontra em construção, por necessitar de um aprofundamento maior da fundamentação teórica que envolve a constituição desse novo papel. A sociedade e a própria função de gestor passou a exigir uma administração baseada em ações a partir dessa nova realidade social brasileira, especialmente a que se faz presente no dia a dia das unidades de saúde nas quais se apresentam variáveis, tanto do ambiente externo quanto interno, que precisam ser consideradas pelo gestor no desenvolvimento do seu trabalho.

Tais ações devem se desenvolver de modo integrado, associando os fatores do contexto, onde se encontra inserida determinada unidade de saúde, envolvendo também tanto os profissionais de saúde quanto os usuários, alvos do trabalho prestado por esses profissionais. A gestão profissional de saúde, principalmente no que se refere à área pública deve ser efetivada, considerando-se as dimensões administrativas, técnica e financeira, compreendendo que estas são indissociáveis.

No tocante à prática gerencial em si, é importante que o gestor desenvolva uma visão analítica, considerando, inicialmente, os setores instrumentais – começando pelos recursos materiais. Neste item, especificamente, os problemas mais frequentemente apresentados se referem aos equipamentos, pois estes tendem a se tornar obsoletos à medida que passa o tempo, necessitando ser

substituídos e ter observada uma rigorosa manutenção, pois, na maioria das vezes são materiais de elevado custo.

O administrador deve, portanto, manter um perfeito equilíbrio entre os custos de investimento e a amortização da compra, exigindo conhecimento técnico para avaliar as várias possibilidades apresentadas. Essas observações remetem a outro setor instrumental, o dos recursos financeiros, essenciais a qualquer atividade empresarial, principalmente em se tratando de recursos públicos. Esse setor gera preocupação permanente aos gestores, sendo imprescindível a realização orçamentária bem elaborada, a qual deve ser rigorosamente observada.

E como em qualquer outra empresa, o administrador hospitalar deve procurar obter receita financeira, principalmente em situações críticas e de dificuldades.

O gestor hospitalar, por desenvolver uma atividade voltada especialmente para a administração de serviços de saúde, um universo bastante específico, deve ter uma formação adequada: graduação em administração hospitalar, ser registrado, ter o perfil especificado pelo Código de Ética do Administrador, conhecer as normas e a legislação em vigor no SUS. Essa necessidade inerente ao cargo se justifica, pois o administrador, enquanto membro do processo de administração da saúde, será parte de uma equipe e dividirá a responsabilidade de administrar com médicos, enfermeiros, técnicos, políticos e líderes de comunidade, portanto, uma equipe multidisciplinar, a qual deverá treinar e liderar.

Além disso, desenvolverá atividades de organização, parte de sua função no sistema, tendo responsabilidade final, a qual inclui a qualidade do cuidado e atenção à saúde e a alocação de recursos.

Na tentativa de estabelecer políticas de planejamento e de qualificação profissional da gestão hospitalar, o Ministério da Saúde publicou em dezembro de 2002 as Portarias 2.224 e 2.225 (anexos A e B), que tratam da nova classificação do porte dos hospitais vinculados ao SUS, assim como da exigência da formação dos administradores hospitalares.

Apesar dessa tentativa, em 2005, o governo, com o objetivo de promover o crescimento sustentado como forma de o país resolver boa parte de seus problemas revogou a portaria nº. 2.225. Em seu lugar, foi instituída a Portaria nº. 350, que obrigava os gestores dos hospitais do SUS a se especializarem em cursos de administração hospitalar e fixava 31 de dezembro de 2004 como data para o cumprimento dessa portaria.

As Portarias referidas se encontram em Anexo. O quadro 2 subsequente apresenta uma síntese de tal classificação:

Quadro 2 – Exigências mínimas para direção geral de Hospitais do Sistema – SUS, segundo Portaria 2.225/GM/2002

| Cargo | Graduação | Formação específica | Experiência profissional | Carga horária |
|--|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Diretor geral – Porte I | Nível Superior | * Aperf. Adm Hospitalar | - | 180 h/a |
| Diretor geral – Porte II | Nível Superior | * Aperf. Adm Hospitalar | - | 180 h/a |
| Diretor geral – Porte III | Nível Superior | * Espec. Adm Hospitalar | *** Comprovada 2 anos | 360 h/a |
| Diretor geral – Porte VI | Nível Superior | * Espec. Adm Hospitalar | *** Comprovada 2 anos | 360 h/a |
| <p>* Realizado em Instituição de ensino superior legalmente reconhecida ** Especialização em Administração Hospitalar – Pós-Graduação – “Latu Sensu” *** Em Função Gerencial, em unidade Hospitalar.</p> <p>Obs.: Os profissionais que tenham o curso de Graduação em Administração Hospitalar estão dispensados da realização/comprovação de curso de extensão e/ou especialização.</p> | | | | |

Fonte: Diário Oficial da União, 5 de dezembro de 2002.

De acordo com Sá e Azevedo (2002) há, nos últimos anos, no Brasil, um aumento considerável de oferta de cursos para a formação de dirigentes em saúde. Estes são, caracteristicamente, voltados para a abordagem de temas como: a discussão sobre a organização dos sistemas de saúde e as políticas de reforma do setor. O destaque desses cursos é dado aos aspectos programáveis de gestão, como a administração de materiais, a gestão financeira e o sistema de informação.

Com relação às premissas teórico-metodológicas, as tendências predominantes nesses cursos são: o enfoque estratégico de planejamento e gestão e a gestão de qualidade total. Destacam-se, portanto, as dimensões racionais e política da gestão, o foco na interação humana e dado apenas como parte da condição para melhoramento do processo de gestão. Tais constatações, segundo esses autores, estão restritas “a uma concepção instrumental da problemática da interação humana nas organizações, portanto limitada para abordar a complexidade dos processos organizacionais e de gestão” (SÁ E AZEVEDO, 2002, p. 107).

Sá e Azevedo (2002) demonstram que este contexto, no qual está inserida a formação de gestores hospitalares é alvo de preocupação. De acordo com eles, a formação desses profissionais deve se preocupar também em desenvolver uma visão interdisciplinar sobre os problemas das organizações através da interação entre os referenciais teóricos da psicossociologia e os do campo organizacional, a qual possibilitaria uma revisão das concepções e estratégias pedagógicas para a formação e capacitação de gestores.

De acordo com os autores, os gestores hospitalares têm, reconhecidamente, de lidar com seus limites e aceitar que os processos conscientes são parte de uma dimensão que não é a única e nem a mais importante para a construção do conhecimento. A partir da experiência vivenciada pelos autores na condução do Laboratório de Práticas Gerenciais em Organizações de Saúde, desenvolvido entre abril de 2000 a junho de 2001 com dirigentes de hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Os autores assumem que:

Ser *expert* não é necessariamente ajudar a encontrar soluções. Pode, talvez, significar transitar pelas soluções que se apresentam, problematizando-as a partir de um novo ângulo. Ajudar a refletir sobre a problemática gerencial a partir de perguntas fundamentais que podem ser formuladas tanto pelo contraponto entre visões e modelos de gestão e os limites que advém do contexto político-social do setor de saúde do Brasil. (SÁ; AZEVEDO, 2002, p. 110).

Mesmo reconhecendo que pode haver diferenças quanto ao estilo de direção e a forma como os problemas são enfrentados, os gestores da saúde, de acordo com os autores, identificam problemas centrais de gestão que são comuns aos dirigentes e administradores de hospitais e serviços de saúde, especialmente na área pública.

Esses problemas dificultam o gerenciamento e levam à precariedade e à falta de qualidade do serviço de saúde ofertado pelo Estado. São fatores como contexto da sociedade brasileira e do sistema público de saúde. Os reflexos desse contexto na gestão da saúde se apresentam sob a forma da falta de autonomia das unidades de saúde. O hospital expressa essas contradições sociais com demanda crescente e superlotação das unidades, problemas de instalação e infra-estrutura, desabastecimento e interrupção no funcionamento de tomógrafos, o que acaba inviabilizando o atendimento.

Outro problema apontado pelos atores é a rotatividade/transitoriedade de diretores e funcionários, a qual tem origem na instabilidade política, fator que torna vulnerável o trabalho do gestor hospitalar. Desse modo:

[...] neste contexto de muitas pressões, imensas responsabilidades, baixa remuneração, condições precárias de trabalho e baixo compromisso com o serviço público, torna-se muito difícil montar uma equipe de direção e até mesmo substituir chefes. (SÁ; AZEVEDO, 2002, p. 111).

Tais dificuldades levam os gestores ao sentimento de impotência, dificuldade de exercer autoridade e a limitação quanto à possibilidade de intervir. Os gestores ficam na dependência de demandas políticas, restrições de recursos e a busca de cooperação dos médicos e outros profissionais que formam a equipe.

De acordo com Sá e Azevedo (2002, p. 112), “[...] a necessidade de controlar o trabalho de outros e de responder em última instância pelos resultados e conseqüências” compõe um dos principais elementos do trabalho de gestão, desencadeador de frequente ansiedade entre os gestores, os quais se queixam da falta de apoio e reconhecimento e da não valorização do seu trabalho.

Conforme os autores, essas dificuldades estão concretamente ligadas à falta de comunicação entre o nível central e os hospitais, ocasionando falta de informação, atrasos em atender procedimentos relativos à infra-estrutura, manutenção, equipamentos e abastecimento. Já com relação ao ambiente interno da organização hospitalar, os gestores ressaltam o sentimento de isolamento que acompanha o cargo, “[...] dificuldade de montar equipes, de estabelecer relações de confiança, de se comunicar, delegar, de fazer o outro mudar e de aceitar suas diferenças” (SÁ; AZEVEDO, 2002, p. 113).

Os autores chamam a atenção para as dificuldades do cargo e a importância de desenvolver uma gestão “[...] através das trocas, das interações entre sujeitos em situação de trabalho” apoiada na “capacidade de aprender com os erros, e que encontrará um auxílio bastante limitado, ainda que essencial, nas teorias e tecnologias de planejamento e gestão” (SÁ; AZEVEDO, 2002, p. 115).

A partir das experiências desenvolvidas pelos autores junto aos dirigentes de hospitais públicos, estes elaboraram algumas considerações sobre a atividade de gestão, identificando os problemas mais comuns desse tipo de trabalho, fazendo um contraponto com a produção teórico-organizacional, a qual, muitas vezes, se mostra

limitada e insuficiente para compreender o dia a dia da gerência pública dos hospitais:

1. A pouca autonomia e a baixa governabilidade dos gestores hospitalares se contrapõem à visão do gerente como controlador da organização;

2. A atividade de gestão, associada ao exercício da liderança, não encontra respaldo diante das situações adversas encontradas nas organizações hospitalares públicas, fazendo com que o gestor assuma a atividade operacional dentro da organização;

3. Tais constatações limitam a capacidade do gestor como responsável por desenhar o futuro da organização, a missão da empresa e como formulador de novos valores ou ideais para a equipe que lidera.

4. Entre a ação direta, a gestão das pessoas e a gestão de informações – níveis nos quais se dão as ações gerenciais de acordo com Mintzberg – os gestores de hospitais públicos, por lidarem com problemas administrativos de forma direta, atuam apenas no primeiro nível, impossibilitados de antecipar ações e fazer planejamentos.

Pode-se, a partir desse contexto da saúde pública, entender que o sistema de saúde é formado por partes que constituem um processo que vem sendo construído pela Administração do Sistema de Saúde no país, e que esse processo ainda não se encontra finalizado em sua totalidade, pois depende do amadurecimento social, o que possibilitaria a prestação de um serviço de saúde pública digno à sociedade brasileira.

Para tanto, se faz necessário, como já citado, o conhecimento do sistema de saúde como um todo, visando compreender o ambiente, as regras e normas legais encontradas pelo administrador hospitalar na sua atuação.

Na sequência, se apresentam o caminho percorrido e os instrumentos utilizados no transcorrer desta pesquisa, elementos que darão substância ao Capítulo 4, referente aos procedimentos metodológicos.

