

**MODELO DE GESTÃO *VERSUS* CONTROLE/PARTICIPAÇÃO SOCIAL
NA SAÚDE: o processo-proposta de implantação de uma ouvidoria
em um hospital privado no interior da Bahia**

**Management model *versus* control/social participation in health: the process-proposed of
implantation of an ombudsman in a private hospital in Bahia**

Marcos Vinícius Santos Silva¹

Resumo: Trata-se de um estudo de caso com o objetivo de analisar as implicações do modelo de gestão no processo de implantação da ouvidoria hospitalar, trazendo a experiência de um hospital privado no interior do Estado da Bahia. Esta é uma pesquisa qualitativa, construída a partir de um levantamento empírico, com a aplicação de roteiros estruturados de entrevistas, com pacientes e/ou familiares, que se encontravam acolhidos no setor de internamento, da unidade hospitalar, *locus* deste estudo. Concomitantemente, executou-se, ainda, a técnica de observação participante. Por fim, os dados coletados, em ambas técnicas, foram processados sob o método de análise de conteúdo. Esta exposição visa, também, discutir, a partir desses resultados extraídos na coleta e respectiva análise, sobre a necessidade e urgência em repensar as práticas de gestão que, deveras, encontram-se burocratizadas, no sentido de torná-las instrumentos de uma *práxis* social. Deve-se, também, destacar a ouvidoria como importante instrumento na democratização das práticas e decisões em saúde, no reforço a uma política institucional comunicativa, democrática, participativa e humanizada.

Palavras-chave: Modelos de gestão. Ouvidoria. Hospital. Participação social.

Abstract: This is a case study in order to examine the implications of the management model in the hospital ombudsman deployment process, bringing the experience of a private hospital in the state of Bahia. This is a qualitative research, built from an empirical survey with the application of structured interviews scripts, with patients and/or family members, who were welcomed to the inpatient sector, hospital, locus of this study. Concomitantly, it is performed also participant observation technique. Finally, the data collected in both techniques, were processed in the method of content analysis. This exhibition also aims to discuss, from these results taken from the collection and its analysis, on the need and urgency to rethink the management practices that, indeed, are bureaucratized, to make them instruments of social praxis. We must also highlight the ombudsman as an important instrument in the democratization of practices and health decisions, strengthening the communicative institutional, democratic, participatory and humane.

Keywords: Management models. Ombudsman. Hospital. Social participation.

Introdução

Decorrido o período de luta pela democratização da saúde, evidenciou-se, após a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS – como política majoritária do setor, instituindo-a como categoria de direito, sendo seu acesso universal, igualitário/equânime e integralizado. O próprio texto constitucional, no Art. 196, acrescenta que o direito à saúde deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas, com vistas à redução do risco de doenças e outros agravos, ainda podendo o setor privado atuar em caráter de complementariedade (BRASIL, 1988).

Debater sobre a dinamicidade das ouvidorias no interior das práticas, serviços e instituições de saúde, especificamente no cuidado hospitalar, é de extrema valia; ao passo que se compreende a relevância do setor de ouvidoria em hospitais como estratégia de fomento a um

¹ Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI. Rodovia BR 470 - Km 71. n.º 1.040. Bairro Benedito. Caixa Postal 191. CEP 89130-000 - Indaial/SC. Fone (47) 3281-9000 - Fax (47) 3281-9090. Site: www.uniasselvi.com.br.

ambiente de interação e diálogo, entre os agentes e entes que constroem a dinâmica hospitalar, ratificando uma assistência e organização democráticas, transparentes e humanizadas. Portanto, pressupõe-se como resultados de sua aplicabilidade a construção de uma comunicação dialética e horizontalizada entre o público demandante, gestores e profissionais. A desmistificação e a desconstrução da política de ouvidorias, muitas vezes, nos levam a compreendê-las unicamente como setores de coleta de queixas e demandas. É importante frisar que seu verdadeiro objetivo é a construção de um sistema descentralizado e desverticalizado, com atuações democráticas e humanizadas, direcionado no incentivo à participação e controle social.

