

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EXECUTIVO EM SAÚDE

ALESSANDRA AGUIAR GAIO

GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOB
A ÓTICA DOS MODELOS INOVADORES DE GERÊNCIA

MAIO/2014

**GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOB
A ÓTICA DOS MODELOS INOVADORES DE GERÊNCIA**

ALESSANDRA AGUIAR GAIO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso
MBA Executivo em Saúde
Turma 1/12
Pós-Graduação lato Sensu, Nível
de Especialização Programa FGV
Management

MAIO, 2014

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EXECUTIVO EM SAÚDE

O trabalho de conclusão de curso **GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOB A ÓTICA DOS MODELOS INOVADORES DE GERÊNCIA**

Elaborado por ALESSANDRA AGUIAR GAIO

E aprovado pela Coordenação Acadêmica do CURSO MBA EXECUTIVO EM SAÚDE, foi aceito como requisito parcial para a obtenção do certificado do programa FGV Management.

Data

Coordenadora Acadêmica

Helidéa de Oliveira Lima

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos meus familiares, que compreenderam a necessidade da minha ausência em casa, em busca deste objetivo.

Agradeço aos professores da Fundação Getúlio Vargas e ISAE Instituto Superior de Administração e Economia, pela dedicação e conhecimento partilhado ao longo desta trajetória.

Ao Grupo UHG/Amil, por tornar possível esta grande realização,

As pessoas especiais e talentosas com as quais tenho oportunidade de conviver e trabalhar em parceria.

Dedico este trabalho à

Todos os gestores que dedicam suas vidas
buscando inovar a modelo de gestão dos
serviços de saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Objetivos	1
Relevância do estudo	1
METODOLOGIA	3
Tipo de pesquisa	3
Universo da amostra.....	4
Coleta de dados.....	4
REFERENCIAL TEÓRICO	5
ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	16
CONCLUSÃO	27
BIBLIOGRAFIA	29

RESUMO

Objetivo Geral: O presente estudo busca identificar e analisar artigos publicados em periódicos nacionais entre 2007 e 2013, com o tema, Gestão de Serviços Hospitalares sobre a ótica das dificuldades encontradas e as inovações tecnológicas para a mesma

Metodologia: O estudo trata de uma revisão integrativa, definido como um método de análise de pesquisa, que possibilita o suporte para renovação para melhorias na prática profissional. Este método proporciona uma síntese geral do tema, apontando a necessidade de novos estudos para o preenchimento das diversas lacunas identificadas no conhecimento em estudos anteriores. Foi escolhido como descritor gestão hospitalar.

Resultados: Através da busca foram identificados 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Através da leitura dos artigos, dois eixos emergiram: Inovação na gestão de serviços hospitalares e dificuldades na gestão de serviços hospitalares.

Discussão: Para o eixo dificuldades o estudo revelou uma necessidade da reforma do modelo de pagamento dos médicos, e da própria cultura gerencial. Outro tema apontado é o não conhecimento dos profissionais quanto ao processo decisório. Para o eixo inovações tecnológicas e gerenciais foi encontrada bons resultados em sistemas mais flexíveis de gestão criando um diálogo mais forte com os funcionários. Há também a necessidade de investimento em sistemas de informação para o monitoramento de indicadores e da cadeia de suprimentos .

Palavras-chave: *Gestão Hospitalar*

INTRODUÇÃO

Este capítulo contém a introdução ao tema do trabalho, gestão de instituições hospitalares com foco nas dificuldades e inovações tecnológica-gerenciais dos hospitais provados brasileiros, a questão norteadora, objetivo e a justificativa deste trabalho.

Introdução ao tema e Justificativa

Instituições hospitalares são um grande desafio para a gestão. Múltiplas categorias profissionais desempenhando funções complexas que devem ser coordenadas, cadeia de suprimentos de alto custo, grande número de legislações e adequações legais, entre outros. Além disso, esse empresa é privada e tem que dar lucro.

Até meados da década de 1940 os hospitais tinham uma missão de caridade e eram, em suma, instituições filantrópicas. A partir desta data, após as guerras mundiais, os hospitais passaram a ter função de recuperar os soldados e a força de trabalho.

Nesta época, nos hospitais trabalhavam médicos, que exercia o papel de liderança central, e mulheres leigas ou freiras que cuidavam dos pacientes sem receber uma educação formal. Com o tempo, e as necessidades de especialização as profissões foram se diferenciando. Nesse contexto surgem os primeiros administradores hospitalares.

Administrar uma instituição de saúde, mesmo utilizando conhecimentos da administração básica tem peculiaridades. Inicialmente seu objetivo é restaurar e curar através do diagnóstico e tratamento de doenças, além da educação em saúde (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

Nos últimos anos, a estrutura organizacional adotada pelas instituições de saúde vem se mostrando ineficientes pra responder a crescente demanda por serviços cada vez mais avançados em tecnologia e também em custo. Diversos estudos demonstram que os hospitais ainda são administrados seguindo modelos clássicos excessivamente burocráticos e já superados por outros moldes mais modernos.

Quinn (2003) e Chandler (1986), entre muitos outros autores, realizaram pesquisas e demonstraram que a flexibilização e compartilhamento da gestão pode ser um caminho eficaz para responder as crescentes necessidades e demandas pela qualidade nos serviços.

Nesse sentido, durante o curso de MBA executivo em saúde, aprendendo sobre modelos gerenciais inovadores e a minha experiência como diretora de um hospital de médio porte de Curitiba- PR que recentemente passou por um processo de aquisição por uma empresa americana, me interessei em estudar modelos gerenciais que pudessem atender as novas demandas trazidas por esta nova empresa.

Para tanto, neste trabalho, minha questão norteadora é :O que a literatura científica brasileira produziu de conhecimento sobre a gestão de serviços hospitalares privados? Além disso, direcionei meu trabalho buscando as dificuldades e as inovações tecnológicas-gerenciais.