4 MÉTODOS DE ESTUDO

O presente estudo tem como delimitação a abordagem qualitativa com a finalidade de desvendar os sentidos e as crenças dos participantes em relação ao Papel do Administrador Hospitalar. Isto visando atender aos objetivos gerais da pesquisa que é o de analisar o papel do administrador hospitalar em uma Unidade de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste.

Diante disso, optou-se pela pesquisa exploratória/descritiva. O método utilizado é condizente com o objeto de estudo, já que, de acordo com Minayo (2007), este se aplica a estudos que estão relacionados às construções e interpretações humanas, como as relações, as representações, crenças, percepções e opiniões, além de se prestar a revelar o dinamismo de processos sociais que não são conhecidos em sua totalidade. Isto permite a construção de novas abordagens, assim como a revisão e criação de novas conceituações e categorias investigativas.

Os dados primários coletados serão obtidos através do roteiro de entrevista em profundidade e os dados secundários pela pesquisa documental, obtidos pelo Relatório do SENASP (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009).

O Quadro 3 apresenta a classificação das metodologias empregadas pelo estudo:

Quadro 3 – Classificação da pesquisa

| Parâmetros da pesquisa | Classificação |
|------------------------|--|
| Objetivo | Exploratória e descritiva |
| Natureza | Aplicada |
| Abordagem | Qualitativa |
| Forma | Indutiva |
| Método | Estudo de campo, com observação participante |
| Coleta de dados | Entrevista e análise documental |
| Análise dos dados | Análise interpretativa e compreensiva |

Fonte: Gil (2002) e Minayo (2007, 2010).
Quadro: elaboração própria.

Desta forma, os dados qualitativos exigem a interpretação do pesquisador e o trabalho orienta-se para a descoberta e não o teste de hipóteses (HAIR JUNIOR et al. 2005). A pesquisa qualitativa buscou identificar o papel do administrador hospitalar a partir de sua visão além de sua ideia de quais os pontos que precisam

de aprimoramento. O Relatório do Ministério da Justiça (2009) servirá para dar suporte na análise do serviço de saúde para os servidores de Segurança Pública, ou seja, fornece elementos que proporcionam pistas de quais os papéis que devem fazer parte da atuação do administrador em uma unidade de saúde da Segurança Pública.

De acordo com Minayo (2007), o método qualitativo é caracteristicamente empírico e a obtenção do conhecimento com base nesse método é feita de forma progressiva e sistematizada, resultando na compreensão aprofundada do grupo ou processo que está sendo investigado.

Com relação à ocorrência de possíveis problemas, Minayo considera importante:

A objetivação, isto é, o processo de investigação que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento acumulado sobre o tema em pauta, estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises ao mesmo tempo específicas e contextualizadas. (MINAYO, 2007, p. 62).

A pesquisa exploratória costuma ser usada, de acordo com Collis e Hussey (2005) em áreas que possuem poucas formulações teóricas ou com deficiência de conhecimento. Por isso mesmo deve reunir informações bastante detalhadas sobre o objeto a ser analisado, sendo comum que a abordagem se estenda por um período grande de tempo. Geralmente, o estudo é aplicado em um único objeto, buscando obter um conhecimento aprofundado do mesmo, dentro de um contexto específico.

O processo de planejamento da pesquisa, em campo, para coletar e sistematizar as informações foi organizado em duas fases:

- a) Na primeira fase realizou-se um estudo exploratório descritivo através de dados do Relatório da SENASP (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2009) visando buscar a percepção e resultado referente à saúde dos usuários das unidades de saúde da segurança pública;
- b) na segunda fase, elaborou-se um estudo de campo visando descrever os papéis dos administradores e diretores hospitalares.

Assim, a pesquisa exploratória foi eleita como primeira etapa no campo de pesquisa científica em diferentes tipos de pesquisa sobre um mesmo tema. Já a pesquisa descritiva visa o aprofundamento de uma dada realidade, o qual buscará

compreender como os gestores vêem os seus papéis na administração nas Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste.

4.1 Universo e amostra do estudo

A proposição inicial do universo pesquisado para a elaboração da fase exploratória/descritiva da pesquisa eram os administradores da Unidade de Saúde da Segurança Pública do Estado do Mato Grosso. Porém, visando futuros estudos optou-se por estender a pesquisa para a região Centro-Oeste que compreende os Estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás além do Distrito Federal. Havendo a seleção dos entrevistados tomando por base os cargos que ocupam.

Neste universo foram entrevistados os seguintes administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste:

Quadro 4 - Caracterização dos entrevistados

| UNIDADE | CARGO | IDENTIFICADO COMO |
|--|--|-------------------|
| DF- Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Distrito Federal | Diretor Geral Chefe do Departamento de Saúde e Assistência ao Pessoal | DF_A |
| DF- Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Distrito Federal | Chefe da Seção de Planejamento do Departamento de Planejamento De Gestão de Contratos da Unidade de Saúde da Polícia Militar | DF_B |
| DF- Policlínica do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal | Diretor de Saúde | DF_C |
| DF- Policlínica do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal | Administrador da Policlínica | DF_D |
| DF- Policlínica da Polícia Civil do Distrito Federal-Diretoria Geral de Saúde | Diretor Geral | DF_E |
| DF- Policlínica da Polícia Civil do Distrito Federal- Gerencia Administrativa. | Gerente Administrativo | DF_F |
| GO- Fundação Tiradentes: Hospital do Policial Militar | Presidente da Fundação Tiradentes e Gerente De Saúde Do HPM | GO_G |
| GO- Fundação Tiradentes: Hospital do Policial Militar | Subgerente do HPM | GO_H |
| GO- Comando de Saúde do Corpo de Bombeiros | Comandante de Saúde | GO_I |
| GO- Comando de Saúde do Corpo de Bombeiros | Coordenador Administrativo | GO_J |
| MS. Policlínica da Polícia Militar de Mato Grosso do Sul | Diretor Geral | MS_K |
| MS.: Policlínica da Polícia Militar de Mato Grosso do Sul | Diretor Administrativo | MS_L |
| MT- Diretoria de Saúde da PM-MT | Diretor de Saúde | MT_M |
| MT- Diretoria de Saúde da Polícia Militar | Coordenador Administrativo | MT_N |

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

A pesquisa de campo foi realizada mediante roteiro de entrevista, ao qual foram acrescentadas outras perguntas no seu decorrer, para melhor compreensão da realidade organizacional. A entrevista através de observação participante, considerada como método “[...] essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa permite a compreensão da realidade” (MINAYO, 2007, p. 70) vivenciada pelo grupo que compõe o universo da pesquisa. Assim, foi gravada com autorização prévia dos entrevistados, tendo em média uma hora de duração, a qual posteriormente foi transcrita e editada.

4.2 Variáveis de pesquisa: categorias de Mintzberg

Cabe salientar que as análises se nortearam pela abordagem de Mintzberg (1986) que estabelece os papéis para a atividade administrativa. Na visão da abordagem de Mintzberg, os papéis são divididos em três grandes grupos: 1) papéis interpessoais; 2) papéis informacionais; e 3) papéis decisórios, os quais foram abordados no Capítulo 2 deste trabalho. Importa frisar que o instrumento de pesquisa também tomou como base as características indicadas pelo autor.

4.3 Formulação das fases da pesquisa

A presente pesquisa foi elaborada da seguinte forma:

- Inicialmente, procederam-se à realização da pesquisa exploratória, buscando a coleta de dados como forma de promover a obtenção das informações sobre o tema pesquisado, a delimitação do mesmo e a orientação para definir os objetivos e as categorias analíticas;
- Como segundo momento, efetuou-se o método de entrevista em profundidade.

Através da pesquisa exploratória, desenvolveu-se a atividade de campo de pesquisa permitindo a proposição da segunda fase da pesquisa baseada no método

de entrevista em profundidade. As entrevistas foram realizadas com Administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste, conforme o Quadro 5, produzindo nova coleta de dados, a qual contribuiu para a elaboração de estudo de campo correspondendo à última fase desta pesquisa.

4.4 Técnicas de coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram as entrevistas e análise documental.

No seu aspecto mais amplo a entrevista compreende a comunicação verbal, enquanto no sentido mais restrito ela é entendida como a coleta de informações sobre determinado tema científico, sendo a estratégia mais utilizada para o processo de trabalho de campo (MINAYO, 2010).

Neste trabalho optou-se pela entrevista aberta ou em profundidade, na qual as perguntas do investigador são direcionadas a levar o entrevistado a reflexões mais profundas.

Tecnicamente a importância da entrevista se dá por permitir o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre as pessoas, encerrando um modo de comunicação em que a informação é transmitida de uma pessoa A (emissor) para uma pessoa B (receptor). Esse processo pode ser unilateral, porém sendo mais comum a comunicação em ambos os sentidos (RICHARDSON, 2008).

A análise documental dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa tem como foco principal a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais acerca do tema investigado. Sem pretensão de abranger sua totalidade, porém considerando as dimensões e representações de determinado grupo e os pontos comuns e singularidades dos sujeitos que o compõem (MINAYO, 2010).

Dentro da pesquisa social, os documentos a serem pesquisados são bastante diversificados, oferecendo uma ampla área de pesquisa. A observação documental pode ser definida como aquela que tem como objeto as manifestações que registram estes fenômenos e as ideias elaboradas a partir deles, consistindo numa série de operações que propiciam o estudo e análise acerca das circunstâncias sociais a que se relacionam. “[...] o método mais conhecido de análise documental é o método histórico que consiste em estudar os documentos visando investigar os fatos sociais

e suas relações com o tempo sócio-cultural-cronológico” (RICHARDSON, 2008, p. 230).

4.5 Técnicas de Análise dos dados

A abordagem da análise, de acordo com Minayo (2007), constitui a terceira etapa de trabalho científico na pesquisa qualitativa. Nesta etapa são desenvolvidos os procedimentos para “[...] valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, e documental” (MINAYO, 2007, p. 27), buscando sua articulação com a fundamentação teórica na qual está baseado o projeto, neste caso específico, as variáveis contidas na Abordagem dos Papéis de Mintzberg.

Ainda de acordo com a autora, os procedimentos a serem utilizados são:

- a) **A ordenação dos dados** – ordenação dos dados levantados, de acordo com a problemática da pesquisa, objetivo geral, objetivos específicos e as proposições da pesquisa;
- b) **Classificação dos dados** – a classificação dos dados está relacionada aos papéis interpessoais, decisoriais e informacionais;
- c) **Análise propriamente dita** – codificação dos dados levantados a partir das falas e das observações feitas durante as entrevistas.

Na análise dos dados, busca-se desvendar “[...] a lógica peculiar interna do grupo” (MINAYO, 2007, p. 27), neste caso administradores hospitalares das unidades de saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste.

4.6 Descrição das Unidades de Saúde da Segurança Pública do Centro-Oeste

Buscando entender os papéis que já fazem parte de uma realidade, utilizou-se o método de estudo de campo, através da verificação do que ocorre nas Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste, correspondendo aos Estados do Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Por fim,

a pesquisa exploratória possibilitou compreender quais são os papéis hoje ocupados e quais deveriam fazer parte do trabalho de administrador das Unidades de Saúde da Segurança Pública.

4.7 Procedimentos para a realização das entrevistas

O contato inicial com os administradores hospitalares, sujeitos da pesquisa, foi feito através de ofícios enviados pelo Gabinete do Secretário de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, aos Secretários de Segurança Pública do Distrito Federal, Estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentando o pesquisador e o tema desenvolvido na pesquisa que seria aplicada, Ofício de Apresentação (Apêndice B), enviados por fax aos respectivos gabinetes dos Secretários, onde no período da aplicação do instrumento de pesquisa os entrevistados já estavam cientes e autorizados pelos Secretários de Segurança Pública dos respectivos Estados. No Estado de Mato Grosso o contato foi feito com o Diretor de Saúde por telefone e o mesmo fez o convite para que se deslocasse a Unidade de Saúde, para a aplicação do instrumento de pesquisa.

Hair (2006, p.169) fala que a entrevista pessoal “[...] envolve o contato direto com os respondentes... permite a possibilidade do contato visual e normalmente são mais longas”.