Para tanto, faz-se necessário sistematizar a ideia das ouvidorias no cenário hospitalar em três pilares fundamentais: planejamento, implementação e avaliação. No que condiz ao seu planejamento, deve pautar-se em otimizar uma gestão participativa e descentralizada, condicionando os usuários dos serviços enquanto coagentes dos processos decisórios e/ou avaliativos. Já a sua implementação, obrigatoriamente, deve (ou deveria) facultar-se a uma ação transformadora, sendo os sistemas de ouvidorias dispositivos que fomentam *práxis*, mudanças de realidades, de conjecturas, de paradigmas. No que se refere à avaliação, entende-se, objetivamente, que são instrumentos de mensuração dos processos operacionalizados e, então, a partir dessa ação avaliativa são tomadas as devidas medidas e propostas de intervenção. Logo, esta apreciação teórica compreende os sistemas de ouvidoria enquanto estratégias que planejam e executam uma gestão participativa e democrática dos serviços e decisões em saúde e, concomitantemente, avaliam os arranjos operativos, sendo estes processos cíclicos e contínuos.

O conceito de gestão em saúde que referencia este espaço é trazido por Paim e Teixeira (2006), quando afirmam que é o ato de criar e utilizar meios que possibilitem concretizar os princípios de organização; por Fracolli e Egry (2001), quando afirmam ser os espaços de saúde arenas de disputas, assemelhando-se a um jogo de xadrez (teoria matusiana do jogo social). E, por Junqueira (1990), apropriando ao entendimento da gestão em saúde a ideia do planejamento e do controle.

Portanto, ratifica-se a relevância desta exposição na desmistificação sobre os reais objetivos da Ouvidoria em Saúde, para além do processo queixa-conduta, mas na instauração de uma gestão/atenção democrática, participativa, descentralizada, transparente e humanizada. E, também, a conscientização, a partir da reflexão sobre os dados empíricos, sobre os limites que estão imbricados, decorrentes da interface saúde *versus* mercado.

Logo, esta fundamentação teórica busca analisar as implicações do modelo de gestão no processo de implantação da Ouvidoria hospitalar, tendo como referência o caso de um hospital privado no interior do Estado da Bahia.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aqui vista como uma das formas da pesquisa social que tem maior preocupação e detalhamento com os dados, para além da dimensão quantitativa, ou seja, buscou-se com a investigação qualitativa uma maior aproximação com a realidade institucional da unidade em análise, no que condizem informações que vão além de dados estatísticos e/ou numéricos, mas um universo que envolve significados, apreensões, crenças, valores, experiências, vivência e ação (MINAYO, 2012). Portanto, “[...] um universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO et al., 1994, p. 78).

Este estudo ainda é um caso articulado em três momentos metodológicos. O primeiro tratou-se de uma investigação integrativa de literatura, sobre as principais bibliografias e produções relativas à temática em foco. Esta revisão bibliográfica ocasionou-se a partir da análise

de publicações em meios eletrônicos e periódicos, constituindo o arcabouço bibliográfico da pesquisa, processados nas bases de dados: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e SCIELO. Esses, posteriormente, foram analisados sob o método hermenêutico-dialético, na busca de uma abordagem e interpretação mais detalhada dos textos, uma vez que esta metodologia “[...] se refere à arte de interpretar textos e sobretudo à comunicação humana” (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008, p. 146).

O segundo momento caracterizou-se com a construção dos dados empíricos, a partir da inserção *in loco*. Esta inserção deu-se, exclusivamente, com o processo de execução dos componentes curriculares dos Estágios I, II e III. Assim, a pesquisa de campo foi ocasionada em decorrência da construção de um projeto de intervenção, sendo este resultado de investigação e abordagem institucional, em que se identificou como demanda a ausência do setor de ouvidoria. Para tanto, foi necessária a aplicação de roteiros estruturados de entrevista, aplicados aos pacientes e/ou acompanhantes do setor de internamento, utilizando-se como justificativa a necessidade da implantação da ouvidoria. Esse roteiro foi o método de orientação durante a pesquisa qualitativa. Concomitantemente, foi aferida a execução da técnica de pesquisa da observação participante, que tem “a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está face a face com o observado” (MINAYO, 2004, p. 143).