Para responder à essa questão meu objetivo foi identificar e analisar os artigos publicados em periódicos nacionais, entre 2007 e 2013, com o tema gestão de serviços hospitalares, sob a ótica das dificuldades e inovações tecnológica-gerenciais para a mesma nos hospitais privados.

Ao propor, nesse estudo, identificar as dificuldades gerenciais encontradas em hospitais privados buscou-se compreender e aproximar das demandas gerenciais envolvidas nas mudanças dos hospitais brasileiros bem como a maneira como estas instituições lidam com essas mudanças.

METODOLOGIA

O estudo trata de uma revisão integrativa, definido como um método de análise de pesquisa, que possibilita o suporte para renovação para melhorias na prática profissional. Este método proporciona uma síntese geral do tema, apontando a necessidade de novos estudos para o preenchimento das diversas lacunas identificadas no conhecimento em estudos anteriores. Consiste também, em uma metodologia de análise ampla das várias literaturas publicadas, contribuindo assim para a realização de futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para a análise dos dados, esta revisão trabalha com a perspectiva de MENDES, que trabalha a revisão integrativa em seis etapas distintas.

A primeira etapa tem como objetivo definir e identificar o tema e a seleção da questão de pesquisa, para elaboração da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). **Assim, o presente estudo busca identificar e analisar artigos publicados em periódicos nacionais entre 2007 e 2013, com o tema, Gestão de Serviços Hospitalares sobre a ótica das dificuldades encontradas e as inovações tecnológicas para a mesma.**

Após delimitar a questão de pesquisa, deve-se estabelecer critérios de inclusão e exclusão dos materiais a serem selecionados, sendo esta a segunda etapa da Revisão Integrativa. Este estudo estabeleceu a pesquisa de artigos científicos, presentes na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS em um banco de dados de acesso gratuito, O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina o *BIREME*, a escolha dos artigos foi realizada por meio de um descritor, sendo ele *Gestão Hospitalar*.

A terceira etapa da revisão integrativa define-se as informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Inicialmente foi realizada a busca dos artigos através do descritor, totalizando 722 artigos. Foram realizadas três seleções para a definição final dos artigos. A primeira seleção - *língua* – selecionou-se apenas artigos em português, sendo eles 100. A segunda seleção – *título* – selecionou 40 artigos. E a terceira foi realizada a leitura completa, que nos fez chegar a 16 artigos.

Os 16 artigos inicialmente selecionados foram caracterizados segundo os periódicos, anos de publicação e Estados.

Foram publicados em 8 periódicos diferentes sendo eles: Revista Ciência e Saúde Coletiva (5), Revista Saúde e Sociedade (2), Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde(2), Revista O Mundo da Saúde e as Revistas Journal of Health Informatics, Revista

de Saúde Pública, Revista de Administração em Saúde e Revista de Enfermagem da UERJ com apenas 1 publicação cada.

Sobre a caracterização em relação aos anos de publicação, temos a grande maioria dos artigos, 7, sendo publicados em 2010. E com relação aos Estados sua grande concentração está no eixo Rio- São Paulo, sendo 7 de SP e 6 do RJ.

Após a realização desta primeira caracterização, foi realizada uma quarta leitura, minuciosa da qual foi sentida a necessidade pela autora, de usar apenas 10 artigos para a realização do estudo.

A quarta etapa da revisão constituiu em várias leituras dos artigos, individualmente, para análise mais detalhada dos dados e a identificação de dados que atendessem o objetivo do estudo.

Após isto, realizou-se a quinta etapa da revisão integrativa que consiste na análise dos dados em si. Com a leitura completa dos artigos foi possível a categorização dos dados em 2 , Dificuldades Percebidas para a gestão dos serviços Saúde e Inovação na Gestão dos serviços de Saúde.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

Este capítulo está dividido em três partes e busca dar subsídios ao estudo. A primeira parte faz-se um recorte histórico da gestão no século XX buscando entender o cenário atual. Na segunda parte, destina-se a abordar particularidades da gestão nas instituições de saúde. A terceira parte visa trazer as novas perspectivas gerenciais da gestão das instituições de saúde.

Os modelos de gestão através da história

Os modelos gerenciais tais como o conhecemos não surgiram espontaneamente, mas são resultado de uma complexa interação de fatores políticos e sociais que evoluem através do tempo (FABIAN, 2000; QUINN *et al.*, 2003). Sendo assim, faz-se necessário uma revisão histórica.

A revolução industrial inglesa pode ser considerada o grande marco para o início das transformações que resultaram na sociedade capitalista da maneira que vemos hoje. As técnicas visavam, num primeiro momento, a racionalização do trabalho e visavam o aumento da produtividade e o lucro (QUINN *et al.*, 2003).

Neste contexto a expansão das indústrias automobilísticas, ferroviária, aviação e de comunicação, sendo estas expressas pelo rádio e jornalismo, propuseram a época uma nova conformação, que deveria estar embasada na estrutura. A teoria Clássica da Administração foi proposta inicialmente por Jules Henry Fayol em 1916, com a publicação do livro *Administração Industrial Geral* (CHIAVENATO, 2006).

Seus principais marcos constituem-se da ênfase na estrutura e na organização, esta segunda entendida como os trabalhadores. Tem como objetivo a eficiência das organizações e a promoção do lucro como bem final dos administradores (CHIAVENATO, 2006).

Nesta teoria, Fayol propõem que as empresas possuem funções básicas, que são entendidas como: as técnicas (produção e manufatura de bens e serviços), comerciais (compra, venda e troca), financeiras (procura e gerencia o capital), segurança (proteção e preservação de bens e pessoas), contábeis (realização de inventários, registros, balanços, custos e estatísticas) e por ultima as administrativas (que prevê a integração entre as funções) (CHIAVENATO, 2006).