Foram entrevistados onze administradores do universo de catorze, pois três deles, sendo os DF_F; GO_J, MT_N, declinaram o convite por estarem em gozo de férias e licenças para tratamento de saúde, não estando outra pessoa para substituí-los no cargo que por hora ocupam.

As entrevistas foram gravadas após permissão dos entrevistados e, posteriormente foram transcritas. Importa registrar que não houve interesse, por parte do pesquisador, para a divulgação do texto transcrito, isto para fins de preservar a identidade dos entrevistados, sabendo-se que é constante a rotatividade dos administradores neste cargo, sendo assim a transcrição não comporá os apêndices da versão final do estudo.

O instrumento de pesquisa foi aplicado pessoalmente pelo pesquisador entre os dias 19 a 30 de outubro de 2011. O capítulo 5 apresenta os dados coletados via entrevistas.

4.8 Processo de categorização das variáveis

Para a análise das entrevistas, inicialmente procedeu-se a categorização das variáveis de pesquisa. Este processo mostrou-se necessário para organizar os relatos e os procedimentos da própria análise. Minayo (2007) comenta em relação a esta fase da pesquisa que:

Esse procedimento é uma tentativa de se caminhar na objetivação durante a análise. [...] em outras palavras cada categoria deve ser obtida a partir dos mesmos princípios utilizados para toda categorização. (MINAYO, 2007, p. 88).

Esse procedimento permite uma condução lógica do objeto analisado constituindo uma construção fundamental para o pesquisador, levando-o a descoberta dos códigos sociais relacionados as falas e aos símbolos do grupo em questão.

As categorias de análise foram definidas a partir dos três blocos de questões constantes do roteiro de entrevista (Quadro 5).

a) No bloco 1 foi definida a categoria Identificação Pessoal/Profissional com as seguintes subcategorias: Instituição, característica da unidade de saúde, idade do entrevistado, sexo, curso de graduação, vínculo empregatício, regime de trabalho; e tempo que exerce a função de administrador hospitalar, procedência anterior ao cargo de administrador hospitalar, capacitação na área de administração hospitalar, projeto do SENASP referente ao cargo de administrador hospitalar

b) No bloco 2 foi definida a categoria Relato e Desenvolvimento Profissional no qual se discorreu sobre as subcategorias: a experiência adquirida com a trajetória profissional como acesso ao cargo e desenvolvimento da função de administrador.

c) O bloco 3, as Habilidades para Administrar, foi abordado com conceito dos entrevistados sobre as subcategorias: Desenvolvimento das atividades cotidianas e

identificação das mais relevantes para a prática da função de administrador hospitalar; Importância e influência de outras experiências para a atividade de administrador; Soma de outras experiências profissionais com a função de administrador; Peculiaridades do desempenho frente a outros administradores; Valor da informação e a importância de orientar subordinados para o administrador; Distribuição e valorização do tempo para a execução do papel de administrador; Relacionamento social interno e externo; Principal atividade do administrador; Planejamento e proposição de projetos como atividades do administrador.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias de análise das entrevistas

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|---|--|
| Identificação pessoal/profissional | Instituição |
| | Estado |
| | Tipo de Unidade de Saúde |
| | Idade |
| | Graduação |
| | Outro vínculo profissional |
| | Tempo na função de administrador na unidade de saúde |
| | Regime de trabalho |
| | Tempo de exercício na função de Administrador da Unidade de Saúde da Secretaria de Segurança Pública |
| | Capacitação específica |
| | Participação nos processos decisórios institucionais |
| | Capacitação por parte da instituição |
| | Característica da administração nesta Unidade de Saúde. |
| Relato de desenvolvimento Profissional | A experiência adquirida com a trajetória profissional como acesso ao cargo e desenvolvimento da função de administrador |
| Habilidades para Administrar | Desenvolvimento das atividades cotidianas e identificação das mais relevantes para a prática da função de administrador hospitalar |
| | Importância e influência de outras experiências para a atividade de administrador |
| | Soma de outras experiências profissionais com a função de administrador |
| | Peculiaridades do desempenho frente a outros administradores |
| | Valor da informação e a importância de orientar subordinados para o administrador |
| | Distribuição e valorização do tempo para a execução do papel de administrador |
| | Relacionamento social interno e externo |
| | Principal atividade do administrador |
| | Planejamento e proposição de projetos como atividades do administrador |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Essas categorias e subcategorias serão discutidas na Apresentação e análises de dados, conforme expressa o Capítulo 5, a seguir.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os dados coletados pelas entrevistas pessoais e pela pesquisa documental. Para a apresentação das entrevistas foi utilizado o procedimento de categorização de variáveis.

Também se procede à análise do material originado a partir das entrevistas, tomando-se a base teórica de análise Abordagem dos Papéis de Henry Mintzberg (1986), com o objetivo de interpretar os depoimentos os quais expressam as situações vivenciadas a partir da realidade dos Administradores de Saúde das Unidades de Saúde da Segurança Pública. Pois, cientificamente é possível a interpretação dos conteúdos qualitativos contidos nas falas dos sujeitos podendo estar explícitos ou implícitos. Segundo pondera Minayo (2007, p. 80), “[...] na análise o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas”. Estes conteúdos expressam, por sua vez, o tema em questão que é objeto de investigação.

A propósito, convém retomar a nossa pergunta de pesquisa: “Qual o Papel a ser exercido pelo Administrador Hospitalar nas Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste?”.

Como já mencionado anteriormente, os dez papéis que compõem a abordagem teórica de Mintzberg (1986) serviram ao propósito de realização da análise. Portanto, as dimensões analíticas que foram utilizadas são: Dimensão Papéis Interpessoais; Dimensão Papéis Informacionais, Dimensão Papéis Decisionais, conforme exarado no Quadro 6.

Quadro 6 – Identificação dos papéis

| DIMENSÕES | PAPÉIS | ENTREVISTA |
|---------------|---------------------------|---|
| INTERPESSOAL | Imagem de Chefe | |
| | Líder | Treinados para exercer a liderança. |
| | Contato | Precisamos sair e nos mostrar mais. |
| INFORMACIONAL | Monitor | |
| | Disseminador | Nos reunimos e passamos as diretrizes. |
| | Porta-voz | Levar as ações que estão sendo resolvidas. |
| DECISIONAL | Empreendedor | Aumentamos nossa capacidade física para atender nosso policial. |
| | Manipulador de distúrbios | |
| | Alocador de recursos | Indo ao superior pedir verba. |
| | Negociador | Reclamava que não conhecia a polícia. |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Antes de, propriamente, apresentar os dados e, a título de dimensionar os trabalhos realizados na fase das entrevistas, apresentam-se as seguintes informações:

Quadro 7 – Sujeitos da entrevista, tempo de duração e quantidade de palavras

| Entrevista (Sujeitos) | Duração da entrevista (em minutos) | Número de palavras da entrevista |
|------------------------------|---|---|
| DF_A | 91 min | 5.565 |
| DF_B | 46 min | 3.461 |
| DF_C | 41 min | 3.201 |
| DF_D | 32 min | 2.905 |
| DF_E | 76 min | 4.109 |
| GO_G | 33 min | 2.306 |
| GO_H | 44 min | 2.442 |
| GO_I | 53 min | 3.836 |
| MS_K | 63 min | 4.004 |
| MS_L | 66 min | 4.238 |
| MT_M | 52 min | 3.709 |
| TOTAL | 597 min/ 9.57 h | 39.776 |
| Tempo de transcrição | 35 horas | |

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

Para determinar a estrutura da análise de dados adotou-se a divisão em categorias e subcategorias construídas, para elaborar o roteiro de entrevistas a partir dos objetivos propostos no estudo, a saber:

1. Identificação pessoal/profissional;
2. Relato e desenvolvimento Profissional;
3. Habilidades para Administrar.

1. Identificação pessoal/profissional

A Identificação pessoal e profissional dos entrevistados nos Quadros 7 e 8, ao serem trabalhadas, foram apresentadas acatando-se o processo de categorização de acordo com o Quadro 5.

Inicia-se as apresentações dos entrevistados, obedecendo-se a ordem de realização das entrevistas por estados visitados. Optou-se por apresentar a Identificação pessoal e profissional como primeira categoria, caracterizando os administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste.

Apresentação dos perfis pessoal e profissional dos entrevistados

Quadro 8 - Perfis pessoal e profissional dos entrevistados

| Item | Sujeito | Instituição | Característica da Instituição | Idade do Sujeito | Sexo | Graduação | Possui outro vínculo profissional | Regime de trabalho |
|------|---------|-------------|-------------------------------|------------------|-------|---------------|-----------------------------------|--------------------|
| 01 | DF_A | PM | Pública | 48 | Masc. | Administração | Não | Integral |
| 02 | DF_B | PM | Pública | 50 | Masc. | Odontologia | Não | Parcial |
| 03 | DF_C | CBM | Pública | 46 | Masc. | Odontologia | Sim | Parcial |
| 04 | DF_D | CBM | Pública | 48 | Masc. | Medicina | Sim | Parcial |
| 05 | DF_E | PJC | Pública | 54 | Masc. | Medicina | Sim | Integral |
| 06 | GO_G | PM | Fundação | 47 | Masc. | Direito | Não | Integral |
| 07 | *GO_H | PM | Fundação | 54 | Masc. | Direito | Não | Integral |
| 08 | GO_I | CBM | Pública | 44 | Masc. | Odontologia | Não | Parcial |
| 09 | MS_K | PM | Pública | 47 | Masc. | Direito | Não | Integral |
| 10 | MS_L | PM | Pública | 53 | Masc. | Medicina | Sim | Parcial |
| 11 | MT_M | PM | Pública | 51 | Masc. | Odontologia | Sim | Parcial |

Fonte: Elaborado pelo autor

*Aposentado

Ao quantificar as proporções percentuais, averiguou-se que, do universo de entrevistados, um subgrupo de 45% está situado no Distrito Federal; 27% no Estado de Goiás; 18% no Estado de Mato Grosso do Sul e 9% no Estado de Mato Grosso, demonstrando não haver uma equidade nos serviços de saúde ofertados pela Secretaria de Segurança Pública. Pois nem todos os Órgãos (PJC, CBM, PM), contam com serviços próprios de saúde, confirmando a questão cultural que permeia a polícia militar, que por ser uma força auxiliar do exercito, utiliza a oferta de serviços de saúde aos seus combatentes, sendo esta a razão de maior número de administradores de unidades de saúde pertencerem a esta Corporação sendo que, das onze pessoas entrevistadas, 64% pertencem a mesma, 27% da CBM e 9% da PJC.

A faixa etária dos onze entrevistados variou, obtendo as seguintes proporções: 36% declararam ter idade entre 44 a 47 anos; 36% entre 48 a 51 anos de idade e 27% entre 52 a 54 anos de idade, confirmando que o principal aspecto a definir a escolha do administrador hospitalar destas unidades se dá em função de se encontrarem nos últimos níveis de suas respectivas carreiras dentro do serviço da segurança pública. O que pode ser exemplificado mediante a seguinte narrativa de um entrevistado:

“Quando vai galgando promoções se vão assumindo as funções de gestões em si, então a partir do posto de Tenente Coronel eu já estava como administrador da clinica odontológica e agora no posto de Coronel ao cargo de Diretor de Saúde”.

Indo ao encontro das proposições de Mintzberg (1986), confirma-se a forte presença da hierarquia nestas instituições, corroborando com o ponto de vista clássico que identifica o executivo como indivíduo que está no ápice do sistema hierárquico regular. Isto está manifestado na fala de um entrevistado:

“Eu acho que a trajetória foi à hierarquia, foi subindo aí teve que fazer isso, fazer aquilo, chegou à parte de gestão, que foi de major, coronel.”

O serviço público tem suas peculiaridades e, no caso do serviço de saúde da segurança pública, há uma tendência ao militarismo em consequência da cultura deste tipo de organização.

Das instituições pesquisadas 82% contam com recursos públicos próprios, enquanto 18% contam com parte de recursos de Fundações.