Por fim, em terceira instância, todos os dados coletados a partir dos atributos supramencionados foram analisados sob o método de análise de conteúdo. Este método tem por finalidade, segundo Minayo e Sanches (1993), estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Outrossim, “encontrar respostas para as questões formuladas e [...] confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação” (GOMES, 1994, p. 134).

Resultados e discussão

Os ditames conceituais sobre ouvidoria em saúde indicam aproximativas reflexivas, que convergem ao seu entendimento como ferramentas ou catálises à instauração de uma ordem gerencial, pautada na horizontalização dos processos decisórios e na ampliação do caráter democrático da saúde. Logo, a implantação de ouvidorias na rotina da saúde hospitalar incita a uma reconfiguração das práticas, seja no âmbito da planificação e gestão, até na assistência de fato. Assim, as discussões apresentadas nesta seção elucidam sobre os desdobramentos crítico-analíticos sobre a ouvidoria no cuidado hospitalar, fazendo algumas inferências aos elementos empíricos, extraídos da investigação *in loco*.

O hospital: uma breve abordagem teórico-conceitual

À luz da referência matusiana, quando nos apresenta a teoria do jogo social, podemos relacionar a rotina do cuidado hospitalar como uma arena (MATUS, 2005), à medida que se pode identificar o hospital como um cenário marcado por contradições em que sujeitos se relacionam, muitas vezes, sob ótica, projetos e missões diferentes, instância ainda marcada por antagonismos. É também o local onde a clínica fixou-se e ampliou-se. Hoje, assume a própria roupagem e ideologia capitalista, incorporando a visão pragmática de local de produção de bens e serviços e de obtenção de lucro e mais-valia (ARONE; CUNHA, 2007).

Mesmo com os avanços e abrangência (ainda que insuficiente) do nível primário de complexidade e atenção em saúde, muito ainda se visualiza uma concepção hegemônica do hospital como um mundo à parte, autocentrado e autossuficiente no cuidado à saúde. Ainda,

tem sido um local de reprodução e manifestação da lógica hegemônica do trabalho em saúde, como um espaço de reprodução dos poderes de corporações. É, então, um sistema ou ainda um subsistema dentro de um sistema social e uma macropolítica como a saúde (FUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

O hospital, na sociedade contemporânea, atendendo à vertente econômica da saúde, tem assumido o papel de empresa, podendo ser considerado como um campo de bens vendáveis, reproduzindo, assim, a lógica das leis do mercado competitivo (PEIXOTO, 1994 apud BARRA et al., 2006). É também um cenário de intensa e maciça incorporação tecnológica, derivada da necessidade de ampliação da capacidade diagnóstica e resolutiva quanto aos problemas de saúde, também com constante aumento dos custos, institucionalização das práticas de saúde e, em algumas situações, perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (FUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

A unidade hospitalar: o *locus* da pesquisa

Nesta seção busca-se apresentar elementos relevantes sobre a unidade em análise. Fundado em 1970, até o dado momento, é o único hospital privado da localidade. Nos seus primórdios, o hospital contava com uma estrutura mínima, atendendo a casos com menor gravidade, detendo seu trabalho, especialmente, à clínica médica ambulatorial. Atualmente, a unidade hospitalar é abastecida com uma infraestrutura mais qualificada e com intensa incorporação tecnológica (em conformidade com a ideologia mercadológica neoliberal, da economia da saúde), atendendo a demandas de maior gravidade. Conta com uma equipe com cerca de 400 profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistente social e funcionários ligados à administração. A estrutura física do hospital é constituída com setor de internamento, composto por oito apartamentos e terapia intensiva com 12 leitos, duas enfermarias (masculina e feminina), cada uma contendo cinco leitos, sete enfermarias cirúrgicas, quatro enfermarias obstétricas e um berçário, bem como centro cirúrgico, equipado para executar cirurgia geral, ginecológica (com maior incidência de partos cesarianos) e pequenas cirurgias.