Neste mesmo material, Fayol discute e estabelece as funções do administrador que são entendidas como ações que possibilitem ao bom funcionamento e andamento da administração de uma empresa. Sua teoria estabelece o prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, de um determinado serviço. Estas ações promovem ao administrador habilidade de construir o sucesso empresarial (CHIAVENATO, 2006).

Devemos ressaltar ainda, que na teoria clássica observamos a presença do princípio escalar, no qual cada funcionário possui uma chefia imediata a qual se reportar. Concluindo assim existe uma cadeia de comando que inicia com a presidência e prossegue até o funcionário direto (CHIAVENATO, 2006).

No início da década de 1940, as formas burocráticas de organizar o processo de trabalho, fez-se necessário em decorrência da necessidade que as organizações sentiram de ordem e exatidão, em função das reivindicações dos trabalhadores por um tratamento justo e imparcial (CHIAVENATO, 1987).

Embasada na racionalidade, a burocracia é uma forma de organização a fim de garantir a máxima eficiência, com base no modelo de sistemas de produção. Teorizada a partir da sociologia de Max Weber propõem um modelo integrado de organização que possa atender as necessidades da empresa, de forma de organizar todo o processo de produção (CHIAVENATO, 1987).

Esta teoria esta construída sob o caráter legal das normas e formal das comunicações, na divisão do trabalho, impessoalidade no relacionamento, hierarquização da autoridade (sendo esta resgatada da teoria científica), rotinas e procedimentos, competência técnica e méritocrática, especialização da administração, profissionalização e previsibilidade do funcionamento (CHIAVENATO, 1987).

A partir deste contexto nota-se que a teoria burocrática trás consequências imprevistas e não desejadas. A internalização das regras e apego aos relacionamentos, onde as normas e regulamentos se transformam de meios em objetivos, sendo eles absolutos e prioritários. O excesso de formalismo e de papelório, que é proposta pela necessidade de documentar e formalizar as comunicações, que promove a utilização de papeis em excesso. Observa-se que a resistência a mudanças, sendo ela entendida como toda a possibilidade de mudança tendo a ser interpretada pelo funcionário como algo que possa gerar perigo a sua segurança e tranquilidade (CHIAVENATO, 1987).

Nota-se que a apreciação critica a teoria da burocracia propõem que o excessivo racionalismo da burocracia, mecanicismo, conservantismo e a abordam de sistema fechado,

colocam a dificuldade no sucesso das organizações que utilizam somente esta teoria (CHIAVENATO, 1987).

No fim da década de 1940, a partir das considerações e teorias administrativas anteriores, o alemão Kurt Lewin a partir de pesquisas em sociologia de grupos, desenvolveu a teoria comportamental. Também conhecida como teoria behaviorista, está orientada pela organização a partir do comportamento humano, busca uma ampliação na valorização do comportamento do indivíduo e uma redução nas posturas normativas e descritivas das teorias até então (SILVA, 2001).

Focaliza o grupo como um campo, devido suas percepções, ações e sentimentos humanos. Compreende que alguns fatores determina a criação dos grupos, tais como: a interação, localização, interesses comuns, tamanho e comunicação. Seus estudos propõem um núcleo central que enfatiza os pequenos grupos, com as seguintes características: coesão grupal, padrões grupais, motivação, participação, processo decisório, produtividade, tensões e estilos de liderança.

Nesta teoria observa-se que se inicia e promove o estilo de administração participativo e baseado nos valores humanos e sociais. Atenta-se que os autores notam a administração como um processo de criar oportunidade e liberar potenciais rumo ao autodesenvolvimento das pessoas (CHIAVENATO, 2003).

A partir deste momento da pesquisa, tentarei enfocar nas teorias que discutem e propõem um conceito mais atual sobre a organização dos serviços. A teoria dos sistemas surgiu a partir dos trabalhos do alemão *Ludwig Von Bertalanffy*, entre 1950 e 1968. O biólogo pregava que a natureza não está dividida, portanto não deve ser estudada desta maneira (CHIAVENATO, 2003).

Diferente de outras teorias ela não busca soluções práticas, mas sim elaborar formulações conceituais a fim de proporcionar condições de aplicação na realidade empírica. A teoria dos sistemas está baseada em alguns princípios básicos:

- Tendência para integração tanto nas ciências naturais como sociais.
- Essa integração orienta-se rumo a teoria dos sistemas.
- Constitui a maneira mais abrangente de estudar campos não-físicos do conhecimento científico, especialmente as ciências sociais.
- Aproxima universos particulares da ciência a ponto de torná-los uma unidade.
- Integração na educação científica.

Apesar de pregar a unidade, a teoria dos sistemas necessita que sejam respeitadas as propriedades de cada elemento e suas inter-relações (CHIAVENATO, 2003).

A Teoria Geral dos Sistemas fundamenta-se em algumas premissas: os sistemas são compostos por sistemas. (ex: moléculas-células-tecidos-órgãos), os sistemas são abertos, ou seja, eles sofrem influência do meio e exercem influência sobre ele e a estrutura do sistema determina suas funções (CHIAVENATO, 2003).

A teoria dos sistemas adentrou na teoria administrativa devido a necessidade de integração entre as teorias que vieram antes dela, além disso a tecnologia da informação trouxe desenvolvimento e operacionalização das ideias (CHIAVENATO, 2003).