Quanto à formação acadêmica, independente da formação de polícia, apenas 9% tem graduação em administração, enquanto 36% em Odontologia, 27% em Medicina, e 27% em Direito. Conforme atesta um dos depoentes:

“Eu iniciei na odontologia, sendo na parte de compras e licitações, onde acho que é a porta de entrada da maioria dos administradores de serviço público e por necessidade eu mesmo fui atrás das qualificações.”

Esta variedade de formações fica demonstrada que não há para a escolha do cargo de administrador de saúde, a preocupação com a competência técnica dos mesmos.

Quanto ao período no cargo de administrador destas Unidades de Saúde da Segurança Pública, 45% relataram estar a menos de 1 ano, enquanto 27% está há mais de 5 anos, 18% está de 1 a 2 anos e 9% está há mais de 2 anos e menos de cinco anos.

“[...] com a ausência do Diretor de Saúde da PM que se encontra atualmente indo para a aposentadoria e tendo dois militares mais antigos para assumir esta Diretoria, onde os mesmos não a queriam por não terem tempo, devido aos seus compromissos particulares, então sobrou para mim”.

Além da despreocupação quanto à escolha para o cargo, nota-se também através dos dados, que há uma considerável rotatividade pela aproximação da aposentadoria entre os que podem ser escolhidos para o cargo. Esta verificação corrobora com Sá e Azevedo (2002), quanto aos problemas de gestão em hospitais públicos, estes autores identificaram em sua pesquisa a rotatividade/transitoriedade de diretores e funcionários, a qual tem origem na instabilidade política, fator que torna vulnerável o trabalho do gestor hospitalar.

Quanto ao regime de trabalho, 55% afirmaram ser de tempo parcial e 45% em regime de tempo integral, como bem justificou um dos entrevistados:

“Parcial desempenhado por 4 horas semanais e sujeito a escalas que o Comandante Geral determina como reuniões e representação”.

Quanto a outros vínculos empregatícios, 55% dos entrevistados confirmaram não ter outro vínculo, enquanto os demais (45%) afirmaram possuir outra atividade laboral, com se pode notar neste depoimento:

“Só consultório mesmo.”

Observa-se a partir dos dados que não há uma totalidade quanto à preocupação de dedicação exclusiva por parte dos administradores destas Unidades de Saúde pesquisadas, demonstrando que o processo administrativo destas unidades não vem considerando a complexidade identificada nos relatos.

“Por ser uma administração da segurança pública já surge uma grande diferença até mesmo pela característica da administração, diferenciando pelas disciplinas, normas regulamentos, a observância às leis a ética e tudo isto são fatores preponderantes em todo este sistema.”

Diante disso, evidencia-se uma das características do serviço público brasileiro, o pouco comprometimento por parte do servidor público. Contribuindo para problemas que dificultam o gerenciamento e levam à precariedade e à falta de qualidade do serviço de saúde ofertado pelo Estado (SÁ; AZEVEDO, 2002).

A origem profissional de servidor da Segurança Pública destes Administradores das Unidades de Saúde anterior à função atual é constituída por 64% de profissionais da área de saúde e de 36% da área administrativa.

Maia (2003), em sua pesquisa sobre os Administradores Hospitalares de Hospitais Privados, Públicos Municipais, Estaduais e Universitários do Estado de São Paulo, apurou que a maioria dos executivos tem formação médica.

Quanto à capacitação específica para o desempenho da função de Administrador Hospitalar, 91% declararam não ter participado, enquanto 9% declararam ter participado.

A competência esperada visa à compreensão da necessidade do contínuo aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento da autoconfiança, que levarão o profissional a obter níveis crescentes de complexidade administrativa, em direção à gestão de unidades de maior abrangência, conjuntos de unidades e sistemas completos de atenção à saúde. (SERRA, 2005, p. 27-28).

O gestor hospitalar, por desenvolver uma atividade voltada especialmente para a administração de serviços de saúde, um universo bastante específico, deve ter uma formação adequada: graduação em administração hospitalar, ser registrado, ter o perfil especificado pelo Código de Ética do Administrador, conhecer as normas e a legislação em vigor no SUS.

Ainda de acordo com os entrevistados, 64% relataram não ter participação nas decisões de Conselho e/ou Colegiados nas suas respectivas Instituições e 36% relataram participar. De acordo com Sá e Azevedo (2002), foram identificados problemas comuns na atividade de administração hospitalar pública, relatados por dirigentes. Tais constatações limitam a capacidade do gestor como responsável por desenhar o futuro da organização, a missão da empresa e como formulador de novos valores ou ideais para a equipe que lidera.

Com relação às novas diretrizes de Qualidade de Vida do SENASP, 100% responderam que não perceberam ações voltadas para a função do Administrador Hospitalar, relacionadas a estas novas diretrizes.

As situações relatadas pelos entrevistados levam a constatação de que os administradores das Unidades de Saúde pesquisadas demonstram reconhecer que não há fomento de políticas voltadas para a capacitação em gestão de serviços de saúde, contrariando a atual necessidade de se formar administradores profissionais

com visão interdisciplinar que estejam a par dos referenciais teóricos e também do campo organizacional.

Quanto a descrição sobre o que é ser Administrador Hospitalar desta Unidade de Saúde da Segurança Pública, 64% disseram que é “*desafio*”, 9% “*entrega*”, 9% “*garra*”, 9% “*escola*” e 9% “*sacerdócio*”. É o que o Quadro 8 ilustra:

Quadro 9 - Perfil pessoal e profissional dos sujeitos entrevistados

| Sujeito | Tempo de atuação na função (em anos) | Procedência antes de assumir a Administração | Foi capacitado para Administrar a Unidade de Saúde | Tem participação nos Conselhos ou Colegiados dentro da Instituição | Pelo Senasp foi observada a preocupação com o papel a ser desempenhado pelo Administrador Hospitalar | Definição de administrador desta Unidade de Saúde com uma palavra |
|---------|--------------------------------------|--|--|--|--|---|
| DF_A | Menos de 1 | Oficial combatente | Sim | Não | Não | Desafio |
| DF_B | Mais de 5 | Oficial de saúde | Sim | Sim | Não | Desafio |
| DF_C | Menos de 1 | Oficial de saúde | Não | Sim | Não | Entrega |
| DF_D | Menos de 1 | Oficial de saúde | Não | Não | Não | Garra |
| DF_E | 2 anos | PC médico legista | Não | Não | Não | Desafio |
| GO_G | Mais de 5 | Oficial combatente | Não | Sim | Não | Escola |
| GO_H | Mais de 5 | Oficial combatente | Não | Não | Não | Sacerdócio |
| GO_I | 3 anos | Oficial de saúde | Não | Sim | Não | Desafio |
| MS_K | Menos de 1 | Oficial combatente | Não | Não | Não | Desafio |
| MS_L | Mais de 1 | Oficial de saúde | Não | Não | Não | Desafio |
| MT_M | Menos de 1 | Oficial de saúde | Não | Não | Não | Desafio |

Fonte: Elaboração própria.

Após apresentar o perfil pessoal e profissional dos entrevistados, buscou-se através da segunda categoria Relato e Desenvolvimento Profissional e das entrevistas efetuar a análise dos dados coletados, obedecendo a seguinte subcategoria:

2. Relato e Desenvolvimento Profissional

Sobre a trajetória anterior ao cargo de administrador hospitalar das Unidades de Saúde pesquisadas, os relatos indicam, em sua totalidade, que os administradores hospitalares são oriundos dos Serviços de Segurança Pública (PM, CBM,PJC) e o convite para o cargo é feito pelo superior do Órgão, estando a escolha basicamente relacionada ao posto que os entrevistados se encontravam ao serem convidados, conforme explicitam os relatos:

“Oficial mais antigo do quadro”.

“O cargo é preenchido a convite do Diretor Geral”.

Os critérios utilizados para a escolha dos Administradores de Saúde se dão em decorrência do tipo de organização pesquisada a qual tem caracteristicamente a hierarquia e disciplina, como critérios para ocuparem o cargo.

A adequação dos recursos humanos tem-se constituído, desta forma, em tarefa prioritária no atual contexto de mudança, implicando no estabelecimento de uma política voltada para a captação de novos servidores, o desenvolvimento de pessoal, a implantação de um sistema remuneratório adequado que estimule o desempenho através de incentivos, e a instituição e reorganização de carreiras e cargos de forma a compatibilizá-los com a necessária reconstrução do aparelho do Estado. (BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, c. 11, 1997, p. 9).

Ainda que atualmente a maioria dos órgãos públicos brasileiros preencham seus cargos recorrendo a concursos, não é incomum instituições a exemplos das forças armadas e do próprio serviço de segurança pública, se pautarem por critérios de tempo de carreira e hierarquia, para a composição de seus cargos, sem considerar aspectos de conhecimento e amparo de seus candidatos contrariando as prerrogativas da Reforma Administrativa do Estado brasileiro.

Porém esta situação vem se modificando, conforme se observa no relato:

A mudança hoje é notória, a segurança pública não é mais aquela de vinte anos atrás, não que sejamos cobrados, mas precisamos passar por uma prova de avaliação que não é comum no meio policial, mas que hoje a

gente é submetida para manter a nossa função de comando dentro da instituição.

A experiência de ser “policial”, para exercer a função de Administrador é relatada ao longo das entrevistas, os aspectos ligados ao uso dos princípios da vida de polícia, são amplamente verbalizados, na maioria das vezes constituindo elementos positivos, facilitadores do desempenho das atividades administrativas, segundo justificado no depoimento susquente:

“A polícia é uma grande escola, por ser muito dinâmica proporcionando uma grande visão administrativa, é o que me credencia estar ocupando o cargo que ocupo hoje.”

As informações obtidas pela vivência de policial são usadas para construir um modelo que responda ao ambiente que o cerca, sendo que, “[...] a eficiência do executivo é consideravelmente influenciada por sua compreensão do próprio trabalho” (MINTZBERG, 1986, p. 32). Assim, estar bem informado é uma das ações para se conseguir a eficiência administrativa.

A prática de comandar, aliada ao conhecimento da vivência policial e o uso da disciplina e hierarquia é relacionada pelos entrevistados à liderança, sendo que o papel de líder é o mais destacado pelos Administradores de Saúde destas Unidades, conforme relatado por um dos entrevistados.

“[...] somos treinados para exercer a liderança e o que nos facilita é que somos capacitados com a hierarquia e disciplina, sendo os dois pilares que temos que desempenhar aqui dentro.”

O papel de líder nestas instituições se apresenta com características do uso intensificado da autoridade formal, investindo o administrador de grande poder. “A liderança determina em grande parte o uso que ele fará dela” (MINTZBERG, 1986, p. 21), além desta liderança direta, também é amplamente usada a liderança indireta, que se expressa como fatores de motivação, como bem argumentou um dos entrevistados:

“Terei que ajudá-lo a resolver esta situação para que ele encontre o equilíbrio referente a esta doença”.

Os motivos para recorrer ao uso destes elementos próprio do mundo policial, são externados pelos participantes da pesquisa como necessário, em vista das relações que se estabelecem e também devido ao próprio ambiente destas organizações.

“[...] muitas vezes os nossos administradores, com curso superior, não têm este conhecimento e experiência.”

A questão da prática é abordada por Mintzberg, ao teorizar que “aprendemos uma profissão por meio da prática e também da orientação numa situação real ou simulada” (1986, p. 36), concorrendo para o desenvolvimento das habilidades administrativas.

O desconhecimento da vivência policial foi apontada como uma barreira para a permanência no cargo, conforme relato de um dos entrevistados:

“Tivemos há pouco tempo uma colega médica no cargo de diretor desta Unidade de Saúde. Ela teve dificuldades por não conhecer alguns meandros ou situações, o servidor reclamava que ela não conhecia a polícia.”

O desconhecimento das questões internas do ambiente da Unidade de Saúde foi identificado nesta situação acima como impedimento ao uso do papel de negociador, o qual é necessário para as ações decisivas que competem ao administrador.

De acordo com os relatos, este conhecimento propicia ao oficial administrador tomar decisões e fazer escolhas sobre compras de serviço, materiais e contratações de profissionais. Como bem pontua o seguinte relato:

“Se você viveu estas experiências, tudo se tornar mais fácil para gerenciar e identificar problemas”

“Você entende as necessidades e o que mais lhe aflige o seu dia-a-dia, isto facilita a execução do planejamento”.