Além do setor de internamento, o hospital conta com o setor ambulatorial, que atende às seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, clínica médica, gastroenterologia, angiologia, proctologia, mastologia, urologia, pneumologia, anestesiologia, pediatria, otorrinolaringologia e endocrinologia. Além dos setores de nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e serviço social, a unidade também possui o serviço de diagnóstico por imagem, bem como parceria com dois setores terceirizados: o laboratório de análises clínicas e o centro de cuidados intensivos. Os setores terceirizados operam com os serviços de hematologia, bioquímica, bacteriologia, imunologia, citologia, uroanálise e parasitologia; e conta com 12 leitos equipados para cuidados de maior gravidade, uma equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e um profissional do setor de qualidade. O setor de emergência também é um dos componentes da estrutura da unidade, contando com um Pronto-Atendimento 24h, formado por uma equipe básica (médicos, enfermeiros e técnicos) e 15 leitos, para atender às demandas de urgência e emergência.

Ouvidoria em saúde: o que, para que e como

O sistema de ouvidorias, com maior visibilidade nas unidades hospitalares, surge atrelado às reformas no sistema de saúde no Brasil decorrente da crise no âmbito da Previdência Social e da saúde. Compreende-se como espaço onde são apontadas situações (queixas, de-

núncias, sugestões ou elogios), demandas derivadas no cotidiano das relações sociais e institucionais. Logo, as ouvidorias devem estar pactuadas no fomento de uma nova forma de gestão institucional, que possibilite forjar estratégias de envolvimento, disciplinamento e controle. Pereira (2002) ratifica que são modalidades institucionais, objetivadas na aferição de falhas derivadas do pragmatismo institucional, mas também catalisadores no sentido de reconstruir sua dinâmica, facultando-a numa vertente participativa e democrática.

Reconhece-se a ouvidoria como ferramenta de gestão, uma vez que tem como propósito a melhoria dos serviços e o aumento do grau e níveis de satisfação, mas também “[...] são canais que podem democratizar as relações institucionais (PEREIRA, 2002, p. 345). Pode-se apontar como objetivos basilares da ouvidoria em saúde conhecer os usuários reclamantes e assim verificar quais as estratégias de desenvolvimento e de disciplinamento desencadeadas em relação aos mesmos; conhecer os trabalhadores em saúde reclamados e evidenciar estratégias de intervenção e envolvimento; e acompanhar o percurso institucional das reclamações.

A incorporação da ouvidoria na esfera hospitalar surge e inspira-se nas Teorias Científicas e Clássicas da Administração, enfaticamente quando adotam os princípios propostos por Taylor e Fayol, no sentido de efetivar a administração gerencial. Atualmente, repercutem nas técnicas de busca da qualidade total (QT) e no próprio controle da qualidade (CCQ) (PEREIRA, 2002). Igualmente, sob a égide de Ferreira, Reis e Pereira (1997), podemos apontar como características da administração científica, presentes no contexto da ouvidoria hospitalar, a ênfase na eficiência, a questão da disciplina (na confecção de normas, de padronizações), tendo a gestão a função de planejar, comandar, organizar, controlar e coordenar (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 1997).

As implicações do modelo de gestão no projeto de implantação da ouvidoria hospitalar: o referido caso

Viana e Silva (2010) identificam a existência de três modelos de gestão, no cenário das instituições de saúde: 1) o modelo de gestão fiscal, objetivando a maximização dos lucros; 2) o modelo institucional estratégico, proeminência tecnológica; e 3) o modelo médico-individualista, sob o prisma da eficiência e excelência clínica. Inicialmente, é mister reiterar que é uma difícil tarefa identificar o modelo em destaque, na unidade *lócus* deste estudo, haja vista que se nota a eminência de ambos modelos. Com isso, “convém destacar que esses três modelos de tomada de decisão não são mutuamente exclusivos, mas complementares” (VIANA; SILVA, 2010). Assim, neste espaço é proposta uma reflexão sobre a influência do modelo de gestão, na tomada de decisões em uma unidade hospitalar; para tanto, utiliza-se o método de análise institucional de René Lourau.

L’Abbate (2003), à luz de Lourau, define a análise institucional como um conjunto de conceitos e instrumentos que possibilitam uma análise e intervenção sobre determinada(s) instituição(ões). A análise institucional, proposta por Lourau, não possui um único sentido, mas é derivada da socioanálise, de tradição dialética (L’ABBATE, 2003). Com isso, é pertinente para este estudo utilizar-se do método de análise institucional, sob o quesito do processo e projeto de implantação da ouvidoria, visto que também é uma abordagem que busca a transformação das instituições, a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos (L’ABBATE, 2003).

Primeiramente, é necessário elucidar que a maior implicação no processo de apresentação da proposta de implantação do setor foi a não aceitação da gestão, atestando-se, exclusivamente, insuficiência de insumos financeiros, humanos e materiais, uma vez que a unidade estava em processo de expansão estrutural, com o aumento do Centro de Terapia Intensiva, com a aquisição de novo maquinário de bioimagem. Assim, analisando a micropolítica hospitalar,

chega-se à seguinte conclusão: de forma veemente, cada vez os laços entre a economia e a saúde são estreitados, progressivamente o hospital é pensado e operacionalizado como uma empresa, assim “torna-se peça central do complexo médico-industrial” (BERNARDES; CECILIO; ÉVORA, 2007). Por se tratar de uma unidade privada, o *locus* deste estudo também assume este papel mercadológico/expansionista, marcando seu cotidiano pela busca da excelência e da qualidade, com forte presença do modelo tradicional de gestão, no qual se enfocam as categorias controle e poder, onde há uma “chefia” que determina o trabalho a ser realizado, quem vai realizá-lo, quando e quais recursos (BERNARDES; CECILIO; ÉVORA, 2007).

Pode-se ainda afirmar que na unidade em análise há um *mix* de modelos, categoricamente, acumulativo-capitalista e tradicional hegemônico, no sentido de que faculta uma gestão verticalizada, unilateral e não participativa, proporcionando, assim, a existência de agentes/sujeitos com distintas cotas de poder (ou melhor, com o poder centralizado), com diferentes capacidades de análise e de intervenção, também com diversos graus de autonomia pessoal e individual (BERNARDES; CECILIO; ÉVORA, 2007). Sobre o campo da autonomia, Abrahão, Martins e Geisler (2008) trazem que a organização atual do mundo do trabalho tem possibilitado mudanças na conformação da subjetividade da classe trabalhadora. Logo, na realidade em destaque, manifesta-se uma verdadeira interligação entre o estranhamento/alienação do trabalhador e o caráter heterônomo do trabalho (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008).

Nessa questão da autonomia e do próprio poder, pode-se destacar a presença de conflitos e descontentamentos entre sujeitos internos da unidade, sejam gestores, profissionais e/ou usuários. Segundo Abrahão, Martins e Geisler (2008), os problemas provenientes das relações entre sujeitos e estruturas, fundamentados com o materialismo histórico, são próprios ao desenvolvimento da civilização humana, ainda que há contradição entre as forças produtivas e as relações de produção (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008). Outrossim, nota-se que o sujeito contemporâneo/pós-moderno é, senão, uma versão parodiada da liberdade negativa do eu liberal (EAGLETON, 1998; ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008). Então, chega-se à conclusão, diante dos fatos e dados observados em campo, de que os sujeitos (profissionais, executores do cuidado/atenção) são caracterizados por uma subjetividade inautêntica, estranhada, alienada [...] – e mais do que nunca – sob a égide da mercadoria (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008).

A estrutura organizacional assemelha-se também ao método da *démarche*, quando comunga dos mesmos objetivos, a exemplo: 1) quando tem sua missão de acordo com o critério de oportunidade, na organização de um padrão que lhe permita vantagens competitivas e 2) quando se objetiva a favorecer a integração do hospital em uma rede de ofertas de cuidados estruturadas com a preocupação da eficácia e da eficiência (ARTUMANN; RIVERA, 2003). O paradoxo é que o modelo da organização opta por uma busca da qualidade e excelência na prática clínica, porém esta qualidade está restrita a certo expansionismo/desenvolvimentismo estrutural, sem paralelamente repensar as práticas, promover espaços interativos e de educação permanente.

Portanto, pode-se destacar que todos esses são elementos que caracterizam o modelo de gestão da unidade e que implicam o cotidiano e a dinâmica das práticas e do cuidado prestado, o que, conseqüentemente, favoreceram de forma negativa na proposta de implantação do setor de ouvidoria. Por tratar-se de uma unidade privada e com fins lucrativos, a gestão adota o quesito lucro como princípio, meio e fim, reduzindo sua expansão e desenvolvimento, equivocadamente, àquilo que mensuram que possibilite o lucro e mais-valia.

Notas conclusivas

É preciso, primeiramente, reconsiderar o próprio conceito de gestão, na medida em que a categoria controle sobrepõe-se em detrimento ao diálogo e à participação. Este espaço, portanto, considera a ouvidoria como espaços desburocratizadores da ideologia hegemônica e tradicional de gestão não participativa, centralizada e verticalizada. Reafirma-a ainda como importante instrumento de controle social, como catalisador nos/dos processos decisórios. Com isso, a gestão deve facultar-se pela criação de (novos) espaços democráticos, impulsionados pela cogestão (ABRAHÃO; MARTINS; GEISLER, 2008). Deve ainda favorecer no contexto hospitalar a recuperação da dimensão do cuidado e a busca da integralidade na atenção à saúde (FUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Assim, este ensaio reafirma e destaca a relevância da ouvidoria em organizações de saúde, por ser um dos caminhos que oportunizam a comunicação, instrumento que possibilita uma governança corporativa, de comprometimento e qualidade na gestão de um ambiente organizacional, consolidando modernas práticas da administração, concomitantemente, buscando a satisfação dos agentes e entes, tornando-se um instrumento de participação popular e modernização administrativa.

Com isso, é preciso que alguns desafios, próprios da estrutura organizacional hospitalar, sejam superados, tais como a questão da não escuta (aprender a escutar o diferente, o singular, o contraditório), a não criação de protagonismos, derivada de modelos organizacionais e gerenciais verticalizados e não participativos, o burocratismo institucional e institucionalizado, que fragmentam e pragmatizam os saberes e práticas.

Portanto, a gestão em saúde, seja em qual organização ou instituição for, deve pautar-se como uma *práxis* social de âmbito institucional, de natureza ética, política, estratégica, técnica e administrativa (CARVALHO et al., 2012). Deve pautar-se ainda em construir e operar decisões sob o enfoque das subjetivas complexidades dos sujeitos da/na saúde, reconhecendo suas necessidades, vulnerabilidades e riscos, mas também como instrumento de mediação política na definição de espaços de participação e controle social, criando uma estrutura organizacional democrática, participativa e humanizada, em que os sujeitos sejam resgatados.

Referências

ABRAHÃO A. L.; MARTINS C. M.; GEISLER A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a autonomia. **Ciência e saúde coletiva**. V. 1, n. 13, jan./fev., 2008.

ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. In: **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, 2007.

ARTMANN E; RIVERA F. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 2. n. 8, 2003.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. In: **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. V. 3. n. 8. 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BERNARDES A; CECÍLIO L. C. de O.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 4. n. 12, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 4. n. 17, 2012.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. In: **Acta Paul Enferm**. V. 21. n. 3, 2008.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C.; PEREIRA, M. I. **Gestão Empresarial**: de Taylor aos nossos dias. Evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1997.

FEUERWERKER, L. C.; CECÍLIO, L. C. de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 4. n. 12, 2007.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2001.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa quantitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 1990.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 8. n. 1, 2003.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. In: **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. V. 3, n. 17, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MINAYO, M. C. E S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1993.

QUEIROZ, A. C. S.; BARBOSA, A. P. Racionalidade e incorporação de tecnologia em saúde: a experiência de um hospital de alta complexidade em São Paulo. In: **RAE – Eletrônica**. São Paulo, 2003.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. In: **Rev. de Enferm. da UERJ**. Rio de Janeiro, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. In: **Rev. Saúde Pública**. Salvador, 2006.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. In: **Sociologias**. Porto Alegre, 2002.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em Enfermagem. In: **Rev. de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, 2012.

SOUTO, A. C. **Concepção Weberiana de Poder**: contribuição aos estudos organizacionais. Salvador: UFBA, 2007.

VAZQUEZ, Maria Luisa. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Avaliando a difusão de tecnologias médicas no sistema de saúde privado no Brasil: o caso da tomografia por emissão de pósitrons (PET). In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 2010.

YEPEZ, Martha Traverso; MORAIS, Normanda Araújo de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004.

Artigo recebido em 15/06/16. Aceito em 18/08/16.