De todas as teorias apresentadas até agora, a Teoria dos Sistemas é a menos criticada, talvez pelo fato de que ainda não houve tempo para sua análise mais aprofundada, uma vez que as obras mais importantes dessa teoria são recentes, e também pelo fato de que a perspectiva sistêmica parece concordar com a preocupação estrutural-funcionalista típica das ciências sociais dos países capitalistas de hoje. Há ainda o fato de que a teoria dos sistemas evitou tratar dos temas negligenciados pela teoria behaviorista e estruturalista, procurando apenas desenvolver algumas de suas ideias. Com isto os autores da Teoria de Sistemas puseram-se a salvo de críticas dos estruturalistas e behavioristas (CHIAVENATO, 2003).

Contudo, uma apreciação crítica da Teoria dos Sistemas nos conduz aos aspectos: confronto entre as teorias de sistema aberto e sistema fechado, características básicas da análise sistêmica, caráter integrativo e abstrato da teoria dos sistemas, efeito sinérgico das organizações como sistemas abertos, o homem funcional, que conseqüentemente originará uma nova abordagem organizacional (CHIAVENATO, 2003).

A última teoria a ser abordada e mais recente é a contingencial que envolve o entendimento das relações entre os subsistemas, bem como a organização e seu ambiente e busca a compreensão das organizações sob condições variáveis e em circunstâncias específicas. Além disto, estabelece que situações diferentes exigem práticas diferentes para resolver problemas das organizações (SILVA, 2002).

Particularidades da Gestão em Saúde

Apesar dos esforços do governo em oferecer atendimento integral à saúde, tais como ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com maior ênfase para as atividades

preventivas, o modelo de assistência predominante no país ainda é o da recuperação da saúde e cura das doenças, tarefa realizada preferencialmente pelas mais complexas instituições de saúde: o hospital (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

Para alcançar os objetivos de prestação de cuidados, o hospital desempenha uma série de funções, classificadas como restaurativas, preventivas e educativas. As funções restaurativas compreendem o diagnóstico, o tratamento, inclusive de emergência, e a reabilitação. As funções preventivas incluem o controle das doenças contagiosas e a educação em saúde. As funções educativas de um hospital são as que auxiliam na formação dos profissionais de saúde em geral e se relacionam a todo tipo de pesquisa na área da saúde (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

A estrutura organizacional das instituições no Brasil, e em especial a dos hospitais, ainda é regida e em forma de pirâmide, ou seja, no ápice está o grupo que delibera e, na base, o grupo que executa. Os elementos do nível intermediário dessa estrutura assumem as atividades de supervisão, tendo como proposta básica cumprir e fazer cumprir as ordens superiores (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

Atualmente existe um consenso de que toda a instituição de saúde, dada sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente dos serviços que presta à comunidade em que está inserida. Nesse cenário, o desenvolvimento de programas de gestão da qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

Hoje, frequentemente, se ouve falar na certificação pelas normas ISO. Numerosos setores, principalmente o industrial, tem obtido certificação de acordo com a referida norma, o que vem sendo de extrema valia nos tempos de globalização do comércio, pois há garantia, para o comprador, da existência e manutenção de um Sistema de Gestão da Qualidade por parte do seu fornecedor. Algumas empresas que atuam na área de prestação de serviços de saúde incluem-se entre os certificados por essa norma. Entretanto, outras preferem seguir outros programas de qualidade por considerá-los mais específicos para a área de saúde. É o caso, por exemplo, do Sistema Brasileiro de Acreditação para Hospitais. Similares a ele existem ainda programas de qualidade para laboratórios de análises clínicas e farmácias (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

A acreditação é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que objetiva garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

O status de serviço de saúde acreditado por elevar o grau de confiabilidade dos clientes internos e externos e da comunidade em geral, porque esses status significa que o serviço atendeu aos requisitos de qualidade exigidos para essa acreditação (BARTMANN; TÚLIO; KRAUSER, 2012).

Abordagens diversas tem sido empregadas para melhorar a pratica clinica, tal como a educação continuada, a educação permanente, auditorias e feed back aos profissionais, protocolos baseados em evidencias científicas, o gerenciamento da qualidade, incentivos econômicos, etc. Apesar do numero crescente de estudos sobre o tema, há pouca clareza a respeito das intervenções mais adequadas para os diferentes contextos. As ferramentas mais utilizadas relacionadas a qualidade, tais como indicadores, projetos de melhoria continuada, entre outros podem ser adaptados para a realidade médica, mas integram frequentemente as estratégias institucionais relacionadas a qualidade, pois não fazem sentido como práticas isoladas nas organizações (ALVES; FELDMAN, 2011).

A ferramenta, ou melhor, a iniciativa mais explicitamente ligada a atividade medica são os protocolos ou diretrizes clinicas, uma das ferramentas consideradas mais promissoras e efetivas para aprimorar a qualidade da assistência. Surgiu da necessidade de reduzir a variabilidade da pratica assistencial ou ainda do fato de muitos pacientes receberem cuidados inadequados. Para atender o objetivo de aprimorar a atividade médica, profissionais e organizações de saúde desenvolveram orientações diagnosticas e terapêuticas baseadas em evidencias científicas, com o intuito de padronizar condutas, facilitar a tomada de decisão clínica, tentar garantir nas organizações a disponibilidade dos materiais e medicamentos constantes desses procedimentos padronizados e até de conseguir prever os custos dos procedimentos (ALVES; FELDMAN, 2011).

O papel primordial do médico enquanto gestor da qualidade seria o de sensibilizar o corpo clinico das instituições de saúde para a importância do aprimoramento continuo da qualidade da assistência prestada. Seu desafio é envolver ao menos parte do corpo clinico nas iniciativas da qualidade em andamento, sobretudo as que dependem essencialmente da atuação médica, como por exemplo, o desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos, os cuidados com a segurança da medicação, o registro adequado no prontuário do paciente, etc. apesar do numero crescente de médicos gestores hoje envolvidos com esses assuntos, os demais, sobretudo os que pertencem ao corpo clinico, ainda são de modo geral resistentes a essas iniciativas, ou por vezes céticos. Mais do que nunca a especialização e a diversificação dentro da Medicina criaram categorias muito distintas de profissionais médicos (ALVES; FELDMAN, 2011).

Inovações e novos Modelos Gerenciais na Saúde

Atualmente a Administração possui uma das Teorias que possibilita uma maior praticidade e organização para o setor de Saúde. A teoria contingencial enfatiza que não há nada de absoluto nas organizações ou na teoria administrativa. Apresenta que tudo é relativa e depende do contexto que está inserida. Este modelo é dotado de grande flexibilidade, descentralização e desburocratização e é colocado como opção para ambientes em constante mutação e condições instáveis (CHIAVENATO, 1999).

A abordagem contingencial possibilita uma relação funcional entre as condições do ambiente e as técnicas administrativas apropriadas para o alcance eficaz dos objetivos da organização. O ambiente e a tecnologia são os enfoques desta teoria, porém as tarefas, as pessoas e a estrutura também são consideradas (CHIAVENATO, 1999).

“Durante todo o tempo em que uma empresa pertence a uma indústria cujos, mercados, fontes de matérias primas e processos produtivos permanecem relativamente invariáveis, são poucas as decisões empresariais que devem ser tomadas. Mas quando a tecnologia, os mercados e as fontes de suprimento mudam rapidamente, os defeitos desta estrutura tornam-se mais evidentes.”
(CHANDLER, 1976).

Segundo a teoria não existe uma causalidade direta entre as variáveis independentes e dependentes, pois o ambiente não causa a ocorrência de técnicas administrativas. Em vez de uma relação “causa-e-efeito” entre as variáveis independentes do ambiente e as variáveis administrativas dependentes, existe uma relação funcional entre elas (CHIAVENATO, 1999).

O reconhecimento diagnóstico e adaptação a situação são importantes para a abordagem contingencial, porém somente eles não são suficientes. As relações funcionais entre as condições ambientais e as práticas administrativas devem ser constantemente identificadas e especificadas (CHIAVENATO, 1999).

A teoria contingencial nasceu a partir de uma série de pesquisas feitas para verificar os modelos de estruturas organizacionais mais eficazes, em determinados tipos de empresas. Aqui vale ressaltar, que esta teoria possibilita um novo conceito de organização as empresas

hospitalares, pois entende as dificuldades da organização como algo natural e esperado para as organizações (CHIAVENATO, 1999).

Os pesquisadores procuraram confirmar se as organizações eficazes de determinados tipos de empresas seguiam os pressupostos da teoria clássica, porém conduziu-se a uma nova concepção de organização:

“A estrutura de uma organização e o seu funcionamento são dependentes da interface com o ambiente externo. Não há uma única e melhor forma(the best way) de organizar” (CHANDLER, 1976).

Essas pesquisas e estudos foram contingentes, no sentido em que procuraram compreender e explicar o modo como as empresas funcionavam em diferentes condições, sendo estas variáveis de acordo com o ambiente ou o contexto que a empresa escolheu como seu domínio de operação. Estas contingências externas podem ser consideradas como oportunidades ou como imperativos ou restrições que influenciam a estrutura e os processos internos da organização (CHIAVENATO, 1999).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo, está dividido em três partes, na primeira, será apresentado os resultados do estudo. Uma tabela apresentando os 10 artigos selecionados a abaixo a caracterização do mesmo. Os próximos itens contem a discussão dos dois eixos que emergiram durante as fases da revisão integrativa: dificuldades relacionadas à gestão dos serviços hospitalares e inovação na gestão de serviços hospitalares.

Nº	Título	Ano	Revista	Estado
1	Serviços Hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento	2007	Ciência e Saúde Coletiva	RJ
2	Mecanismo de Participação e atores sociais em hospital: o caso do grupo hospitalar Conceição- RS	2012	Saúde e Sociedade	SP
3	Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade	2012	Saúde e Sociedade	SP
4	Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança	2010	Ciência e Saúde Coletiva	RJ
5	Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar	2012	Journal of Health Informatics	SP
6	Aspectos humanos na gestão hospitalar	2010	O Mundo da Saúde	SP
7	Gerenciamento de Custos de material de consumo em hospital de ensino	2013	Revista de Administração em Saúde	SP
8	A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectiva	2010	Ciência e Saúde Coletiva	RJ
9	As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação Hospitalar	2010	Revista de Enfermagem da UERJ	RJ

10	Esforços de Inovação Organizacional e qualidade de serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares	2013	Revista de Administração Pública	RJ
----	--	------	----------------------------------	----

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO

FONTE: a autora (2014)

DIFICULDADES RELACIONADAS À GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Através da revisão pode se perceber dificuldades enfrentadas pelo gestor de instituições hospitalares, o que era esperado, dado a complexidade e peculiaridade da gestão destes serviços.

Durante a análise deste eixo emergiram os seguintes temas: a gestão dos custos da saúde, a gestão de pessoal em saúde e os modelos gerenciais que vigoram na atualidade.

Figueiredo (2007) traz em seu trabalho um ensaio sobre o crescente custo dos serviços hospitalares e suas possíveis causas. Para ele:

“Não há como reverter ou estabilizar o sufocante crescimento de custos assistenciais sem trazer a comunidade médica, pela suas representações, para um nível mínimo de conscientização e educação em saúde coletiva e em administração em saúde” (Figueiredo, 2007, p. 842)

Quanto a citada necessidade de conscientização e educação sobre saúde coletiva expõe-se a necessidade de mudar o foco hospitalocêntrico e individualista da saúde buscando perspectivas mais arrojadas voltadas para o gerenciamento de doenças crônicas e prevenção e promoção à saúde.

Em relação ao conhecimento sobre administração, as instituições hospitalares assume cada vez mais contornos empresariais necessitando não só de gestores eficientes, mas também que toda a equipe esteja a par e aplique conhecimentos sobre administração (VANDEMIATTI et al, 2010; DYER; GREGERSEN; CLAYTON, 2012; QUINN et al, 2003).

Figueiredo (2007) ainda ressalta “o fenômeno de medicalização com o uso imoderado de serviços e a desregrada incorporação de tecnologias na área de saúde” (FIGUEIREDO,2007, p. 243). Para ele o modelo de pagamento dos profissionais médicos, privilegiando procedimentos cirúrgicos e diagnósticos complexos em detrimento da consulta médica, por exemplo, é o culpado pelos altos custos registrados nesse tipo de procedimentos que oneram os prestadores de serviço em saúde. O autor ainda complementa:

“Além de estimular o desperdício e o intervencionismo, o modelo de remuneração obriga a pesados e irracionais investimentos em tecnologia, mais voltados ao aspecto mercadológico do que à eficiência e resolutividade dos serviços hospitalares.” (FIGUEIREDO,2007, p. 244)

Outra dificuldade apontada nos artigos desta revisão são os relativos aos recursos humanos dentro das instituições de saúde.

Pode-se dizer que dentro destas instituições existem dois grupos com posições muitas vezes antagônicas: de um lado o corpo de especialistas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) orientados pela formação clínica a “fazer todo o possível” aliados à uma falsa premissa de que o controle de custos implica na redução dos recursos e da qualidade da assistência, do outro lado encontram-se os administradores e gestores hospitalares voltados ao controle e regulamentação do consumo e dos custos.(VANDEMIATTI et al, 2010;DALLORA; FOSTER,2013)

Este cenário revela divergências quanto à liderança e o funcionamento global da instituição onde o problema é o desconhecimento, por parte, dos profissionais da mesma, dos processos decisórios da instituição. (BITTAR; MENDES; MAGALHÃES,2011; GONÇALO; BORGES, 2010; VANDEMIATTI et al, 2010)

O processo decisório deve ser, em primeiro lugar, coerente com a missão a qual a instituição se propõe. Desenvolver estratégias de comunicação e transparência pode ser um caminho para resolver essa dificuldade. (DYER; GREGERSEN; CLAYTON, 2012; CHIAVENATO, 2011)

Para além do que foi exposto acima, é necessário entender como se dão as relações entre os profissionais nesses espaços e suas principais características.

Como dito acima, dentro dessas instituições existem três categorias profissionais que respondem quase pela totalidade do efetivo de seus trabalhadores:

equipe de enfermagem, equipe administrativa e médicos. (MALAGUTTI; CAETANO,2009; VANDEMIATTI et al,2010; FELLI; PEDUZZI, 2010).

As categorias da enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeiro), responsáveis pelo cuidado direto ao paciente, a maior parte do efetivo de uma instituição hospitalar se caracterizam por relações hierárquicas em papéis bem estabelecidos. Apresentam-se bem adaptadas ao modelo burocrático vigente e demonstram grande eficiência no controle de consumo e gastos, onde o Enfermeiro toma o papel de fiscal e executor das normas e metas estabelecidas pela gestão superior (FELLI; PEDUZZI, 2010; DALLORA; FOSTER,2013).

Já nas equipes administrativas (auxiliar administrativos, administradores, auditores, etc.) há uma flexibilização maior quanto a distribuição das demandas e organização do serviço que varia de acordo com a instituição. Uma particularidade dessas equipes é o fato de terem grande número de profissionais sem formação formal específica. Para os cargos auxiliares, que são a maioria, em geral, é requisitado o Ensino médio completo e as rotinas e treinamentos são passados entre os próprios funcionários, com supervisão de um gestor.

Tanto as áreas administrativas quanto a enfermagem relatam pouca autonomia fora das rotinas já pré-estabelecidas (VANDEMIATTI et al,2010).

Em relação aos médicos há algumas peculiaridades. Eles são, em geral, prestadores de serviço autônomos e figuram num papel de distinção e respeito conferidos pelo histórico social da profissão, além disso, mantem um forte corporativismo entre os membros. (VANDEMIATTI et al,2010).

Sendo assim, detêm mais influência nas decisões ou mudanças de rotinas que os afetem de qualquer maneira. Entretanto quando questionados sobre seu papel, referem não poder realizar grandes feitos devido a condição de autônomo (VANDEMIATTI et al,2010).

Enfocando outra dificuldade encontrada, faz-se necessário comentar brevemente à respeito dos modelos gerenciais vigentes. Apesar do discurso inovador presente na fala dos gestores nota-se que estrutura organizacional dos hospitais na atualidade ainda remontam organogramas clássicos, pautados numa tecnoestrutura centralizada e rigidamente hierarquizada, com trabalho e responsabilidades fragmentadas entre outras características de um sistema burocrático clássico (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004).

Em resposta ao modelo gerencial atual em face da iminente necessidade de uma mudança de paradigmas Figueiredo (2007) faz uma crítica:

“o sistema assistencial, seja público ou privado, de quem se espera o poder da cura, deve, através de todos os seus diferentes players, ambicionar muito menos o poder para efetivamente alcançar a cura. (FIGUEIREDO, 2007, p. 244)”.

Finalizando, a dificuldade em estimular os treinamento, a educação continuada e as inovações organizacionais, em qualquer nível, configura como um grande desafio para os gestores pois esses três elementos são chaves para o desenvolvimento e a manutenção da qualidade nos serviços de saúde (JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2012)

INOVAÇÃO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a discussão deste eixo emergiram três temas: a mudança na cultura das organizações flexibilizando e compartilhando a gestão, o emprego de ferramentas de TI (Tecnologia da informação) e ao final os sistemas de avaliação de indicadores e qualidade.

Como vimos no capítulo anterior, entre outras dificuldades apresentadas, colocou-se a necessidade de se superar os modelos gerenciais vigentes. Para tanto, é preciso uma mudança da cultura gerencial e organizacional dos valores presentes nas instituições. Nesta perspectiva Ferraz, Gomes e Mishima (2004) comentam:

“uma reestruturação administrativa trata se eminentemente de um processo de desacumulação de valores culturais, motivado pela saturação ou decadência do sistema administrativo clássico vigente, portanto deve ser compreendido acima de tudo como um processo de alternância de concepção da própria funcionalidade institucional (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004, p.398).”

Quinn et al (2003) e Chiavenato (1999), entre outros autores, demonstram flexibilização e o compartilhamento das decisões como a tendência para as empresas de uma maneira geral.

Apesar de mais notada nos últimos anos, as instituições hospitalares vem sofrendo mudanças desde a década de 1950. Gerados, principalmente no pós guerra, onde havia a necessidade de recuperação dos “corpos doentes” e a demanda capitalista de manter a mão de obra ativa (PERES,2006; BERNARDINO, 2007).

Antigamente, nos hospitais havia apenas médicos e “enfermeiras” (mulheres leigas ou freiras, sem formação formal que prestavam cuidado). A medicina passa a se especializar cada vez mais. A enfermagem passou a ter formação profissional e foi outras profissões como a nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, entre outras, surgiram e ganharam espaço. Entre esses profissionais surge o administrador hospitalar (POSSA; CARTES, 2012).

Com o passar do tempo, os hospitais passaram a ter contornos cada vez mais empresariais, e a figura do administrador passou a ser cada vez mais importante (VANDEMIATTI et al,2010).

Os hospitais, agora empresas, devem obedecer as regra do modelo capitalista e dar lucro sendo assim devem evoluir tendendo à otimizar seus recursos e diminuir custos. É nesse sentido que os novos modelos gerenciais surgem para responder satisfatoriamente o que os modelos vigentes não cumprem (PERES,2006)

Em um estudo, Possa e Cortes (2012), concluíram que “a organização hospitalar garante um acesso rigidamente desigual aos processos decisórios sobre o adoecimento e o cuidado” (POSSA E CORTES,2012, p.61). Este estudo propôs, em um instituição hospitalar, a criação de espaços para o diálogo entre os mais diversos atores sociais: gestores, diretores, médicos, enfermeiros e equipe, até mesmo os pacientes (POSSA E CORTES,2012).

O estudo demonstrou um remodelamento da instituição. Os gestores da alta administração ampliaram seu envolvimento e obtiveram informações mais precisas sobre o funcionamento da instituição na ponta. É certo que as status das relações se mantiveram, os gestores ainda centralizam as decisões, todavia é inegável que houve o fortalecimento e ampliação dos canais de diálogo, além de um entendimento maior param ambos os lados (POSSA E CORTES,2012).

Em outro estudo, buscou em processos de decisões coletivas fortalecer a equipe. Trouxe para junto os profissionais, dando atenção especial aos médicos, que em geral se eximem dessas reuniões. A principal conquista do estudo foi transformar “a dinâmica interna, reforçando a cooperação (...) entre os atores profissionais gerando uma visão comum dos desafios”. (CRÊMADEZ,2010, p. 2295).

Partindo das mudanças gerenciais, outra grande inovação foi a busca pela qualidade do atendimento prestado. A Acreditação/Certificação das instituições hospitalares seguem essa tendência. Manzo et al (2011) afirma a necessidade de uma avaliação dinâmica e continua para que haja uma mudança progressiva e aumento da qualidade dos serviços

Em um estudo, realizado em uma instituição hospitalar que estava em processo de certificação para acreditação, buscou-se saber qual a percepção da equipe de saúde sobre a Acreditação. Apesar de reconhecerem como importante, não se reconheciam como parte do processo de acreditação nem de melhoria da qualidade, como se não fossem essenciais para o processo de certificação. (MANZO et al, 2011)

É preciso estimular os profissionais, principalmente os da ponta, a fazerem parte do processo. Faze-los entender que são parte do processo pois eles executam as ações pensadas pelos gestores. (JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2012)

De nada adiantará contratar o melhor especialista em qualidade para desenvolver um protocolo de emergência se o médico do pronto socorro ou a equipe de enfermagem não souber o que fazer, ou simplesmente ignorar a existência do protocolo.

A busca pela qualidade também traz à tona a melhoria dos serviços de hotelaria e a humanização dos serviços buscando mais hospitalidade para a experiência de se estar internado (PINOCHET; GALVÃO, 2010).

Outra inovação é o uso da tecnologia, em especial a tecnologia da informação, para melhoria da qualidade. A TI pode orientar dois grandes processos, o primeiro é a gestão da cadeia de suprimentos e o segundo a compilação de dados sobre paciente e indicadores.

No primeiro caso, a gestão da cadeia de suprimentos é essencial para qualquer instituição de saúde, o controle da compra dos suprimentos, que em geral, tem alto custo, é uma metas centrais dessas instituições. Muitos programas desenvolvidos para esse fim e orientam a compra e são capazes de prever fluxos

mais adequados. No segundo caso, a capacidade de compilação e armazenamento de dados são claras vantagens e auxiliam os gestores na tomada de decisão. (PEREIRA et al, 2012).

CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, conclui-se que o trabalho cumpriu seu objetivo e respondeu a questão norteadora. A metodologia foi adequada e com ela possível verificar um panorama das dificuldades gerenciais no cenário nacional, bem como as inovações que estão sendo aplicadas, mesmo com reduzido número de artigos.

Em relação às dificuldades gerenciais, percebe-se que todas estão ligadas às mudanças na cultura gerencial. O modelo burocrático vigente, está ultrapassado e não responde mais às necessidades gerenciais das instituições hospitalares brasileiras. Todavia o processo de mudança é moroso mas percebe-se nos estudos iniciativas positivas para a quebra desses paradigmas.

De fato, as mudanças necessárias são profundas e envolvem a cultura gerencial já estabelecida há décadas, como é o exemplo do modelo de pagamento dos serviços e exames médicos.

Foi possível perceber que os a tendência é a flexibilização e o compartilhamento da gestão. É necessário que todos os profissionais não só sejam, como se sintam parte do processo de mudança.

As relações entre os profissionais também devem ser reformadas, o modelo de saúde baseado na cura das doenças e colocando o médico no topo da pirâmide decisória deve ser aposentado. Acredito, pessoalmente, em modelos multiprofissionais em que a decisão seja compartilhada em uma equipe multiprofissional.

Outra mudança necessária é a aproximação das gestão superior (presidência, diretoria e gerencias) dos profissionais da ponta para que se possa pelo lado da direção, conhecer os problemas e estabelecer um diálogo direto, e da parte dos profissionais da ponta, para que esses compreendam o processo decisório e se sintam que são ouvidos e que fazem parte do processo.

O desenvolvimento de estratégias de educação permanente e continuada para todos os profissionais também figuram como desafios. Principalmente em conhecimento referentes à administração, com o intuito de acabar com a desculpa de que a administração e controle de gastos e recursos gera diminuição na qualidade da assistência prestada. Esta mais do que na hora de esta falsa premissa ser superada pelos profissionais de saúde, independente da categoria profissional a qual pertença.

Quanto às inovações tecnológicas, é notável os resultados para à mudança dos paradigmas e as experiências relatadas com novos modelos de gestão mais flexível e aproximada dos colaboradores demonstrou-se funcional e deve ser encorajada.

Não obstante a busca pela qualidade é percebida pela crescente procura das instituições para às certificações. Entretanto, é necessário ter na cabeça do gestor o real propósito da acreditação/certificação. Tê-la apenas pelo certificado de pouco adentará pois o principal objetivo que é manter a qualidade no atendimento ao paciente não será cumprido.

Para finalizar, o trabalho contribui para a minha formação como administradora de uma instituição de saúde e como médica. Pude perceber e olhar globalmente para os problemas de outra forma, muito diferente de quando era médica.

BIBLIOGRAFIA

- ALVEZ, V. L. S; FELDEMAN, L. B. **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ARTMANN, E; ANDRADE, M. A, C; RIVERA, F. J. U. desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um instituto de pesquisa em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 18. N. 1. Pag. 191-202, 2013.
- BARBOSA, P. R; GADELHA, C. A. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 46. Pag. 68-75, 2012.
- BARTMANN, M; TÚLIO, R; KRAUSE, L. T. **Administração na saúde e na Enfermagem**. Rio de Janeiro: Senac, 2012.
- BITTAR, O, J. N; MENDES, J. D. V; MAGALHAES, A. Administração de sistemas e serviços de saúde: competências exigidas na atualidade. **Rev. Administração hospitalar e inovação em saúde**, 2011.
- BITTAR, O. J. N. Plano diretor para instituições de saúde. **Rev. Administração hospitalar e Inovação em Saúde**. 2011.
- CHANDLER, Jr., Alfred D. **Strategy and Structure of British Enterprise**, Londres, The Macmilian Co., 1976.
- CHIAVENATO I. **Teoria geral da administração**. v.1. 3a ed. São Paulo (SP): McGraw-Hill; 1987.
- CHIAVENATO, I. **Princípios de Administração**: o essencial em teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. 6ª Ed, Vol. 2, Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CRÉMADEZ, M. A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 15. N. 5. Pag. 2285-2296, 2010.
- DALLORA, M. E. L. V; FORSTER, A. C. Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino. **Rev. RAS**. Vol. 15. N. 59. Pag. 47-52, 2013.
- FIGUEIREDO, L. F; Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 12. N. 3. Pag. 841-843, 2007.
- GONÇALO, C. R; BORGES, M. L. Organizações de Saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Rev. Saúde e Sociedade**. Vol. 19. N. 2. Pag. 449-461, 2010.

Jeff DYER, Hal GREGERSEN Calyton m. CHRISTENSEN. DNA do Inovados - cinco habilidades dos inovadores de ruptura. ed. HSM, São Paulo - SP 2012

JORGE, M. J; CARVALHO, F. A; MEDEIROS, R. O. Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. **Rev. Adm. Publica.** Vol. 47. N. 2. Pag. 327-356, 2013.

MANZO, B. F; *et al.* As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. **Rev. Enfermagem UERJ.** Vol. 19. N. 4. Pag. 571-576, 2011.

MARTINHO, E; CAMARA, P. R. S. Diagnostico nos municípios, estados e das unidades de saúde: ferramenta para a formulação de gestão nas instituições de saúde. **Rev. O mundo da saúde.** Vol. 35. N. 5. Pag. 332-335, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto – Enfermagem.** Florianópolis, v. 15, n. 3, Set. 2006.

PEREIRA, S. R. et al. Sistemas de informação para gestão hospitalar. **J. Health Inform.** Vol. 4. N. 4. Pag. 170-175, 2012.

PINOCHET, L. H; GALVÃO, C. R. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **Rev. O mundo da saúde.** Vol. 34. N. 4. Pag. 498-507, 2010.

POSSA. L. B; CORTES, S. M. V. Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do grupo hospitalar Conceição-RS. **Rev. Saúde e Sociedade.** Vol. 21. N. 1. Pag. 59-70, 2012.

SEKYIA, S. R; LUZ, T. R. Mudança organizacional: implantação da iniciativa hospital amigo da criança. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 15. N. 1. Pag. 1263-1273, 2010.

SILVA, R.O . **Teorias da Administração.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar; o papel da liderança. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 15. N. 1. Pag. 1301-1314, 2010.