O ambiente complexo das organizações de saúde e as especificidades dos usuários conduzem, de modo significativo, as atividades destes administradores.

Como indicado por Mintzberg (1986), as atividades do executivo são caracteristicamente breves, variadas e descontínuas voltadas para ações, de certo modo o treinamento e orientações, proporcionadas pela carreira policial e atividades operacionais, pelas quais passaram os administradores, parecem ter desenvolvido o processo de tomada de decisões; estes profissionais são treinados mais para ações do que para reflexão.

Neste sentido a vivência policial e o fato de se encontrar em níveis superiores da organização, concorrem mais que dificultam um bom desempenho administrativo, conforme os depoentes asseguram nos relatos.

“Tenho trazido a experiência da atividade operacional para a área da saúde.”

“Os conhecimentos serão empregados em todas as atividades e na Unidade de Saúde não é diferente.”

A ausência de conhecimento das teorias administrativas é talvez atenuada por esta “prática” proporcionada pela vivência policial, já que o próprio Mintzberg (1986) coloca que “[...] até hoje não se especificou o que os executivos devam aprender para se tornarem profissionais”.

Após apresentar o Relato e Desenvolvimento Profissional dos entrevistados, buscaram-se através da terceira categoria as Habilidades para Administrar.

3. Habilidades para Administrar

A partir das falas dos entrevistados pode-se observar que os papéis interpessoais são utilizados pelos administradores no desenvolvimento de suas atividades diárias. Porém é possível destacar através dos relatos que na administração destas unidades há algumas particularidades relacionadas ao modo como estes papéis são desenvolvidos. Neste caso em questão, é bastante significativo o modo como aparece o papel de líder.

“Se tenho disciplina junto a minha tropa e se existe um grau hierárquico aqui dentro, evidentemente isto facilitará para trabalharmos de forma tranquila aqui na corporação.”

O papel de líder nas instituições pesquisadas se concretiza sob a forma da liderança direta, estando os administradores responsáveis pelo trabalho de seus subordinados. A maioria das instituições segue este modelo, como aponta Mintzberg (1986), se este líder já exerce rotineiramente uma autoridade formal nas organizações, nas instituições de polícia é mais acentuada se revelando uma administração burocrática, na qual os administradores fazem uso de sua posição hierárquica superior.

O fato de liderar dentro de uma instituição marcada pela disciplina e hierarquia leva ao uso destes princípios, nas suas demais ações, diferenciando-os de modo significativo de outros administradores.

Porém há entre os entrevistados aqueles que entendem estas características como negativas para o exercício de suas atividades, por oferecer restrições para uma administração dinâmica que atenda as necessidades atuais referentes aos processos administrativos, conforme se pode observar nos relatos:

“O coronel que administra um comando não pode estar restrito a aquela visão militar, hoje eu tenho soldado que tem dois cursos superiores, então temos que ter uma visão holística do processo vindo a trabalhar com gestão por competência.”

“Tem que saber lidar com situações que não tínhamos no passado, acho que o bom administrador é aquele que sabe moldar a cada questão que surge.”

Percebe-se que os entrevistados, de forma quase que unânime, vêem o desenvolvimentos de suas atividades como um prolongamento de sua carreira de servidores da segurança pública, reforçando a ideia de que a organização possui um ambiente próprio que tanto projeta influências quanto as recebem de forma cotidiana.

“É uma experiência contínua, vem desde a época que iniciei na carreira da Segurança Pública, trabalhando em funções que hoje culminaram com a de administrador desta Unidade de Saúde.”

Isso, todavia não expressa totalmente à realidade destes administradores, o papel de líder produz, quiçá por estar relacionado a diferentes formas de exercê-lo, muitas variações que vão ao encontro das propostas que Mintzberg (1986) desenvolveu teoricamente.

Um bom exemplo disso são as falas que evidenciam a motivação como um aspecto importante da função de liderança:

“Tem que punir, eles não querem fazer nada, aí sim, fui entender que não é que o sujeito é preguiçoso, mas, sim que ele é limitado, então montamos uma equipe e financiamos cursos de capacitação independente de sua posição hierárquica, pois o que quero são pessoas com competência técnica para colaborar com a Unidade de Saúde.”

A motivação é comumente relatada pelos administradores, estes buscam o desenvolvimento e capacitação dos subordinados, pois sabem que, muitas vezes, exerciam atividades operacionais sendo inexperientes no serviço administrativo. Comprovando a teoria sobre os papéis interpessoais, pois “[...] todo o executivo deve encorajar os funcionários, procurando conciliar suas necessidades individuais com os objetivos da empresa” (MINTZBERG, 1986, p. 20 e 21).

Outro papel Interpessoal que se concretiza nas falas é o papel de contato. Os entrevistados julgam ser importantes os contatos internos e externos, pois eles propiciam coletar informações e oportunizam conseguir recursos para a sua unidade. É o que expressam os seguintes relatos:

“No momento de descontração você como gestor, capta muita coisa que ele não diria nos trâmites normais da formalidade.”

“Somos prejudicados por ficar muito tempo no consultório, como dizem que “quem não é visto não é lembrado” precisamos sair e nos mostrar mais em busca de emendas parlamentares e principalmente com entidades que estão envolvidos no processo de saúde.”

Conforme indica o teor das entrevistas, há um grande fluxo de informações permeando o cotidiano administrativo dos entrevistados, “[...] devido a seus contatos interpessoais com os subordinados e com a rede de contatos, o executivo é o centro nervoso de sua unidade organizacional” (MINTZBERG, 1986, p 22), o que leva a percepção da importância desta troca de informações para o desenvolvimento das funções por eles desempenhadas.

De acordo com tais relatos as informações chegam através de inúmeras pessoas, sendo, em sua maioria, fruto do próprio ambiente de trabalho através de sistemas formais e informais de informações e também sob a forma de contatos diretos entre as equipes de trabalhos.

Observamos que também na fala deste entrevistado, há a presença do papel de disseminador, pois ele distribui as informações pelos vários setores da Unidade de Saúde:

“Nós nos reunimos e passamos as diretrizes, as orientações e damos a eles o tom de como queremos administrar e seus resultados e também a forma de gerir todas as áreas, transmitindo a nossa forma de administrar.”

Esta fala demonstra que “[...] o executivo é desafiado a encontrar métodos sistemáticos que lhe permitem compartilhar suas informações privilegiadas” (MINTZBERG, 1986, p. 33), fazendo uma ponte e permitindo que as várias equipes se comuniquem.

Nos relatos pode-se observar a preocupação dos entrevistados de indicar o uso de informações adquiridas através de sites, relatórios, emails, ou seja, é dada a grande importância aos sistemas formais de informações. Deixando transparecer que este modo de processar as informações ainda é largamente utilizado nestas organizações, caracterizando uma administração burocrática, contradizendo, de certo modo, o que Mintzberg (1986) teoriza acerca dos executivos quanto ao uso de um processo verbal e informal de conseguir informações:

“Através de emails, de reuniões, agendas, aqui nós temos relatórios mensais que medem o desempenho de cada setor.”

“Eu pego este processo onde muitas vezes não leio, mas sim chamo o responsável técnico e peço que ele me defenda o processo, demonstrando os pontos positivos e negativos.”

Indicando que os entrevistados, administradores destas Unidades de Saúde buscam “[...] uma solução adotada com frequência consiste em escolher o homem ao invés da proposta. Isto é, o executivo aprova os projetos que lhe são apresentados por pessoas em que confiam” (MINTZBERG, 1986, p 30).

Tal indicação caracteriza que apesar das mudanças que vêm ocorrendo na administração pública, os processos formais e burocráticos envolvem o cotidiano desses administradores.

“No uso da formalidade, obtemos informações que chegam até a criminal se for o caso. E na informal eu tomo café com eles, vou a churrasco promovido por eles ou por mim.”

Estes relatos identificam, conforme aponta Mintzberg (apud SÁ; AZEVEDO, 2002), que os gestores de hospitais públicos, têm sua atuação mais centrada para o primeiro nível da administração, com ações voltadas diretamente para a gestão de pessoas e a gestão de informações.

Outra referência a esta questão são os relatos que identificam o uso do papel de porta-voz, apresentado na fala de um dos entrevistados:

“[...] busco levar as ações que estão sendo desenvolvidas não só para o público da casa, mas também para os de fora através de congresso, como exemplo, este que estamos realizando, onde temos aqui contatos com pessoas como secretário de segurança pública, presidentes de conselhos, fundações e empresas privadas, que podem vir a ser parceiros.”

É observado que:

[...] enquanto porta-vozes, os executivos precisam informar e satisfazer as pessoas influentes que controlam sua unidade organizacional. Para o chefe de seção, isso pode envolver apenas a ação de manter o executivo da fábrica informado a respeito do fluxo de trabalho na seção. O presidente de uma grande empresa, entretanto, pode gastar grande parte de seu tempo lidando com diferentes grupos de interesse. (MINTZBERG, 1986, p. 24).

Nos relatos aparecem os vários papéis informacionais, pois deles dependem, de acordo com Mintzberg (1986), o bom funcionamento da equipe que administra.

Sendo estes que dão a base para as tomadas de decisões, especialmente em Instituições de Saúde da Segurança Pública.

Os processos decisórios são indicados pelos administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública, como tendo particularidades, por desenvolverem uma prestação de serviço público com características específicas por atender um público *não que seja melhor (grifo nosso)*, mas sim diferenciado por suas atribuições de polícia.

“Diferenciando pelas disciplinas, normas e regulamentos, a observância das leis, ética e tudo isto são fatores preponderantes em todo o sistema.”

“Aqui quando o policial chega para tratar ele deixa a sua arma em um armário e passa pelo detector de metal, para que possa adentrar nas dependências da unidade de saúde.”

Os relatos a seguir deixam transparecer a dificuldade de se tomar decisões, pois estas serão alvo de julgamento de superiores hierárquicos e também dos que utilizam o serviço de saúde, ou seja, a polícia:

“O mais difícil é o gerenciamento de conflitos devido às vaidades pessoais, sendo ressaltadas agora por estar próximo das promoções, e isto é difícil, pois os que são teus amigos querem estar juntos tirando proveitos e querem que você ferre os que não são e é difícil trabalhar nesta seara sem prejudicar uns e outros.”

O relato supramencionado evidência que, diariamente, o administrador precisa resolver problemas, que trazem situações constrangedoras, nas quais se vê obrigado a agir já que o executivo é descrito “[...] como aquele que responde, involuntariamente, às pressões. Neste caso, a mudança ocorre sem o seu controle.” (MINTZBERG, 1986, p. 28).

Outro aspecto observado é que as decisões ocorrem de modo fragmentado, como salientado por um dos entrevistados, pois, de acordo com o depoente, é bastante complexo decidir sobre as prioridades da área médica sem o preparo técnico, em que muitas vezes a opinião de sua equipe de apoio não aponta com clareza o caminho a seguir:

“Eu ouço opiniões que são, na maioria, divergentes, mesmo com pouca técnica, vejo a mais coerente e decido, então percebo que por trás, a classe médica reclama por minha decisão pelo fato de não ser médico.”

Apesar do poder decisório ser do administrador, ele necessita utilizar grande parte do seu tempo para negociar. “[...] as negociações são parte do trabalho do executivo. Talvez seja até funções de rotina e não podem ser deixadas de lado” (MINTZBERG, 1986, p. 30 e 31).

De acordo com Sá e Azevedo (2002, p. 112), “[...] a necessidade de controlar o trabalho de outros e de responder em última instância pelos resultados e consequências” compõem um dos principais elementos do trabalho de gestão, desencadeador de frequente ansiedade entre os gestores, os quais se queixam da falta de apoio e reconhecimento e da desvalorização do seu trabalho.

Para responder as expectativas que a função exige do administrador destas Unidades de Saúde, “[...] a ele cabe responsabilidade de decidir sobre quem obterá o que na sua unidade organizacional [...] autoriza importante decisões de sua unidade [...] determina como o trabalho deve ser dividido e coordenado” (MINTZBERG, 1986, p. 29), estes procuram alocar recursos como observado na fala a seguir:

“Indo ao superior pedir verba, correndo para consertar ambulâncias, atrás de diárias para viagens; é claro que delego atividades para outras pessoas também fazerem, só que as mais complexas faço pessoalmente.”

Sobre o papel de empreendedor, contido na fala em questão, Mintzberg (1986) propõe que neste papel é buscada a realização de melhorias, que objetivam adaptar sua unidade às mudanças ocorridas no ambiente, e isto ocorre de forma voluntária.

O administrador é levado a tomar decisões o tempo todo, ainda que o apoio técnico seja necessário e esteja presente, a ação decisória sempre caberá ao administrador, ele responde pela instituição, promovendo o aperfeiçoamento dos serviços prestados, conforme alude um dos pesquisados:

“Quem está no serviço público, quer sempre crescer. Nós começamos com poucos profissionais e fomos aumentando o quadro de recursos humanos

na medida em que aumentamos nossa capacidade física para melhor atender nosso policial.”

Com relação ao ambiente interno da organização hospitalar, os administradores ressaltam o sentimento de isolamento que acompanha o cargo, “dificuldade de montar equipes, de estabelecer relações de confiança, de se comunicar, delegar, de fazer o outro mudar e de aceitar suas diferenças” (SÁ; AZEVEDO, 2002, p. 113).

Através das análises executadas, observou-se a correspondência entre conceitos teóricos e os dados obtidos através das falas dos Administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste, sendo observada a pertinência das dimensões teóricas, como fundamentos que proporcionaram suporte para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer o Papel do Administrador Hospitalar tendo como base os teóricos que tratam da Administração das Organizações e especificamente do trabalho do Administrador Hospitalar.

A partir da revisão dos conceitos que remetem ao tema e, dos dados coletados, a pesquisa objetivou responder a questão: Qual o papel a ser exercido pelo Administrador Hospitalar nas Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste?

Em suma, concluir uma investigação científica não quer dizer por um ponto final, até porque, na medida em que se tenta terminar um estudo, não é improvável que se depare com questões que poderiam ter sido aprofundadas mais incisivamente. O que ocasiona certo sentimento de insegurança, contudo, de outro norte, expressa o dinamismo da pesquisa de campo e o amadurecimento intelectual do pesquisador. De outra parte, sabe-se que tais reflexões poderão ser revisitadas em outra etapa de estudo. Agora, é indispensável que se coloque ponto-final não no estudo, mas nessa fase da pesquisa.

Ante a tais ponderações, necessário se faz carrear a tessitura de algumas considerações:

- a) Os administradores das Unidades de Saúde da região Centro-Oeste, a partir dos dados coletados, são servidores do serviço de segurança pública, com formação acadêmica em: odontologia, medicina, direito e administração. Encontram-se nos níveis mais altos da hierarquia de suas unidades de polícia. Foram escolhidos ou convidados para o cargo, por seus superiores diretos, sem ter formação específica na área de administração hospitalar. O que apontou que tal escolha está vinculada à hierarquia presente na cultura destas instituições. Alguns administradores possuem vínculos empregatícios além do cargo que exercem, especialmente os profissionais da área de saúde.
- b) Através dos dados coletados apurou-se que o desenvolvimento profissional dos entrevistados tem origem no próprio serviço de segurança pública (PM, CBM, PJC), aliado ao tempo de serviço e ao nível hierárquico, o que os levou a assumir funções administrativas de

polícia, até serem convidados ao cargo de administradores hospitalares destas Unidades de Saúde da Segurança Pública.

Para os entrevistados, a experiência da vivência policial, permite exercer o cargo, pois assegura uma ampla bagagem, que o leva a entender o ambiente da organização. Ele é um policial que administra o serviço de saúde voltado para servidores de segurança pública.

- c) O desenvolvimento das atividades de administradores destas Unidades de Saúde evidencia que o administrador, exerce fortemente o papel de líder nestas instituições, através de várias ações e, aliando à função, o uso dos princípios da disciplina e hierarquia, que estes reconhecem como necessários, sendo este o aspecto diferenciado desta liderança. Ele é um líder que usa a autoridade formal, e também é um líder que motiva seus subordinados por entender as dificuldades que o serviço administrativo impõe aos policiais da área operacional, sendo considerado importante preparar os profissionais para o serviço de saúde. O que leva a concluir que existe o uso dos papéis interpessoais em suas atividades. Pois, além da liderança, foi verbalizado o papel de chefe, de modo menos acentuado, e também o papel de contato, o qual é exercido principalmente, através de relacionamento com diversos grupos e autoridades da área de saúde de seus respectivos Estados.
- d) Quanto aos papéis informacionais, os mais destacados, a partir da leitura dos dados apurados, são o papel de monitor e principalmente o de disseminador. Pois, por exercer forte liderança aliada ao uso da disciplina e, por se tratar de um serviço público, baseado na hierarquia sob a qual as disposições legais e regras o administrador precisa responder, ele também usa estes mesmo mecanismos com seus subordinados. Porquanto, é um disseminador que “*comunica*”, ao mesmo tempo em que dá “*ordens*”, visto que se trata de uma relação hierárquica, na qual existe a perspectiva de “*disciplinar*” quando necessário. Naquilo que tange ao papel de porta-voz, apurou-se que este é o menos exercido pelos administradores, sendo que alguns alegaram não ser importante, e outros indicaram falta de tempo para

esta função. Aqueles que relataram exercer este papel, disseram fazê-lo com grupos de sua área de trabalho, considerando-o importante.

- e) Os Administradores de Serviço das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste, desempenham, de acordo com os dados, todos os papéis decisoriais, realizando-os de modo bastante significativo em vista de serem administradores de uma instituição pública, onde, segundo os relatos, há dificuldades de empreender melhorias e alocar recursos. O desconhecimento das atividades que envolvem o assunto específico de saúde, aliado a necessidade exigida pelos trâmites da administração burocrática desenvolvida por estes administradores, os obriga a negociar suas decisões com o corpo técnico de modo mais intenso. Sendo este um fator apontado como dificultoso, pois envolvem decisões com grande soma de recursos.
- f) Outro papel que traz dificuldades é o de solucionador de distúrbios, os administradores relatam a questão das “*interferências*” de superiores nas questões como promoções, folgas, amizades, como também o fato de lidarem com funcionários contratados e servidores da segurança pública, que necessitam ter tratamentos diferenciados.

Essas considerações resultantes da pesquisa documental em conjunto com os dados coletados nas Unidades de Saúde das Secretarias de Segurança Pública da região Centro-Oeste, permitiram alcançar o objetivo da pesquisa.

Quanto às contribuições e sugestões para estudos futuros, tem-se alguns aspectos a serem pontuados.

Em linhas gerais, os estudos sobre Administração estão voltados para a questão da construção de modelos teóricos para administrar, inexistindo a preocupação em expor a prática cotidiana dos administradores.

Este estudo procurou contribuir, apontando como ocorre a prática dos administradores hospitalares das Unidades de Saúde da Segurança Pública da região Centro-Oeste, ampliando o foco de estudo. Todavia, o assunto em pauta não está esgotado havendo muito para se refletir, indagar e debater.

Os resultados apurados proporcionaram a ocorrência de novas questões não investigadas nesta pesquisa, as quais contribuiriam para complementação do tema abordado a exemplo da inexistência de uma estrutura de saúde para a Secretaria de

Segurança Pública, a qual impede que os serviços de saúde sejam ofertados de forma efetiva.

Como sugestões para futuros estudos propõem-se a criação de uma estrutura de saúde para os servidores da Secretaria de Segurança Pública, que venha a atender as expectativas deste público específico.

Sobre as limitações da pesquisa, pondera-se que algumas são reconhecidas e serão aqui comentadas, entretanto, reconhecidas como elementos impulsionadores para estimular a continuidade, mediante a compreensão de que a atividade de pesquisar é uma ação contínua que se desenvolve num contexto histórico-social.

Nessa perspectiva, ainda que não tenha trazido qualquer tipo de prejuízo ao estudo, listam-se, na subseqüência, as seguintes limitações:

- A identificação de que o atendimento de saúde não contempla as diretrizes da qualidade de vida do SENASP;

- A identificação de que a estrutura existente não condiz com o que é previsto legalmente;

- A percepção de que a proposta inicial de trabalhar o Estado de Mato Grosso, não iria responder às expectativas do estudo havendo, desse modo, a necessidade de ampliar o universo de pesquisa para outras Unidades da região Centro-Oeste, com o objetivo de complementar as informações apuradas;

- Limitação metodológica: as restrições existentes no método estudo exploratório, realizado junto aos administradores das Unidades de Saúde da Segurança Pública, não possibilita generalizar os resultados obtidos. Pois, eles só dão conta de alguns aspectos da prática daqueles administradores indicando tendências que explicam as especificidades de sua prática administrativa.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é decidir: a visão de Simon. In: ESCRIVÃO FILHO; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p. 83-97.

AMATUCCI, M. O que faz do administrador um administrador? **Revista do ESPM**, São Paulo, p. 51-60, jan./fev. 2002.

BARNARD, C. **As funções do executivo**. São Paulo: Atlas, 1971.

BIGATON, A. L. W; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é dirigir, dar visão e fixar o curso dos negócios: a visão de Peter Drucker. In: ESCRIVÃO FILHO; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p.55-66.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao_compilado.htm>. Acesso em: 19 jan. de 2008.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Nova política de recursos humanos**. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 1997. 52 p. (Cadernos MARE da reforma do Estado; c. 11).

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Relatório Técnico: Mapeamento dos Programas de Atenção à Saúde das Instituições Estaduais de Segurança Pública**. Brasília. Janeiro, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2006.

CARVALHO, A. V. de. **Aprendizagem organizacional em tempos de mudança**. São Paulo: Pioneira, 1998.

CERRI, M. L.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é planejar: a visão de Fayol. In: ESCRIVÃO FILHO.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p.21-39.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 349 p.

CUTRIM, D. S. **O perfil do administrador hospitalar na rede Pública Municipal de Saúde de São Luís**. 2005. 87 f. Monografia (Bacharel em Administração, com habilitação em Hospitalar) – Faculdade Atenas Maranhense – FAMA, São Luís, 2005.

DIACOV, R.; SILVA, N. T. da; MAIA, A. C. Qualidade no serviço hospitalar: uma abordagem sistêmica. **Cadernos**: Centro Universitário São Camilo. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 88-105, jul./set. 2004.

ESCRIVÃO FILHO, Edmundo e SORDAN, J. R. **Administrar é...**: Diagnosticar o comportamento da organização e construir a sua arquitetura. São Carlos, (SP): RiMa, 2008.

ESCRIVÃO FILHO, Edmundo e PERUSSI FILHO, Sergio (org.). **Administrar é...**: A evolução do trabalho do administrador. São Carlos, (SP): RiMa, 2008.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**: previsão, organização, comando, coordenação, controle. Tradução de Irene de Bojano e Mário de Souza. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

FLEURY, S. A análise de Sônia Fleury das Comemorações dos 20 anos da Implantação do SUS. **Boletim Integralidade em Saúde**. Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=1077&sid=20>> . Acesso em : 27 abr. 2011.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Administração hospitalar**. Goiânia: AB, p. 27. 2002.

GENEVA. Organização Mundial de Saúde. **Constituição**, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002, 175 p.

HAIR Jr., J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005, 471 p.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia social das organizações**. São Paulo: Atlas, 1970.

KATZ, R. L. **As habilitações de um administrador eficiente**. In: Coleção Harvard de Administração. São Paulo: Nova Cultural, 1986, v. 1.

KOONTZ, H.; O'DONNELL, C. **Princípios da administração**: uma análise das funções administrativas. 6. ed. São Paulo: Pioneira, 1959.

KOTTER, J. P. **What effective general managers really do**. Harvard Business Review, v. 60, n. 6, p. 161-163, nov./dez. 1982.

LIMA, K. K.; PERUSSI FILHO, S. Administrar é aprender continuamente: a visão de Peter Senge. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p. 165-176.

MACHADO, L. A. **Um estudo exploratório**: refletindo sobre a necessidade de implantação do Hospital Militar no Estado de Mato Grosso. 2006. 74 f. Monografia (Bacharel em Administração, com habilitação em Hospitalar) – Faculdade de Cuiabá – FAUC, Cuiabá, 2006.

MAIA, A. C. **Administradores de Hospitais do Município de São Paulo**: Formação, competências e conhecimentos. 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Municipal de São Caetano do Sul. Programa de Mestrado em Administração. São Caetano do Sul. 2003.

MALAGON-LODOÑON, G.; MOREIRA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Tradução de Antônio Francisco Dieb Paulo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Tradução de: Administración Hospitalaria.

MEDAUAR, O. **O direito administrativo em evolução**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, p. 109. 2001.

MEZZOMO, M. C. O direito à saúde em juízo. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 944, 2 fev. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7894>>. Acesso em: 19 jan. 2009.

MIGLIATO, A. L. T.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é comunicar: a visão de Chester Barnard. In: ESCRIVÃO FILHO.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p. 69-80.

MINAYO, M. C. S. **Ciências, técnicas e arte**: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, Vozes, 2010.

_____. **Estudo comparativo sobre riscos profissionais, segurança e saúde ocupacional dos Policiais Civis e Militares do Rio de Janeiro.** Relatório Final Concursos Nacionais de Pesquisas Aplicadas em Justiça Criminal e Segurança Pública. Senasp/Ministério da Justiça, abril de 2006.

MINTZBERG, H. **Trabalho do executivo: o folclore e o fato.** São Paulo: Nova Cultural. Coleção Harvard de Administração, n. 3, p. 5-37, 1986.

MORAES, G. D. A.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é coordenar: a visão de Koontz e O' Donnell. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é... a evolução do trabalho do administrador.** São Carlos: Rima, 2008, p. 00-00.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente.** 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

OLIVEIRA NETO, O. de. **Os meios executivos e a real efetividade das ações afirmativas.** In: ARAKEN, A. et al. (Org.). Direito Civil e Processo: estudos em homenagem ao Professor Arruda Alvim. São Paulo: Revista dos Tribunais, p. 735-741. 2008.

PEREIRA, L. L.; GALVÃO, C. R.; CHANES, M. **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional.** São Paulo: Loyola, 2005.

PERUSSI FILHO, S. E. Administrar é construir competências para moldar e explorar o futuro: a Prahalad. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é... a evolução do trabalho do administrador.** São Carlos: Rima, 2008, p. 179-189.

RAMOS, A. G. **Administração e contexto brasileiro: um esboço de uma teoria geral da administração.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1983.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROMEIRO, V. M. B.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é estabelecer agenda e criar redes de contatos: a visão de Kotter. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é... a evolução do trabalho do administrador.** São Carlos: Editora Rima, 2008, p. 115-130.

ROSSETTI, J. P.; ANDRADE, A. **Governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. **Trabalho gerencial e processos intersubjetivos**: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 3, p. 507-527, maio/jun. 2002.

SANTOS, L. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, Luiz O. M. de; **SUS, o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SENTANIN, O. F. E. Administrar é desempenhar papéis: a visão de Mintzberg. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008.

SERRA, D. C. **O Perfil do Administrador Hospitalar na rede Pública Municipal de Saúde de São Luiz-MA**. 2005. Monografia (Curso de Administração) - Faculdade Atenas Maranhense – FAMA. São Luiz, 2005.

SERVA, M. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 18-30, abr./jun. 1997.

SILVA, J. A. da; SILVA, M. V. da. O administrador hospitalar nas organizações públicas de saúde frente às novas concepções de administração. **Saber científico**. Porto Velho, v. 1, n. 2, p. 323-341, jul./dez., 2008.

SILVA, P. **Vocabulário Jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. Rio de Janeiro: USAID, 1965.

SORDAN, J. E.; ESCRIVÃO FILHO, E. Administrar é diagnosticar o comportamento da organização e construir a sua arquitetura: a visão de Nadler e Tushman. In: ESCRIVÃO FILHO, E.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008, p. 147-162.

SPERS, V. R. E. **Organização e economia de comunhão**: relações sociais e subjetivas permeadas pela religiosidade? 2004. 179 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

TAPPAN, F. M. **Administração hospitalar**. Tradução de Ida Rosenthal e Caio Rosenthal. São Paulo: EDART, Editora da Universidade de São Paulo, 1976.

TERENCE, A. C. F. E. Administrar é atender a demandas sob restrições e escolher agenda: a visão de Stewart. In: ESCRIVÃO FILHO.; PERUSSI FILHO, S. **Administrar é...** a evolução do trabalho do administrador. São Carlos: Rima, 2008.

VECINA NETO, G; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2011.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS ADMINISTRADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DA REGIÃO CENTRO-OESTE, DISTRIBUÍDO POR BLOCOS.

BLOCO 1 – Identificação pessoal/profissional

- 1 – Instituição.
- 2 – Estado.
- 2 – A Unidade de Saúde é pública ou privada?
- 3 – Idade.
- 4 – Curso de graduação:
- 5 – Outro vínculo profissional:
- 6 – Tempo na função de administrador na unidade de saúde:
- 7 – Regime de trabalho:
- 8 – A quanto tempo exerce a função de Administrador da Unidade de Saúde da Secretaria de Segurança Pública
- 9 – Origem profissional dentro da Instituição da Segurança Pública?
- 10 – Recebeu cursos de capacitação para administrar a Unidade de Saúde?
- 11 – Tem participação em Colegiado e/ou Conselho dentro da Instituição?
- 12 – Baseado nas novas diretrizes do SENASP referente a Qualidade de Vida, você observou alguma atenção voltada a formação ou o papel a ser desempenhado pelo administrado de Unidade de Saúde?
- 13 – Defina com 01 (uma) palavra, o que é ser administrador desta Unidade de Saúde.

BLOCO 2 – RELATO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

- 14 – Qual sua trajetória profissional e que atividades desempenhou na área de saúde, que o levaram a ser escolhido para exercer o cargo de Administrador desta Unidade de Saúde?
- 15 – Como você utiliza sua experiência de servidor da segurança pública para exercer sua atividade de Administrador dentro desta Unidade de Saúde?

BLOCO 3 – HABILIDADES PARA ADMINISTRAR

16 – Considerando as atividades desempenhadas por você na condição de Administrador desta Unidade de Saúde, quais as atividades que mais explora no seu cotidiano?

17 – De que modo você desenvolve o seu papel de administrador no cotidiano desta Unidade de Saúde?

18 – Quais os papéis desenvolvidos por você, que você acredita serem os mais importantes?

19 – Como você observa o desenvolvimento destes papéis na sua prática de administrador desta Unidade de Saúde?

20 – Acha ser importante usar este conhecimento para exercer as atividades de administrador dentro da Unidade de Saúde da Segurança Pública? Por quê?

21 – Que influências a experiência anterior obtida como Servidor da Segurança Pública exerce em seu trabalho de administrador? Como você utiliza estas influências?

22 – partindo de sua experiência de adquirida no cargo de Administrador desta Unidade de Saúde, quais seriam as vantagens de aliar este conhecimento com a atuação de polícia em sua prática administrativa?

23 – Quais as características você considera peculiares ao seu cotidiano que o diferencia dos administradores de outras Unidades de Saúde que não sejam da Segurança Pública?

24 – Com relação as suas atividades administrativas, que importância tem para o seu desempenho cotidiano, o fato de estar sempre bem informado, qual a forma que você utiliza para obter estas informações?

26 – Você como administrador desta Unidade de Saúde, considera importante dedicar parte do seu tempo para orientação de seus subordinados com objetivo de buscar melhor desempenho dos mesmos? Por quê? E como você realiza?

27 – Algumas pessoas distribuem o seu tempo entre tarefas prioritárias e menos importantes e você como distribui o seu tempo?

28 – Diante das inúmeras atividades e responsabilidades que o cargo lhe impõe, como você procura distribuir o seu tempo para desenvolver as tarefas necessárias ao seu trabalho?

29 – Como administrador desta Unidade de Saúde, você acha importante para o desenvolvimento do seu trabalho, manter-se um relacionamento social com pessoas fora desta organização? Com quais grupos? Como ocorre esta prática?

30 – Dos papéis comentados, quais você identifica como os mais necessários para o cargo ou função de administrador desta Unidade de Saúde?

31 – Com relação ao futuro desta Unidade de Saúde, qual o tipo de planejamento você costuma fazer?

32 – Você considera que propor novos projetos para a organização, é uma das ações do seu trabalho? Por quê?

APÊNDICE B – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

OFÍCIO Nº ____/2011/GABINETE/SESP

Cuiabá-MT, 17 de outubro 2011.

Ao Sr.

Secretário de Estado de Segurança Pública do _____

Senhor Secretário,

Apresento o Servidor Laudicério Aguiar Machado, que se encontra matriculado no Programa de Mestrado Profissional em Administração pela Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba/SP na Área de concentração em Gestão de Organizações e Negócios, onde está sendo desenvolvida a dissertação sobre o tema "*O Papel do Administrador Hospitalar nas Unidades de Saúde das Secretarias de Estado de Segurança Pública da Região Centro-Oeste*", sob orientação da Prof. Dra Valéria Rueda Elias Spers.

Considerando a necessidade deste Servidor de aplicar o instrumento da pesquisa juntamente aos titulares dos seguintes cargos:

- 1) _____;
- 2) _____.

Diante do exposto, solicito de Vossa Senhoria a recomendação do mesmo, pois este Servidor estará na cidade de ____/___ nos dias __ e __ de outubro de 2011, para aplicação da pesquisa

Destarte, agradeço antecipadamente, certo de Vosso apoio.

Respeitosamente,

Secretário de Estado de Segurança Pública

ANEXO A - PORTARIA Nº 2.224/GM EM 5 DE DEZEMBRO DE 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a grande quantidade e diversidade de instituições hospitalares existentes no País, vinculadas ao Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de estabelecer políticas e planejamento de ações específicas, a serem desenvolvidas pelo Ministério da Saúde na área hospitalar, e que estas sejam compatíveis com as características de cada hospital integrante do Sistema;

Considerando as diferentes características destes hospitais, especialmente no que diz respeito ao número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, dentre outras;

Considerando que somente a análise do conjunto destas características permitirá identificar as semelhanças para estabelecer uma classificação, visando sua inserção no Sistema Único de Saúde, definindo o grau de complexidade de sua gestão, o nível de responsabilidade sanitária e direcionamento assistencial;

Considerando que a classificação hospitalar se dará a partir do agrupamento dos hospitais com características semelhantes, sistematizando, desta forma, o conhecimento sobre grupos de hospitais e facilitando a adoção de políticas e de planejamento já citadas;

Considerando as sugestões apresentadas à Secretaria de Assistência à Saúde no processo promovido pela Consulta Pública SAS/MS n.º 03, de 14 de maio de 2002 – Anexo I, e

Considerando que uma classificação deva refletir fielmente a realidade de cada uma das instituições hospitalares e que esta realidade tenha relação direta com as informações cadastrais disponíveis sobre cada instituição, resolve:

Art. 1º Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A classificação cujo sistema é ora estabelecido será aplicada aos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características, em um dos seguintes Portes:

a - Hospital de Porte I;

b - Hospital de Porte II;

c - Hospital de Porte III;

d - Hospital de Porte IV.

Art. 2º Determinar que a classificação de cada hospital se dará segundo seu enquadramento em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria, de acordo com o somatório de pontos obtidos nos respectivos intervalos de pontos estabelecidos para cada Porte.

Art. 3º Determinar que o enquadramento de cada hospital em um dos Portes estabelecidos no Artigo 1º desta Portaria se dará respeitando o intervalo de pontos atribuídos para cada Porte, conforme definido no Artigo 4º desta Portaria, considerando o somatório da pontuação alcançada como resultado da aplicação dos itens de avaliação, definido pela seguinte Tabela de Pontuação:

| PONTOS POR ITEM | ITENS DE AVALIAÇÃO | | | | | | | PONTOS TOTAIS |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | A N.º DE LEITOS | B DE LEITOS DE UTILIDADE | C TIPO DE UTILIDADE | D ALTA COMPLEXIDADE | E URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | F GESTÃO DE ALTO RISCO | G SALAS CIRÚRGICAS | |
| 1 Ponto | 20 a 49 | 01 a 04 | ----- | 1 | Pronto Atendimento | ----- | Até 02 | Mínimo 1 Máximo 27 |
| 2 Pontos | 50 a 149 | 05 a 09 | Tipo II | 2 | Serviço de Urgência/Emergência | Nível I | Entre 03 e 04 | |
| 3 Pontos | 150 a 299 | 10 a 29 | ----- | 3 | Referência Nível I ou II | Nível II | Entre 05 e 06 | |
| 4 Pontos | 300 ou mais | 30 ou mais | Tipo III | 4 ou mais | Referência Nível III | ----- | Acima de 08 | |

§ 1º A verificação do cumprimento dos Itens de Avaliação estabelecidos na Tabela de Pontuação definida no caput deste Artigo e sua respectiva pontuação serão realizadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, no momento da Classificação Hospitalar, por meio de consulta ao Banco de Dados Nacional de

Estabelecimentos de Saúde, criado pela Portaria SAS/MS N.º 511, de 29 de dezembro de 2000, disponível no Departamento de Informática do SUS - DATASUS;

§ 2º A pontuação dos hospitais, para fins de classificação, terá como base a Tabela de Pontuação e serão realizados pela atribuição dos respectivos números de pontos previstos nas colunas denominadas “Pontos por Item” e identificadas pelas letras de “A” a “G”, em cada um dos “Itens de Avaliação”, sendo que o somatório dos pontos obtidos será utilizado, segundo os intervalos de pontuação estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria, para enquadramento do Hospital em seu correspondente Porte;

§ 3º A avaliação e enquadramento dos hospitais, no momento da Classificação Hospitalar, em cada um dos “Itens de Avaliação” se dará de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

Leitos Cadastrados: Coluna “A”- será considerado o quantitativo total dos leitos existentes no hospital cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, contratados ou não pelo SUS;

Leitos de UTI: Coluna “B” - será considerado o quantitativo de leitos cadastrados em Unidade(s) de Terapia Intensiva (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independentemente da classificação de tipo de UTI;

Tipo de UTI: Coluna “C” - será considerado o cadastramento de UTI no Sistema Único de Saúde de acordo com seu Tipo II ou III (conforme Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998), sendo que na hipótese da existência de mais de uma unidade cadastrada, será pontuada apenas uma delas - aquela que corresponder ao maior número de pontos;

Alta Complexidade: Coluna “D” - será considerado o quantitativo de serviços de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados/contratados pelo SUS, podendo ser computados para tanto: Serviços/Centros de Alta Complexidade em Assistência Cardiovascular (não serão computados Hospitais Gerais com Serviço de Implante de Marcapasso Permanente), tratamento das Lesões Lábio Palatais e Implante Coclear, Neurocirurgia, Traumatologia-Ortopedia, Tratamento Cirúrgico da Epilepsia, Assistência a Queimados, Oncologia, Cirurgia

Bariátrica e Transplantes (considerar como 1 sistema o cadastro para realização de transplante de cada tipo de órgão);

Urgência/Emergência: Coluna “E” - será considerada a existência (1) de Serviço de Pronto Atendimento nas 24 horas do dia com equipe presente, pelo menos, de urgências em pediatria e clínica médica, ou equipe da especialidade(s) oferecida no caso de hospitais especializados, ou (2) de Serviço de Urgência e Emergência com atendimento nas 24 horas do dia, com equipe presente, de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia, todos disponíveis para o SUS, ou ainda (3) a existência de Serviço de Urgência e Emergência cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999, em Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, de acordo com seus respectivos Níveis I, II ou III;

Gestação de Alto Risco: Coluna “F” - será considerada a existência de Serviço de Atendimento de Gestação de Alto Risco cadastrado pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria GM/MS Nº 3477, de 20 de agosto de 1988, como Hospital integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestação de Alto Risco, de acordo com seus respectivos Níveis I e II;

Salas Cirúrgicas: Coluna “G” - será considerado o quantitativo total de salas cirúrgicas existentes no hospital.

Art. 4º Estabelecer que o total de pontos obtido, resultante da aplicação da Tabela de Pontuação constante do Artigo 3º, levará ao enquadramento dos hospitais no Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde em seu correspondente Porte, de acordo com o definido no Artigo 1º e em conformidade com o que segue:

Porte I - de 01 a 05 pontos

Porte II - de 06 a 12 pontos

Porte III - de 13 a 19 pontos

Porte IV - de 20 a 27 pontos

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde, utilizando-se dos dados do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponível no DATASUS e dos critérios estabelecidos nesta Portaria, classifique, em seus respectivos Portes, todos os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

§1º Aquelas instituições que realizam internações de pacientes e dispõem de 05 a 19 leitos instalados e informados no Banco de Dados mencionado no caput deste Artigo não serão objetos da Classificação Hospitalares ora estabelecida, passando estas instituições a serem consideradas e denominadas pelo Ministério da Saúde como Unidades Mistas de Internação - UMI, sendo que a Secretaria de Assistência à Saúde, em ato próprio, deve definir o perfil assistencial destas Unidades;

§ 2º Aquelas instituições que disponham de 05 a 19 leitos instalados e realizem atendimento especializado, desde que cumpridos os respectivos requisitos técnicos para tal, e sejam devidamente cadastradas no Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde - DATASUS nas especialidades de cardiologia, oftalmologia, psiquiatria, tratamento da AIDS e serão enquadradas, para fins de Classificação Hospitalar, no Porte I;

§ 3º Aquelas instituições que disponham de 19 ou menos leitos instalados e cadastradas em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, serão enquadradas como Unidades de Hospital-Dia.

Art. 6º Definir que aquele hospital cujo enquadramento no respectivo Porte da Classificação Hospitalar realizada pelo Ministério da Saúde não coincidir com a efetiva realidade dos serviços deste hospital, poderá solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde sua reclassificação;

§ 1º Para solicitar reclassificação, o hospital deverá providenciar junto ao respectivo gestor do SUS, o preenchimento/atualização de sua Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde, conforme modelo aprovado pela Portaria SAS/MS n.º 511/2000, que deverá ser implantada no DATASUS, e enviar cópia desta Ficha, devidamente autorizada e assinada pelo respectivo gestor, à Secretaria de Assistência à Saúde, comprovando desta forma o enquadramento no Porte de classificação pretendido.

Art. 7º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias ao pleno cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

ANEXO B - PORTARIA Nº 2.225/GM EM 5 DE DEZEMBRO DE 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os avanços tecnológicos e o incremento da complexidade das ações assistenciais de saúde;

Considerando a necessidade de implementar modelos gerenciais que permitam planejar, quantificar, avaliar, acompanhar e controlar a prestação da assistência hospitalar;

Considerando a importância da inserção do Ministério da Saúde no processo de modernização gerencial da rede hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde, visando um sistema de saúde resolutivo, de qualidade e adequada relação custo/benefício;

Considerando a necessidade de promover a utilização de práticas gerenciais que possibilitem maior eficácia e eficiência na aplicação dos recursos públicos;

Considerando a necessidade de profissionalizar e qualificar a gestão hospitalar no âmbito do sistema Único de Saúde;

Considerando as sugestões apresentadas à Secretaria de Assistência à Saúde no processo promovido pela Consulta Pública SAS/MS n.º 03, de 14 de maio de 2002 – Anexo II, e

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.224, de 05 de dezembro de 2002, que estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissional exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o Porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, como segue:

A – Hospital de Porte I

- 01 (um) responsável pela Direção Geral – Profissional com nível superior, com curso de aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Técnica - Profissional médico, a quem compete zelar pela qualidade da assistência prestada;

Obs – Se o responsável pela Direção Geral for profissional médico, o mesmo poderá acumular as funções de responsável pela Direção Técnica.

B – Hospital de Porte II

- 01 (um) responsável pela Direção Geral – Profissional de nível superior, com curso de aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Técnica - Profissional médico, a quem compete zelar pela qualidade da assistência prestada;

- 01 (um) responsável pela Direção Administrativa – Profissional de nível superior, preferencialmente com formação em: administração hospitalar ou administração, com curso de aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula em instituição de ensino legalmente reconhecida, observada o disposto no § 2º deste artigo.

C – Hospital de Porte III

- 01 (um) responsável pela Direção Geral – Profissional com nível superior, experiência comprovada de 02 (dois) anos na função gerencial em unidade hospitalar e curso de especialização em Administração Hospitalar com no mínimo 360 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Técnica – Profissional médico, a quem compete zelar pela qualidade da assistência prestada, com curso aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Administrativa – Profissional de nível superior, preferencialmente com formação em: administração hospitalar ou administração, com experiência comprovada de 02 (dois) anos na função gerencial em unidade hospitalar e com curso de aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula, realizado em instituição de ensino legalmente reconhecida, observado o disposto no § 2º deste artigo.

D – Hospital de Porte IV

- 01 (um) responsável pela Direção Geral – Profissional de nível superior, com 02 (dois) anos de experiência comprovada na função gerencial em unidade hospitalar, com curso de especialização em Administração Hospitalar, com no mínimo 360 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Técnica – Profissional médico, a quem compete zelar pela qualidade da assistência prestada, com experiência de 01 (um) ano na função gerencial em unidade hospitalar e com curso de especialização em Administração Hospitalar, com no mínimo 360 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida;

- 01 (um) responsável pela Direção Administrativa – Profissional de nível superior, preferencialmente com formação em: administração hospitalar, ou administração, com experiência de 02 (dois) dois anos na função gerencial em unidade hospitalar e com curso de especialização em Administração Hospitalar, com no mínimo 360 horas/aula, realizado em instituição de ensino superior legalmente reconhecida, observado o disposto no § 2º deste artigo.

§ 1º As exigências estabelecidas neste artigo, de acordo com o Porte do hospital, são válidas para a totalidade dos hospitais cadastrados e que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde, independentemente de sua situação jurídica;

§ 2º Respeitada a exigência de existência de profissional médico responsável pela Direção Técnica, a quem compete zelar pela qualidade da assistência prestada, o hospital, a seu critério, pode subdividir as atividades da Direção Técnica em áreas específicas de atuação como de enfermagem, nutrição, fisioterapia e outras, designando como responsável profissional com formação superior devidamente habilitado para a respectiva função;

§ 3º Aqueles profissionais de nível superior que sejam responsáveis por qualquer uma das direções estabelecidas no caput deste artigo, em hospital de qualquer Porte, e que tenham curso de graduação em Administração Hospitalar estão dispensados da realização/comprovação de cursos de extensão e/ou especialização em Administração Hospitalar, estabelecidos como exigências de qualificação profissional neste artigo.

Art. 2º Fixar como prazo máximo para a adequação às exigências contidas nesta Portaria a data de 31 de dezembro de 2004, para hospitais de todos os portes.

Art. 3º Determinar às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, sob cuja gestão esteja o hospital, que estabeleçam mecanismos de controle e acompanhamento do cumprimento do disposto nesta Portaria.

§ 1º Os hospitais deverão, no prazo estabelecido no artigo 2º desta Portaria, informar à Secretaria da Saúde sob cuja gestão estejam, a composição de sua estrutura de direção com a documentação comprobatória da qualificação profissional de seus respectivos responsáveis pelas direções;

§ 2º O não cumprimento do disposto nesta Portaria implicará no descadastramento do hospital e rompimento de seu respectivo contrato de prestação de serviços ao SUS;

§ 3º A partir do prazo estabelecido no artigo 2º desta Portaria, não serão cadastrados/contratados pelo Sistema Único de Saúde novo hospitais, que não cumpram as disposições desta Portaria;

§ 4º O Ministério da Saúde, a qualquer tempo, poderá solicitar às Secretarias de Saúde a apresentação da documentação de que trata o § 1º deste artigo;

Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI