

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

FÁBIO CAMPOS AGUIAR

**O ESTADO GERENCIAL E AS TECNOLOGIAS DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC):
UM ESTUDO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO BRASIL E DA ESPANHA.**

**Salvador
2018**

FÁBIO CAMPOS AGUIAR

**O ESTADO GERENCIAL E AS TECNOLOGIAS DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC):
UM ESTUDO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO BRASIL E DA ESPANHA**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia (NPGA/UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes

**Salvador
2018**

Escola de Administração - UFBA

A282 Aguiar, Fábio Campos.

O estado gerencial e as tecnologias da informação e comunicação (TIC): um estudo nos serviços hospitalares do Brasil e da Espanha / Fábio Campos Aguiar. – 2018.
214 f.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto S. Mendes.
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2018.

1. Hospitais públicos – Gerenciamento de recursos de informação – Brasil. 2. Hospitais públicos – Gerenciamento de recursos de informação – Espanha. 3. Administração dos serviços de saúde - Brasil. 4. Administração de serviços de saúde – Espanha. 5. Transparência na administração pública. 6. Clientelismo. 7. Tecnologia da informação – Finalidades e objetivos. 8. Estudo comparado. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 658.45

FÁBIO CAMPOS AGUIAR

**O ESTADO GERENCIAL E AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO (TIC): UM ESTUDO NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO
BRASIL E DA ESPANHA**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia/UFBA, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração.

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Titular: Prof. Dr. José Antônio Gomes Pinho
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Titular: Prof. Dr. Ricardo Coutinho Mello
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Titular: Profa. Dra. Ingrid Winkler
SENAI/CIMATEC

Titular: Prof. Dr. Luis Modesto Álvarez Sabucedo
Universidad de Vigo - UVIGO

Dez mil dissertações e teses escrevesse, dez mil dedicatórias seriam suas. Como não poderia ser de outra forma, dedico este trabalho à minha mãe, Profa. Dra. Marlene Campos Peso de Aguiar, Professora Titular desta Universidade e Decana do Instituto de Biologia (IBIO-UFBA), minha maior incentivadora e meu maior exemplo de competência profissional e dedicação à vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Vera Mendes, não apenas pela irrestrita disponibilidade e infinita paciência ao longo deste trajeto, mas pelos quase dez anos de trabalho em conjunto, marcados por certos dessabores, mas também por muitas vitórias. Mais do que uma orientadora, quis o Sagrado que aqui eu encontrasse uma grande parceira profissional e uma amiga para a vida toda. Faltam-me palavras para lhe agradecer todo o empenho e, sobretudo, a defesa incondicional dos meus objetivos particulares. Mais uma vez, e sempre, o meu sincero e carinhoso MUITO OBRIGADO!

A Marcos Rogério Ferreira, companheiro na vida e irmão no espírito. Nada disso seria possível sem seu incentivo e motivação diários. Jamais teria vislumbrado horizontes tão distantes, e jamais teria força de persegui-los sozinho. De tudo aquilo que me proponho a ser, muito devo a você.

Aos Profs. Drs. Ricardo Coutinho (EADM-UFBA), Gilberto Tadeu, Angela Tahara e Simone Amestoy (EENF-UFBA), grandes parceiros das atividades de pesquisa e extensão indispensáveis à minha formação doutoral.

À Coordenação do NPGA-UFBA, então representada pelos Profs. Drs. Roberto Brasileiro e Ariadne Rigo, sem o apoio dos quais, dado o contexto institucional, não seria possível a viabilização da bolsa de Doutorado Sanduíche, que permitiu a coleta de dados no exterior.

À INCRÍVEL Anaélia Silva, secretária do NPGA. Não seríamos nada sem você. Obrigado por todo o apoio e pela torcida constante.

Aos Profs. Drs. Juan M. Gago e Luis A. Sabucedo, co-orientadores da pesquisa no exterior, pela oportunidade do convívio e aprendizado.

A Victor, Matheo, Fran e Sônia, colegas do *Grupo de Investigación en Ingeniería de Sistemas Telemáticos* (GIST), pelo acolhimento e troca de experiências

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro indispensável ao desenvolvimento desta pesquisa, tanto no Brasil quanto no exterior.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de Regulação e Barreiras de acesso aos leitos de UTI: em estudo na macrorregião leste do Estado da Bahia”, cujos resultados integram o escopo empírico desta tese.

A todos os demais atores, físicos ou jurídicos, que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

(Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. 196).

RESUMO

A adoção estratégica de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) é um dos fundamentos da abordagem gerencialista de Administração Pública eficiente. Contudo, em Serviços de Saúde, são escassos os estudos que demonstrem o alcance deste princípio, assim como dos princípios da regulação e da transparência. Por isso, este trabalho objetiva analisar criticamente a apropriação de tais tecnologias pelos serviços públicos hospitalares e suas contribuições ao fortalecimento dos princípios da regulação e da transparência do Estado Gerencial no Brasil e na Espanha. A premissa é que as TIC são meios estratégicos na gestão dos sistemas de saúde, quando adotadas como mecanismos facilitadores dos serviços e da implementação das Políticas de Saúde. Partem-se dos pressupostos que: a) as TIC contribuem para fortalecer o Estado Regulador, na medida em que seu uso propicia eficiência e transparência nos serviços públicos de saúde; b) a subjetividade nos critérios de adoção e desuso de TIC, a exemplo dos Sistemas de Informação oficiais, comprometem o aparato tecnológico proposto pelo Estado para atender às suas finalidades regulatórias, levando à ineficácia das ferramentas, à preservação de práticas patrimonialistas e à consequente fragilização dos princípios da Administração Pública Gerencial. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de metodologia dedutiva, qualitativa e quantitativa. Realizou-se pesquisa bibliográfica, documental e de campo, no Brasil e na Espanha. Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a um total de 58 sujeitos, entre gestores públicos, diretores de hospitais, médicos e técnicos reguladores. No Brasil, constituem o escopo investigativo deste trabalho: a identificação das barreiras de acesso aos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e das estratégias de regulação adotadas pelos gestores, bem como as implicações da regulação clientelística na transparência. Na Espanha foram observados as possibilidades e os limites do uso de TIC nos serviços hospitalares, em uma perspectiva comparativa entre a teoria, as leis e a realidade operacional dos sistemas de saúde, descrevendo como a Administração Gerencial espanhola adota as TIC nos serviços hospitalares e os reflexos dos usos no fortalecimento dos princípios gerenciais da regulação e da transparência. No Brasil, os resultados indicam que a escassez de leitos é a principal barreira funcional ao acesso aos leitos de UTI e que predominam estratégias governamentais negociadas, porém com forte presença de estratégias clientelísticas e leigas de regulação, principalmente a regulação paralela, por meio do uso do aplicativo de mensagens WhatsApp, as quais geram impactos negativos no processo regulatório, e consequente falta de transparência, transformando-se uma barreira ao acesso equitativo e universal ao recurso público e em instrumentos de fragilização das TIC institucionais. Isso favorece a preservação de práticas patrimonialistas características dos governos autoritários. Na Espanha, observou-se que as TIC são subutilizadas pelos serviços e subfinanciadas pelo governo, enfrentando resistência dos profissionais da saúde, o que contribui para a ineficácia das ferramentas e para a manutenção de processos inadequados de trabalho, mas que contribuem positivamente para o controle e a *accountability*. Em ambos os países, constatou-se que ocorre a digitalização da burocracia nos serviços hospitalares, e não a efetiva modernização dos serviços públicos por meio das TIC defendida pela Administração Gerencial, o que leva ao enfraquecimento do Estado Regulador e da transparência pública em decorrência do uso irrefletido de TIC, comprometendo os princípios da Administração Gerencial. Diante do exposto, os resultados desta pesquisa refutam o primeiro pressuposto e validam o segundo.

Palavras-chave: Estado Gerencial. Tecnologias da Informação e Comunicação. Serviços Hospitalares Brasileiros e Espanhóis. Regulação. Transparência.

RESUMEN

La adopción estratégica de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) es uno de los fundamentos del enfoque gerencialista de Administración Pública eficiente. Sin embargo, en Servicios de Salud, son escasos los estudios que demuestren el alcance de este principio, así como de los principios de la regulación y de la transparencia. Por eso, este trabajo objetiva analizar críticamente la apropiación de tales tecnologías por los servicios públicos hospitalarios y sus contribuciones al fortalecimiento de los principios de la regulación y de la transparencia del Estado Gerencial en Brasil y España. La premisa es que las TIC son medios estratégicos en la gestión de los sistemas de salud, cuando se adoptan como mecanismos facilitadores de los servicios y de la implementación de las Políticas de Salud. Se parte de los supuestos que: a) las TIC contribuyen a fortalecer el Estado Regulador, medida en que su uso propicia eficiencia y transparencia en los servicios públicos de salud; b) la subjetividad en los criterios de adopción y desuso de TIC, a ejemplo de los Sistemas de Información oficiales, comprometen el aparato tecnológico propuesto por el Estado para atender a sus finalidades regulatorias, llevando a la ineficacia de las herramientas, a la preservación de prácticas patrimonialistas y a la consiguiente fragilización de los principios de la administración pública gerencial. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, de metodología deductiva, cualitativa y cuantitativa. Se realizó investigación bibliográfica, documental y de campo, en Brasil y en España. Entrevistas semiestructuradas se aplicaron a un total de 58 sujetos, entre gestores públicos, directores de hospitales, médicos y técnicos reguladores. Constituyen el ámbito investigativo de este trabajo, en Brasil: la identificación de las barreras de acceso a las camas de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y de las estrategias de regulación adoptadas por los gestores, así como las implicaciones de la regulación clientelística en la transparencia. En España se observaron las posibilidades y los límites del uso de las TIC en los servicios hospitalarios, en una perspectiva comparativa entre la teoría, las leyes y la realidad operacional de los sistemas de salud, describiendo cómo la administración gerencial española adopta las TIC en los servicios hospitalarios y los reflejos de esos usos en el fortalecimiento de los principios gerenciales de la regulación y de la transparencia. En Brasil los resultados indican que la escasez de plazas es la principal barrera funcional al acceso a las camas de UTI y que predominan estrategias gubernamentales negociadas, pero con fuerte presencia de estrategias clientelísticas y laicas de regulación, principalmente la regulación paralela, a través del uso de la aplicación de mensajes WhatsApp, que generan impactos negativos en el proceso regulatorio, generando falta de transparencia, convirtiéndose en una barrera al acceso equitativo y universal al recurso público y en instrumentos de fragilización de las TIC institucionales. Esto favorece la preservación de prácticas patrimonialistas características de los gobiernos autoritarios. En España, se observó que las TIC son infrutilizadas por los servicios y subinversionadas por el gobierno, enfrentando resistencia de los profesionales de la salud, lo que contribuye a la ineficacia de las herramientas y al mantenimiento de procesos inadecuados de trabajo, pero que contribuyen positivamente al control y a la *accountability*. En ambos países, se ha entendido que ocurre la digitalización de la burocracia en los servicios hospitalarios, y no la efectiva modernización de los servicios públicos por medio de las TIC defendida por la administración gerencial, lo que lleva al debilitamiento del Estado Regulador y de la transparencia pública como consecuencia del uso irreflexivo de TIC, comprometiendo los principios de la administración gerencial. En vista de lo expuesto, los resultados de esta investigación refutan el primer supuesto y validan el segundo.

Palabras clave: Estado Gerencial. Tecnologías de la Información y la Comunicación. Servicios Hospitalarios en Brasil y España. Regulación. Transparencia.

ABSTRACT

The strategic adoption of Information and Communication Technologies (ICT) is one of the foundations of the managerialist approach to efficient Public Administration. However, in Health Services, there are few studies that demonstrate the scope of this principle, as well as the principles of regulation and transparency. Therefore, this work aims to critically analyze the appropriation of such technologies by public hospital services and their contributions to strengthening the principles of regulation and transparency of the Management State in Brazil and Spain. The premise is that ICT are strategic means in the management of health systems, when adopted as mechanisms to facilitate services and the implementation of Health Policies. This research is based on the assumptions that: a) ICT contribute to strengthen the regulatory state, in the insofar as their use provides efficiency and transparency in public health services; b) subjectivity in the criteria of adoption and disuse of ICT, such as the official information systems, compromise the technological apparatus proposed by the State to meet its regulatory purposes, leading to the tools ineffectiveness, the preservation of patrimonial practices and the consequent embrittlement of public administration managerial principles. This is an exploratory and descriptive study, of deductive, qualitative and quantitative methodology. Bibliographical, documentary and field research was carried out in Brazil and Spain. Semi-structured interviews were applied to a total of 58 subjects, including public managers, hospital directors, doctors and regulatory technicians. In Brazil, the investigative scope of this work is: the identification of barriers to access to Intensive Care Units (ICU) beds and the regulatory strategies adopted by managers, as well as the implications of clientelistic regulation on transparency. In Spain, the possibilities and limits of the use of ICTs in hospital services were observed, in a comparative perspective between the theory, laws and the operational reality of health systems, describing how the Spanish managerial administration adopts the ICT in the hospital services and the reflecting of this uses in strengthening the managerial principles of regulation and transparency. In Brazil the results indicate that the shortage of beds is the main functional barrier to the access to ICU beds and that there are predominantly negotiated governmental strategies, but with a strong presence of clientelistic and lay strategies of regulation, mainly the parallel regulation, through the use of WhatsApp messages application, which generate negative impacts on the regulatory process, generating a lack of transparency, becoming a barrier to equitable and universal access to public resources and instruments for weakening institutional ICT. This favors the preservation of patrimonial practices, characteristic of authoritarian governments. In Spain, it has been observed that ICT are underutilized by services and are underfunded by the government, facing resistance from health professionals, which contributes to the tools inefficiency and to the maintenance of inadequate work processes, but which contribute positively to the control and accountability. In both countries, the digitalization of bureaucracy in hospital services was observed, not the actual modernization of public services through ICT, as advocated by management, which led to the weakening of the Regulatory State and public transparency as a result of the unthinking use of ICT, compromising the principles of managerial administration. In view of the above, the results of this research refute the first assumption and validate the second.

Keywords: New Public Management. Information and Communication Technologies. Brazilian and Spanish Hospital Services. Regulation. Transparency.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Abordagens da Filosofia da Tecnologia.....	69
Quadro 2 — Processos relativos ao produto hospitalar.	81
Quadro 3 – Processos de apoio hospitalar.....	82
Quadro 4 — Caracterização da amostra de hospitais da Macrorregião Leste. BA, 2014.	136
Quadro 5 — Modelo de Análise I. Estudo Brasil.....	140
Quadro 6 — Modelo de Análise II. Estudo Espanha	142

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** — Hierarquização dos serviços de saúde no SUS.....85
- Figura 2** — Fluxograma para a Regulação de Leitos. DIREG/SUREGS/SESAB.....93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCAA	Comunidades Autônomas
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CER	Central Estadual de Regulação
CFRB	Constituição da República Federativa do Brasil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIINFO/MS	Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde
CISNS	Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde
CR	Complexos Reguladores
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FMI	Fundo Monetário Internacional
GIST	Grupo de Investigação em Engenharia de Sistemas Telemáticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INGESA	Instituto Nacional de Gestão Sanitária
ONU	Organização das Nações Unidas

OSCIPS	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
PDTI/MS	Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPP	Parcerias Público-Privadas
PPSUS	Projetos de Pesquisa para o SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SER GAS	Serviço Galego de Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SI	Sistemas de Informação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNIS	Sistema Nacional de Informações em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde da Espanha
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Europeia

UFBA Universidade Federal da Bahia

UTI Unidades de Terapia Intensiva

UVIGO Universidade de Vigo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. O OBJETO DE ESTUDO: CONTEXTO E PROBLEMÁTICA EMERGENTE..	21
1.2. TIC E A ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL NO BRASIL E NA ESPANHA: A PERTINÊNCIA DE UM DIÁLOGO	24
1.3. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DA PESQUISA	27
1.4. O PERCURSO DA PESQUISA E A RELEVÂNCIA DOS RESULTADOS	28
2. REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1. DO ESTADO BUROCRÁTICO AO NOVO GERENCIALISMO.....	31
2.1.1. Precedentes: o Estado Burocrático e suas disfunções	31
2.1.2. Compreendendo a Nova Gestão Pública	34
2.1.3. O princípio da Regulação	46
2.1.4. O princípio da Transparência	50
2.2. TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC).....	55
2.2.1. Uma breve revisão sobre TIC	55
2.2.2. Usos da TIC na Administração Pública Gerencial	59
2.2.3. A Teoria Crítica da Tecnologia	68
2.3. OS SERVIÇOS HOSPITALARES NO CONTEXTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	75
2.3.1. Evolução e especificidades das organizações hospitalares	76
2.3.2. O processo produtivo em organizações hospitalares	80
2.3.3. A regulação de leitos de UTI	87
2.3.4. Governança de TIC em Serviços de Saúde	94
2.3.5. Saúde 2.0	102
3. ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL E SERVIÇOS HOSPITALARES NA ESPANHA	106
3.1. A REFORMA DO ESTADO ESPANHOL E A IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO GERENCIALISTA	106

3.1.1. TIC na Gestão Pública Espanhola	108
3.2. O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SALUD	113
3.3. TIC, REGULAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: UMA REVISÃO COMENTADA DO MARCO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NA ESPANHA E NA GALÍCIA	119
3.3.1. Lei Geral de Saúde — Lei 14/1986	119
3.3.2. Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde - Lei 16/2003 122	
3.3.3. Lei Geral de Saúde Pública - Lei n 33/2011	125
3.3.4. Lei de Saúde da Galícia: Lei 08/2008	129
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	133
4.1. DESENHO DO ESTUDO	133
4.2. LÓCUS E AMOSTRA DA PESQUISA	135
4.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	137
4.4. SUJEITOS DA PESQUISA	138
4.5. PLANO DE ANÁLISE	138
4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	142
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	144
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	144
5.2. BARREIRAS DE ACESSO AOS LEITOS DE UTI	145
5.3. ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO	156
5.4. REGULAÇÃO CLIENTELÍSTICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA TRANSPARÊNCIA	162
5.5. TIC NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS NA ESPANHA E NA GALÍCIA 164	
5.6. O USO DE TIC NOS SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL BRASILEIRA E ESPANHOLA: ASSIMETRIAS E SIMILIARIDADES	181
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	187
REFERÊNCIAS	194

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, nos anos 1990, a reforma do Estado objetivou, dentre outras medidas, banir velhas práticas patrimonialistas e clientelistas, transformar o modelo clássico de administração burocrática, caracterizado por uma hierarquia rígida e centralizada, fundamentada no controle dos processos, e adotar a Administração Gerencial (BRESSER-PEREIRA, 2001). Passadas quase duas décadas de adoção da abordagem gerencialista, observam-se que foram incorporadas as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) aos processos de trabalho e adotadas práticas regulatórias, nos setores que foram privatizados e também nos serviços públicos.

Várias foram as justificativas para a reforma, dentre elas o déficit fiscal, mas a ideia foi trazer para a administração pública brasileira a revolução gerencial que ocorreu na administração de empresas, por meio da flexibilização, da descentralização dos processos de trabalho e decisórios, do controle por resultados em vez do controle dos processos, e da ênfase na qualidade e na eficiência dos serviços prestados aos usuários (MENDES, V., 2000). Tais propostas, desenvolvidas para os contextos inglês e norte-americano, amplamente divulgadas por Osborne e Gaebler (1994), partem do pressuposto de que os trabalhadores dos serviços públicos apresentam algumas características: competência para autogestão, autonomia, iniciativa, responsabilidade e comprometimento com a “coisa” pública. A avaliação de seu desempenho é mensurada por meio não do controle dos processos, conforme propõe o modelo orientado à burocracia vigente até então, mas pelos resultados fixados nas metas.

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CFRB/88), novos direitos sociais foram conquistados. Especificamente no que se refere à saúde, esta passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado. A operacionalização desta política requer do Estado e da Sociedade Civil capacidades institucionais e organizativas, de modo a garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade organizacional e tecnológica, conforme a sua necessidade de saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com Barbosa, Faria e Pinto (2007), o êxito do modelo gerencialista de gestão pública depende, em boa medida, do uso estratégico de TIC, argumentando que, embora a ideia de governo eletrônico seja frequentemente associada ao uso de TIC para a entrega de serviços, os conceitos subjacentes incluem melhoria nos processos, aumento da eficiência, melhor governança, elaboração e monitoramento de políticas públicas.

Como não poderia ser diferente, na gestão dos serviços públicos de saúde, as TIC ocupam posição de centralidade no entendimento de que a tecnologia não só aproxima usuários, médicos e gestores, possibilitando participação e transparência ao cidadão, como também podem contribuir diretamente para a melhoria da qualidade e da segurança da atenção à saúde (CAPUANO, 2008; CYBIS; BETIOL; FAUST, 2010; JBILOU et al., 2009). Nesse sentido, entende-se que a utilização das TIC em saúde está diretamente relacionada não apenas com os pressupostos do modelo de gestão pública vigente, mas principalmente com o paradigma da Era Digital, no qual a eficácia das organizações públicas depende fortemente da sua capacidade de gestão da tecnologia e de seu aproveitamento para a reestruturação dos processos, com vistas ao fim das disfunções características da administração burocrática (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010).

Entretanto, o que se verifica na realidade das organizações públicas brasileiras de uma forma geral, e nas prestadoras de serviços de saúde em particular, é uma ênfase de investimentos em TIC, mas não em conhecimento e capacitação, conservando-se os mesmos processos de trabalho e continuando a mescla de práticas características dos estilos feudal e burocrático de governança na gestão de dados, informação, conhecimento e TIC, nos quais as organizações públicas se apropriam ou se distanciam das TIC em razão de necessidades próprias (AGUIAR; MENDES, 2015), induzindo a iniquidade do acesso aos serviços de saúde e inviabilizando a operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, é possível entender que a incorporação irrefletida de TIC aos processos gerenciais em serviços públicos de saúde — o que inclui deficiências e limitações dos aparatos humano e organizacional envolvidos em sua operação — fragiliza diretamente o funcionamento do sistema de saúde, cujas diretrizes pressupõem o uso de tecnologias para o cumprimento de suas finalidades. Observando, ainda, que a

construção deste sistema se dá em um contexto de redemocratização, seguido da adoção da abordagem gerencialista da gestão, tal incorporação poderia contribuir negativamente para o fortalecimento dos princípios que norteiam a abordagem de administração pública que se quis implantar com a reforma do estado.

1.1.O OBJETO DE ESTUDO: CONTEXTO E PROBLEMÁTICA EMERGENTE

Entende-se que o campo desta pesquisa abrange amplo cenário de investigação, considerando as inúmeras aplicações das TIC na gestão da saúde pública no contexto da modernidade. Desse modo, de forma a identificar um objeto de estudo operacionalizável, e cuja pesquisa se relacione com aspectos críticos da prestação desses serviços (permitindo assim maior relevância social dos resultados), esta pesquisa destaca o processo de regulação de leitos públicos de alta complexidade como unidade de observação da utilização de TIC na Administração Gerencial brasileira.

Esta seleção se fortalece no entendimento de que, nos serviços de saúde de alta complexidade, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no Estado da Bahia, observa-se que o crescimento da demanda é desproporcional à capacidade de oferta. Este desequilíbrio gera ineficiência do sistema, além de insatisfações de gestores e de usuários; esta última expressa no aumento de ações judiciais para garantir o acesso de usuários a estes serviços (FAPESB, 2017).

Ao estudar os processos regulatórios na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), foi identificado que esta opera os Complexos Reguladores, que são órgãos destinados a regular o fluxo de pacientes entre as organizações hospitalares mediante critérios de priorização de acesso, instituídos para garantir os princípios da Equidade e da Integralidade no acesso aos serviços de saúde, os quais fundamentam a operação do SUS (BRASIL, 2008). Tais órgãos têm seus processos mediados por uma série de Sistemas de Informação (SI), notadamente o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o *SuremWeb*, por meio dos quais é possível a Central Estadual de Regulação (CER) gerenciar os leitos disponíveis nos hospitais.

Conforme Rocco, Soares e Gago (2006), há insuficiência na oferta de leitos de terapia intensiva para atender a demanda da população brasileira. Além disso, verifica-se a iniquidade na distribuição destes leitos no território nacional (BARBOSA, 2004). De acordo com parâmetros de cobertura assistencial da Portaria GM/MS nº 1.101 (BRASIL, 2002), o número necessário de leitos de UTI é de 4% a 10% do total de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. No estado da Bahia, com uma população estimada de 15 milhões de habitantes (IBGE, 2013), estão disponíveis 815 leitos de UTI¹ para o SUS, existindo, portanto, um déficit superior a 70%.

O estado da Bahia é composto por nove macrorregiões de saúde e, dentre estas, o maior déficit se encontra na Macrorregião Nordeste (89%), e o menor na Macrorregião Leste (39%), onde se situa o município de Salvador. Muito embora a Macro Leste possua o menor déficit de leitos de UTI, esta parece apresentar os maiores problemas de acesso a este tipo de serviços, pois atende Salvador, que é a capital do estado e o terceiro município mais populoso do Brasil, com 2.902.927 pessoas (IBGE, 2013), apresentando as dificuldades próprias de uma região metropolitana, possuindo grande parte dos serviços de maior complexidade tecnológica, para os quais são encaminhadas as demandas dos outros municípios.

A Macrorregião Leste é responsável por cerca de 65% da produção de diárias de UTI no estado². A referência de diárias de UTI para a Macro Leste apresentou discreta queda entre os anos de 2010 e 2012, fato que pode estar associado à abertura destes serviços em municípios baianos e/ou encaminhamentos para outras Macrorregiões. A análise da utilização das diárias de UTI pela população residente na Macrorregião Leste, tomando como base o fluxo entre as Microrregiões que a compõe, indica que, embora todas as quatro Microrregiões que integram a Macro Leste possuam serviços com UTI, 96% das diárias de UTI da Macrorregião Leste são produzidas por serviços instalados em Salvador.

Sob as justificativas das barreiras de acesso, da insuficiência de vagas, da morosidade do protocolo institucional e lentidão dos SISREG e do *SuremWeb*,

¹ Informação obtida por meio de consulta on-line ao *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*, disponível no sistema DATASUS. Acesso em: 13 fev. 2014.

² Informação obtida por meio de consulta on-line ao sistema DATASUS. Acesso em: 13 fev. 2014.

verifica-se que os profissionais de saúde, principalmente os secretários municipais de Saúde, têm buscado meios paralelos de regulação, visando à garantia de acesso a leitos de UTI, utilizando aplicativos de mensagens instantâneas para dispositivos móveis (WhatsApp). Tal ferramenta tem se mostrado mais útil na articulação dos atores na busca por leitos do que as ferramentas tecnológicas institucionalizadas; no caso, os SI, SISREG e *SuremWeb*.

Embora a apropriação destes meios possa ser compreendida como uma inovação de processo (SUNDBO; GALLOUJ, 2000), é questionável se tal efetividade não implica subverter o protocolo oficial de regulação, comprometendo os princípios do SUS, possibilitando que os leitos disponíveis sejam regulados por critérios clientelistas e fora do controle dos órgãos públicos oficiais. Deste modo, ainda que com vistas à celeridade indispensável aos cuidados intensivos, tal conduta promoveria um retorno de antigas práticas patrimonialistas ao Estado Gerencial, na medida em que privilegiaria usuários sob cuidados de profissionais melhor relacionados e, portanto, capazes de se articular eficientemente na busca por uma vaga em UTI de forma paralela ao processo regulatório normalizado pelo governo.

Além disso, entende-se que a prática de regulação por meios paralelos compromete diretamente a transparência do processo, vez que ocorre um viés no protocolo oficial. Assim, os dados apresentados pelos SI relativos à gestão dos leitos nem sempre podem refletir a realidade. Dessa forma, dificulta-se o acesso do usuário a informações fidedignas sobre a utilização do recurso, enfraquecendo os princípios da Participação Social e da Transparência, previstos nas diretrizes do SUS³.

³ As ações e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, obedecem aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de

1.2. TIC E A ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL NO BRASIL E NA ESPANHA: A PERTINÊNCIA DE UM DIÁLOGO

De forma semelhante ao Brasil, a Espanha é um país cujo governo adotou uma orientação gerencialista após a redação da Constituição de 1978, também construída em um período de redemocratização e com foco na garantia dos direitos de cidadania. A Constituição Espanhola, em seu artigo 43, determina que a proteção da saúde seja um direito fundamental do cidadão (ESPANHA, 1978).

A Lei Geral de Saúde, de 1986, promulgada no bojo da reforma do Estado espanhol, foi revista e atualizada pela Lei nº 33, de 2011. Ambos os marcos legais definem diversos princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito, entre os quais se destacam: a) financiamento público, universalidade e gratuidade; b) direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos; c) descentralização política para as Comunidades Autônomas; d) Atenção Integral; e e) transparência (ESPANHA, 1986, 2011). A Lei Geral de Saúde, de 2011, destaca ainda, entre os direitos fundamentais do cidadão, a participação e o acesso à informação (ESPANHA, 2011).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Espanha também se assemelha ao SUS quanto à descentralização e à hierarquização dos serviços. O SNS é constituído pelo conjunto de serviços de saúde do governo central e das Comunidades Autônomas (CCAA). A Espanha tem 17 CCAA, ocorrendo transferência paulatina da gestão da saúde para as mesmas após a Constituição de 1978. As CCAA assumem as funções e serviços, incluindo transferência de pessoal e orçamentos, para realizar o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência à saúde. O SNS mantém a coordenação geral, as relações internacionais inerentes à saúde e à legislação sobre produtos farmacêuticos (SILVA, S., 2010).

No âmbito da CCAA da Galícia, autonomia na região noroeste da Espanha, o Conselho de Saúde (*Consellería de Sanidad*) dirige o Serviço Galego de Saúde (SERGAS) por meio de estratégias e linhas de ação coerentes com a Política de

assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Saúde formulada pelo Governo da Galícia, em alinhamento às diretrizes gerais do SNS. Para atingir as metas de saúde, o Conselho promove ações mediante seus próprios centros, e também por outras organizações conveniadas para a prestação dos serviços. Como outros sistemas espanhóis, o Serviço Galego de Saúde planeja e gerencia o seu próprio financiamento, busca a geração de recursos, organiza o conjunto de serviços oferecidos, assegurando uma proteção eficaz dos recursos de saúde (GALÍCIA, 2008).

Estudando o funcionamento do sistema público de saúde na Espanha e em Galícia, observam-se que todos os processos regulatórios em saúde, bem como todas as estruturas de gestão, tanto do SNS quanto do SERGAS, revelam-se fortemente mediados pelas TIC e amparados por amplo marco legal. Ainda que, ao contrário do Brasil⁴, não se verifique, na Administração Gerencial espanhola, nenhuma política pública específica voltada à institucionalização e normatização do uso das TIC em saúde, os aspectos tecnológicos relativos à gestão dos processos e a incorporação de tecnologias aos serviços está determinado nas principais leis que organizam os sistemas nacional e regional de saúde.

O estudo de Silva (2010) indica semelhanças e divergências entre os sistemas públicos de saúde do Brasil e da Espanha. Entre todas, destacam-se semelhanças no que se refere ao fato de os dois países terem vivenciado períodos ditatoriais, aos quais se seguiram a aprovação de novos textos constitucionais que incluíram a proteção da saúde como direito de cidadania, desvinculando-a da garantia por contribuição individual. O processo histórico da Espanha antecedeu o do Brasil, com a queda da ditadura Franco, ocorrida antes da Nova República, no Brasil. Como a legislação complementar pós-constitucional ocorreu em 1986 na Espanha, e em 1990 no Brasil, a diferença entre os dois processos acabou não sendo tão distante. Da mesma forma, os princípios doutrinários e diretrizes de reorganização — universalidade, integralidade, equidade, gratuidade, participação social — são similares nos marcos legais dos dois sistemas de saúde.

⁴ A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) apresenta os princípios e diretrizes norteadores de uma organização institucional da saúde pública brasileira, orientada ao uso de TIC na gestão e em todos os níveis da assistência (BRASIL, 2016), e será devidamente apresentada e discutida no respectivo capítulo desta pesquisa.

Em outro aspecto de semelhança em relação à Administração Gerencial brasileira, observa-se que — apesar de toda a estrutura político-institucional orientada ao planejamento e à incorporação de TIC na gestão pública, com vistas à modernização das antigas práticas burocráticas — os gestores espanhóis ainda não conseguem verificar, no cotidiano, os benefícios propostos pelo uso de TIC em uma abordagem gerencialista. Os resultados da pesquisa de Criado (2004) indicam que, embora os gestores entrevistados reconheçam que as TIC têm grande importância na administração pública, para fins de controle e transparência, atribuem uma importância média/baixa ao uso de TIC pelo governo, predominando o entendimento de que a principal vantagem do uso das tecnologias está na criação de novos canais de relacionamento com o cidadão.

As principais divergências se revelam na gestão do SNS, sendo que, no Brasil, os governos subnacionais — estados, municípios e distrito federal — têm forte protagonismo nesse processo. Na Espanha, procura-se fazer essa articulação por meio dos Conselhos Interterritoriais, mas nesses a presença dos governos locais é, aparentemente, menos perceptível do que no Brasil. Silva (2010) indica que a descentralização da saúde nos dois países foi substancialmente diferente. Enquanto na Espanha foi um processo de transferência para as CCAA, não chegando de forma mais relevante às municipalidades — províncias, municípios e povoados —, no Brasil chegou aos governos locais em virtude de a municipalização da saúde ter sido uma prioridade definida pela Política de Saúde brasileira.

Como premissa, a abordagem gerencialista considera o uso das TIC na gestão pública em serviços de saúde como um aspecto facilitador. No entanto, mesmo diante de todos os esforços institucionais e de seus marcos regulatórios, observa-se que sua adoção ainda é limitada, o que pode contribuir para a pouca eficiência nas organizações públicas hospitalares, no Brasil e na Espanha.

Buscando definir a unidade de observação das TIC na Administração Gerencial espanhola, para fins de estudo comparativo, identificou-se que a escassez de leitos de terapia intensiva não é um aspecto crítico na prestação dos serviços, tendo em vista que a oferta é superior à demanda. As taxas de ocupação registram valores médios em torno de 79% em relação ao total de leitos de UTI disponibilizados na rede hospitalar (MARTÍN et al., 2013). Por essa razão, não há nenhuma estrutura

burocrática do governo que se ocupe da regulação desses leitos, nem SI ou qualquer TIC que se proponha a mediar esse processo. Em caso da necessidade de transferência de um paciente para uma UTI, é o próprio médico, no exercício de sua autoridade sanitária, quem determina a sua remoção, o que geralmente acontece de forma imediata (informação verbal)⁵.

Considerando também a impossibilidade de mobilização de um conjunto de atores numericamente representativo durante o curto período disponível para pesquisa de campo no exterior, não foi viável realizar estudo de casos múltiplos, de natureza comparativa, entre os serviços de saúde nos dois países. No entanto, uma abordagem descritiva do uso das TIC na gestão da saúde pública espanhola e galega revela-se pertinente, à medida que permite um diálogo entre a realidade local e estrangeira, com vistas a um entendimento ampliado sobre as possibilidades, limites e contribuições das TIC ao fortalecimento dos princípios da Administração Pública Gerencial em contextos institucionais, sociais e econômicos distintos. De forma a permitir tal diálogo, esta pesquisa destaca como unidade de observação das TIC na saúde pública espanhola os seus usos, de modo mais amplo, para fins de regulação e transparência, em alinhamento com os objetivos da investigação.

1.3. PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DA PESQUISA

Diante do exposto, esta pesquisa assume a premissa de que as TIC são meios estratégicos na gestão dos sistemas de saúde no Brasil e na Espanha, se utilizadas como mecanismos facilitadores dos serviços e de implantação das Políticas de Saúde (BRASIL, 2016; ESPANHA, 2011). Também se consideram os pressupostos de que: a) as TIC contribuem para fortalecer o Estado Regulador na medida em que seu uso propicia eficiência e transparência nos serviços públicos de saúde; e b) a subjetividade nos critérios de adoção e o desuso de certas TIC comprometem o aparato tecnológico proposto pelo Estado para atender às suas finalidades regulatórias, levando à

⁵ Informações orais apresentadas pelo Sr. Jesús Araujo Nores, ORL do Complexo Hospitalar Universitario de Vigo, durante sua fala na *Mesa Redonda IV: Listas de Agarda*, no *Tecendo Marea: Xornada de traballo sobre o sistema sanitario público galego*. Evento realizado em 30 de maio de 2017. Universidade de Santiago de Compostela, Faculdade de Filosofia. Santiago de Compostela, GAL/ES.

ineficácia das ferramentas, à preservação de práticas patrimonialistas e conseqüentemente à fragilização dos princípios da Administração Pública Gerencial (CAPUANO, 2008).

Isto posto, a questão norteadora desta investigação é: quais são as contribuições das TIC ao fortalecimento dos princípios gerenciais da regulação e da transparência da administração pública brasileira e espanhola na gestão dos serviços hospitalares? Tem-se como objetivo geral analisar criticamente a apropriação de TIC pelos serviços públicos hospitalares e suas contribuições ao fortalecimento dos princípios da regulação e da transparência do Estado Gerencial no Brasil e na Espanha.

De forma a responder a questão norteadora, essa pesquisa objetiva especificamente: a) relacionar o uso de TIC oficiais e não oficiais no processo de gestão de leitos de alta complexidade na Macrorregião Leste do estado da Bahia à transparência e estratégias de regulação adotadas pelos gestores; b) identificar as estratégias de incorporação de TIC à gestão dos serviços de saúde na Espanha, considerando a regulação e a transparência; e c) analisar criticamente o uso de TIC e SI na SESAB e no SNS/SERGAS, no que se refere à mediação tecnológica dos processos de regulação e de transparência pública.

1.4. O PERCURSO DA PESQUISA E A RELEVÂNCIA DOS RESULTADOS

A escolha pelo processo de regulação de leitos públicos de alta complexidade como unidade de observação da utilização de TIC na Administração Gerencial brasileira se deu em razão da vinculação do autor à equipe do projeto de pesquisa intitulado: “Estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), no âmbito dos Projetos de Pesquisa para o SUS (PPSUS), cujos produtos finais preveem, entre outros, a publicação de duas teses de doutorado. Além disso, considera-se que a regulação de leitos públicos de UTI é um processo fortemente mediado pelas TIC, no qual as disfunções burocráticas provenientes do mau uso das tecnologias ficam mais evidentes em razão da

importância e da escassez desse recurso (IBANHES et al., 2007). Assim, entende-se que a ineficácia das TIC para fins de regulação compromete diretamente o cumprimento dos princípios de universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade do SUS, gerando múltiplas disfunções, a exemplo da judicialização do acesso a serviços de saúde, insatisfação de usuários, gestores e profissionais de saúde, além de aumento dos custos sociais do SUS.

A pesquisa no exterior foi realizada mediante bolsa concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no âmbito do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE). O pesquisador permaneceu, por seis meses, vinculado ao Grupo de Investigação em Engenharia de Sistemas Telemáticos (GIST) da Universidade da Vigo (UVIGO), Galícia, atuando na linha de pesquisa *e-Services, e-Gov, e-Health*. Durante este período, realizou pesquisa bibliográfica, documental e de campo com vistas a uma análise descritiva do uso de TIC pela Administração Gerencial espanhola na gestão dos serviços de saúde.

A revisão do estado da arte realizada nesta pesquisa indica que a lacuna no conhecimento está no campo teórico ao prescrever a incorporação acrítica dos princípios do Estado Gerencial sem considerar os diferentes contextos institucionais e organizacionais de implementação das políticas públicas, a incorporação indiscriminada das TIC e a tentativa de substituição quase automática do Estado Burocrático pelo Estado Regulador. Nesse aspecto, observa-se que, na Espanha, durante o período de redemocratização, foram aplicadas leis de caráter moralizador da administração pública, de forma a coibir a manutenção de práticas patrimonialistas características do modelo burocrático/autoritário, insustentáveis em uma perspectiva gerencialista de administração pública. Tais medidas, conforme a seguir, são entendidas como fundamentais para a ressignificação do trabalho burocrático em um período de rupturas quanto às abordagens de governança vigentes (MARTINEZ, 1993).

Desse modo, a pertinência da discussão que se propõe nessa Tese fundamenta-se na realização de uma análise crítica do atual cenário de incorporação de TIC para a governança dos processos do SUS, indicando as deficiências e oportunidades para o alinhamento entre teoria e prática e que os princípios gerencialistas se aproximam ou se distanciam de suas finalidades em serviços de

saúde, contribuindo para o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS: universalização do acesso, integralidade do cuidado, transparência e para a descontinuidade das práticas clientelistas e patrimonialistas que, no Século XXI, ainda permeiam os serviços públicos de saúde no Brasil.

Portanto, esta Tese se organiza da seguinte forma: o capítulo a seguir apresenta o Referencial Teórico adotado na construção desta pesquisa, cujos subcapítulos discutem a) o Novo Gerencialismo e seus precedentes burocráticos, com ênfase nos princípios gerenciais da regulação e da transparência; b) as relações entre TIC e governo sob a perspectiva da Administração Gerencial e da Teoria Crítica da Tecnologia; e c) as especificidades dos serviços hospitalares públicos brasileiros, destacando o processo regulatório de leitos de alta complexidade e a governança de TIC nos serviços de saúde. O Capítulo 3 aborda a Administração Gerencial espanhola, com foco no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde e na revisão comentada do marco legal da saúde na Espanha e na Galícia, observando a tecnologia como mediadora dos processos de regulação e transparência. O Capítulo 4 descreve o percurso metodológico adotado por esta investigação. Na sequência, apresentam-se os resultados da pesquisa de campo no Brasil e no exterior, e as Considerações Finais indicam as limitações do estudo e as recomendações para abordagens futuras a esta problemática.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DO ESTADO BUROCRÁTICO AO NOVO GERENCALISMO

Este capítulo objetiva apresentar os princípios do Novo Gerencialismo, assim como seus antecedentes históricos e institucionais. Inicialmente, enfatizam-se o Estado Burocrático e suas disfunções, de modo a compreender o complexo arranjo conceitual e organizacional trazido pelo Novo Gerencialismo na tentativa de desconstrução do paradigma burocrático weberiano. Posteriormente, são abordados os princípios da regulação e da transparência como consequências necessárias ao Estado Gerencial.

2.1.1. Precedentes: o Estado Burocrático e suas disfunções

Entre o final do século XIX e o início do século XX, o alemão Max Weber desenvolveu seus estudos sobre a burocracia, como resposta ao surgimento de uma sociedade de classes oriunda da Revolução Industrial. A burocracia weberiana como forma de dominação legítima, possuindo um *ethos* racional e fundamentada na ética protestante, provocou influência decisiva na evolução da sociedade moderna (COSTA, G., 2012). De acordo com Weber (2012a), quando uma forma de dominação se fundamenta numa relação associativa racional, encontra seu tipo específico na burocracia. Já a ação social, vinculada a relações de autoridade tradicionais, está tipicamente caracterizada pelo patriarcalismo. A forma de dominação carismática, por sua vez, não se sustenta numa autoridade nem racional e nem tradicional, mas fundamentada em personalidades concretas.

A dominação racional-legal, ou burocrática, surgiu como uma forma superior de dominação, legitimada pelo uso da lei, em oposição ao poder tradicional (que repousa na crença na santidade das ordens e poderes senhoriais tradicionais) e arbitrário dos príncipes e ao afeto das lideranças carismáticas. De acordo com Weber (2012b), a dominação racional-legal se orienta por um princípio de Legitimação, segundo o qual a validade do poder de mando se expressa por meio de um sistema de regras

racionais pactuadas ou impostas que, como normas universalmente compromissórias, encontram obediência quando a pessoa por elas autorizada a reivindicar. A obediência dá-se às regras e não à pessoa. A dominação burocrática proposta por Weber estabeleceu como atributos da organização racional-legal: a) a divisão do trabalho; b) a hierarquia; c) a existência de regras gerais de funcionamento; d) a separação entre a propriedade pessoal e organizacional; e e) a seleção de pessoal com base em qualificações técnicas.

Essa dominação racional-legal seria exercida por meio de regras, estatutos, regulamentos, obediência hierárquica, formalidade e impessoalidade. Segundo Weber (2012b), no caso da dominação burocrática, as regras (que exigem obediência) são racionalmente elaboradas, sustentadas no senso de legalidade abstrata que ganha corpo como instrução técnica. É a norma estatuída que legitima o detentor do poder de mando. Por sua vez, na dominação patriarcal, obedece-se à pessoa do senhor, empoderado pela tradição (“aquilo que foi assim desde sempre”), geralmente por meio de costumes. Em se tratando da autoridade carismática, a obediência é ao líder carismático, em razão de heroísmo, revelação ou exemplo de conduta.

Weber (2012b, p. 212) considera que “a razão decisiva do avanço da organização burocrática sempre foi sua superioridade puramente técnica sobre qualquer outra formal”. Para o autor, a superioridade técnica conduz ao nível ótimo de uma administração rigorosamente burocrática, que se traduz em: a) precisão; b) rapidez; c) univocidade; d) conhecimento da documentação; e) continuidade; f) discricção; g) uniformidade; h) subordinação rigorosa; i) diminuição de atritos; j) diminuição de custos materiais e pessoais (WEBER, 2012b).

A morfologia organizacional da burocracia weberiana, no entendimento de Martins (1997), necessita ser compreendida no seu sentido sociológico original, no qual representa uma forma moderna de dicotomização entre política e administração, quer pelo isolamento da administração em relação aos pressupostos valorativos da ação pública, quer pelo seu oposto, a usurpação, pela administração, das funções políticas. Para este autor, no contexto da moderna democracia de massa, a dicotomia entre política e administração se revela um imperativo, à medida que impõe, ao contrário da democracia direta, que os governados influenciem as decisões executivas de seus governantes por meio da representação política (MARTINS, 1997).

Essencialmente, a sociologia política de Weber evidencia os riscos da desintegração entre política e administração, processo de inversão da racionalidade burocrática, cuja tendência ao absolutismo burocrático ameaça a legitimidade do Estado.

Segundo Martins (1997), política e administração, ou sistema político-representativo e agências de governo, como arenas institucionais, integram-se ou dicotomizam-se de diferentes formas à medida que competem ou cooperam tanto na identificação e agregação de interesses da sociedade civil, quanto na formulação e implementação das políticas públicas.

Costa (2012) destaca que, no âmbito administrativo, a burocracia surgiu no século XIX junto com o Estado liberal, como uma forma de defender a coisa pública contra os males do patrimonialismo. Assim, as reformas burocráticas, ou reformas do serviço público, foram, no mundo inteiro, essencialmente um fenômeno político diretamente relacionado à ascensão do Estado de Direito e do liberalismo clássico, que visava a desconstrução do clientelismo como estratégia política.

Nesse sentido, Bresser-Pereira (2009) afirma que a reforma do serviço público e o surgimento da administração burocrática (centralizada, hierarquizada, com rotinas bem definidas e controle passo a passo dos procedimentos administrativos e métodos impessoais de recrutamento de pessoal) representou um nível de racionalidade instrumental maior, no sentido de uma eficiência que anteriormente não se verificava. Os assuntos de Estado eram conduzidos por servidores públicos profissionais, especialmente recrutados e treinados, com carreiras bem definidas, dotados de um *ethos* burocrático compatível com o interesse público.

Merton (1959 apud COSTA, G., 2012) observou que é característico da administração burocrática a tendência ao deslocamento dos objetivos em direção às regras, normas e interesses próprios, acarretando excessos, os quais são denominados de disfunções da burocracia. Estas se representam pela interiorização de normas; exagerado apego aos regulamentos, formalismo e papelório; rigidez e resistência à mudança; despersonalização das relações; categorização como base do processo de decisão; conformismo com as rotinas e dificuldade em atender clientes e conflitos com o público.

Tais disfunções geram ineficiência, ineficácia, atrasos, confusão, autoritarismo, privilégios, além de outros atributos negativos, o que leva a burocracia a assumir, em grande medida, uma conotação pejorativa (COSTA, G., 2012, p. 84):

o conceito de burocracia é imediatamente associado à hipertrofia das estruturas administrativas, ou à superposição de um conjunto de etapas dispensáveis ao longo do processo administrativo. Sob este ângulo, a burocracia é percebida como sinônimo de uma estrutura descartável, ineficiente e onerosa, uma vez que absorve recursos que fariam maior efeito nas áreas fins, produtivas, tanto nas empresas privadas como na administração pública.

De acordo com Matias-Pereira (2008), a administração pública brasileira nunca teve um modelo de burocracia pública consolidada, sendo observada a existência de um padrão híbrido de burocracia patrimonial. Para o autor, é perceptível as limitações da burocracia e que o Estado patrimonialista está fortemente presente na cultura política brasileira, manifestando-se no clientelismo, no corporativismo, no fisiologismo e na corrupção (MATIAS-PEREIRA, 2008).

Tais limitações levaram ao reconhecimento que haveria uma crise do modelo burocrático, dando espaço ao surgimento de abordagens que visavam à proposta de novas formas de gerenciar o aparelho do Estado, que não por meio de instituições baseadas no modelo do *Bureau*. Além disso, os movimentos de reforma do Estado surgiram, entre outras motivações, como uma reação natural às ineficiências da burocracia (COSTA, G., 2012).

2.1.2. Compreendendo a Nova Gestão Pública

Osborne e Gaebler (1994) afirmam que a forma de governo desenvolvida durante a era industrial, com burocracias lentas e centralizadas, preocupado com normas e regulamentos e sujeito a cadeias de comando hierárquicas, deixou de funcionar adequadamente. Esses governos, à sua época, foram capazes de grandes realizações, mas ao longo do tempo se afastaram das necessidades da sociedade, tornando-se inchados e ineficientes, funcionando com desperdício e incapazes de acompanhar as mudanças mundiais em curso. As burocracias hierárquicas concebidas nas décadas de 1930 e 1940 não se adaptaram bem ao quadro altamente

mutável da sociedade e da economia dos anos 1990, em um contexto com ênfase em informações e conhecimento. Para os autores, tais governos “são como transatlânticos de luxo numa era de jatos supersônicos: grandes, caros e pouco ágeis” (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 13), sendo gradativamente substituídos por novas modalidades de instituições públicas.

Na década de 1970, os países desenvolvidos e principalmente aqueles que iniciavam a sua trajetória de desenvolvimento passaram pelo colapso do modelo de Estado existente, construído para garantir a prosperidade econômica e o bem-estar social. Chegava ao fim os “Anos Gloriosos” do capitalismo, período compreendido entre 1950 a 1960, fortemente marcado por elevadas taxas de crescimento. Conforme Bresser-Pereira (2009), tratou-se de uma crise do Estado, e não de mercado, uma vez que o Estado perdeu credibilidade e legitimidade em decorrência de sua incapacidade em gerar poupança pública, o que ocasionou uma séria crise fiscal.

De acordo com Abrucio (1997), a crise do Estado no final da década de 1970 pode ser compreendida a partir de quatro fatores determinantes, a saber: a) a crise econômica mundial, impulsionada pelas duas grandes crises do petróleo (1973 e 1979); b) a crise fiscal, com os governos sem condições de financiar seus déficits; c) a ingovernabilidade, com os governos se mostrando incapazes de resolver suas questões políticas, sociais e econômicas; e d) a globalização e o avanço tecnológico, influenciando fortemente a sociedade, o Estado e a economia mundial.

Para Bresser-Pereira (2009), a questão da eficiência não era, de fato, um incômodo quando o Estado não tinha as responsabilidades e os compromissos da atualidade, decorrentes das demandas crescentes dos cidadãos. As demandas de prestação de serviços públicos de boa qualidade e de baixo custo pesaram sobre políticos e burocratas, e a legitimidade desses passou a depender de tais variáveis, traçando assim o caminho para a reforma da gestão pública.

O redesenho da administração pública e do papel do Estado, impulsionado por reivindicações complexas de uma sociedade em processo de globalização, mostrou-se urgente e necessário, tendo em vista que o modelo desenvolvimentista do Estado, inclusive sua dimensão social (*Welfare State*), além do modelo burocrático de administração, conforme Bresser-Pereira (2009), davam sinais de esgotamento.

Dessa forma, estavam em xeque as formas históricas de articulação entre Sociedade, Estado e Administração Pública.

No contexto da crise do modo de intervenção do Estado, o modelo burocrático de administração pública se revelou ineficiente na garantia dos serviços sociais e científicos que os cidadãos passaram a exigir. Percebeu-se que não mais se tratava de ser eficaz somente no combate à corrupção e ao nepotismo, como antes, mas em dar respostas ágeis e concretas às demandas antigas e novas da sociedade. Isso levou os governos dos países desenvolvidos a assumir um compromisso com a reforma da gestão pública, enquanto os países em desenvolvimento executavam reformas de enxugamento do Estado, dentro de uma agenda definida pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Os estudos de Mathachan (2013) e Costa (2012) indicam que a vitória de Margaret Thatcher, em 1979, na Grã-Bretanha, e de Ronald Reagan, em 1980, nos Estados Unidos, ambos conservadores, representou uma reação à crise do modelo de Estado de desenvolvimento. O discurso de ambos indicava um conjunto de medidas administrativas de reforma, tais como: corte de gastos, principalmente de pessoal, aumento da eficiência, produtividade, e atuação mais flexível do aparato administrativo. Surgia, assim, o *managerialism*, ou gerencialismo puro, cujos pressupostos, baseados em Pollit (1990), são: a) o progresso social ocorre pelos contínuos aumentos na produtividade econômica; b) a produtividade aumenta principalmente por meio da aplicação de tecnologias cada vez mais sofisticadas de organização e informação; c) a aplicação das tecnologias se realiza por meio de uma força de trabalho disciplinada segundo o ideal de produtividade; d) o *management* desempenha um papel crucial no planejamento e na implementação das melhorias necessárias à produtividade; e) os gerentes têm o papel essencial na administração.

Portanto, a terminologia *gerencialismo* na administração pública refere-se ao desafio de articular programas orientados ao aumento da eficiência e melhoria dos serviços prestados pelo Estado (COSTA, G., 2012). No entendimento de Abrucio e Loureiro (2002), consiste num pluralismo organizacional erigido em bases pós-burocráticas, vinculadas aos padrões históricos (institucionais e culturais) de cada nação, não representando um novo paradigma capaz de substituir por completo o antigo modelo burocrático weberiano.

Durante os anos 1980, o gerencialismo foi ampliado para além da eficiência e da produtividade, englobando novas categorias para a ação reformista, tais como a flexibilização administrativa, a busca da qualidade do serviço público e a orientação para o consumidor (satisfação do cliente). Em 1989, debates envolvendo os governos de países desenvolvidos, organismos internacionais como o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) e o FMI, além de representantes de universidades e centros de pesquisa, conduziram a um consenso de elementos comuns e indispensáveis às reformas a serem empreendidas pelos países da América Latina para atacarem a crise econômica, o chamado *Consenso de Washington* (COSTA, G., 2012).

Conforme Mathachan (2013), em 1990, Christopher Hood usou pela primeira vez a expressão *New Public Management* (NPM) em referência a um conjunto de doutrinas administrativas similares em ascendência desde o final dos anos 1970 e que dominou a agenda da administração pública em muitos países, impulsionada pelo ideário neoliberal. Na verdade, conforme o autor, o NPM representa um conjunto de práticas gerenciais e valores liberais baseados na livre iniciativa e no mercado, na produtividade e na redução da intervenção estatal na economia, que atuam sobre o Estado, o governo e a administração pública, dentro do novo contexto mundial globalizado, nos campos social, político e econômico (MATHACHAN, 2013).

É possível entender que a obra de Osborne e Gaebler (1994) indica que o gerencialismo se deslocou do setor privado para a administração pública, principalmente ao defender a falência da organização burocrática e a adaptação das organizações públicas ao novo contexto social, elegendo como novos atributos a flexibilidade, a produtividade e a qualidade. Neste sentido, os autores afirmam:

nosso problema fundamental é o fato de termos o tipo inadequado de governo. Não necessitamos de mais ou menos governo: precisamos de um governo melhor. Para sermos mais precisos, precisamos de uma melhor atividade governamental (OSBORNE; GAEBLER, 1994, p. 25).

Por atividade governamental entende-se uma ação de natureza específica, que não pode ser diminuída ao padrão de atuação do setor privado. Há grandes diferenças, assim definidas por Osborne e Gaebler (1994): a) a motivação principal dos governos é a reeleição, enquanto os empresários têm como fim último a busca do lucro; b) os recursos do governo provêm do contribuinte — que exigem a realização

de determinados gastos —, e na iniciativa privada os recursos são originados das compras efetuadas pelos clientes; c) as decisões do governo são tomadas democraticamente, e o empresário decide sozinho, ou no máximo com os acionistas da empresa, a portas fechadas; d) por fim, o objetivo de ambos é diverso, isto é, o governo procura fazer “o bem”, e a empresa “fazer dinheiro”.

Tais diferenças implicam, necessariamente, buscar novas alternativas para o setor público, tornando-o mais empreendedor sem transformá-lo em uma empresa. Também na contramão do movimento mundial antiburocracia, Osborne e Gaebler (1994) não colocam a culpa dos problemas governamentais em seus funcionários: o problema não está nas pessoas, e sim no sistema. É a reforma das instituições e dos incentivos que tornará a burocracia capaz de responder novas demandas, não à extinção desta, o que, segundo os autores, seria impossível.

A partir de sua evolução conceitual, Costin (2010) descreve as características mais relevantes da Administração Pública Gerencial:

- a) Sistemas de gestão e controle centrados em resultados, e não mais em procedimentos;
- b) Maior autonomia gerencial do administrador público;
- c) Avaliação (e divulgação) de efeitos/produtos e resultados como fatores-chave para identificar políticas e serviços públicos efetivos;
- d) Estruturas de poder menos centralizadas e hierárquicas, permitindo maior rapidez e economia na prestação de serviços e a participação dos usuários;
- e) Contratualização de resultados a serem alcançados, com explicitação mais clara de aportes para sua realização;
- f) Incentivos ao desempenho superior, inclusive financeiros;
- g) Criação de novas figuras institucionais para a realização de serviços que não configuram atividades exclusivas de Estado, como PPP (Parcerias Público-Privadas) e Organizações Sociais e OSCIPS (Organizações da

Sociedade Civil de Interesse Público) que podem estabelecer parcerias com o poder público.

Desde o gerencialismo puro até o modelo de orientação ao serviço público, um conjunto de valores do NPM se acumulou. Observando documentos expedidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), sistematizados e resumidos por Costa (2010, p. 154), é possível citar:

- a) Redução do tamanho do Estado (*downsizing*), inclusive do efetivo de pessoal;
- b) Privatização de empresas e atividades;
- c) Descentralização de atividades para os governos subnacionais;
- d) Terceirização de serviços públicos (*outsourcing*);
- e) Regulação de atividades conduzidas pelo setor privado;
- f) Transferência de atividades sociais para o terceiro setor (*devolution*);
- g) Desconcentração de atividades do governo central;
- h) Separação das atividades de formulação e implementação de políticas públicas;
- i) Estabelecimento de mecanismos de aferição de custos e avaliação de resultados;
- j) Autonomização de serviços e responsabilização de dirigentes;
- k) Flexibilização da gestão orçamentária e financeira de agências públicas;
- l) Adoção de formas de contratualização de resultados;
- m) Abolição da estabilidade dos funcionários e flexibilização das relações de trabalho no serviço público.

Para operacionalizar estes valores, o Estado Gerencial se utiliza da regulação com os objetivos de melhorar a eficiência na produção; promover maiores escolhas

para o consumidor e obter preços mais baixos, tendo como instrumento as TIC e fazendo o setor público cada vez mais parecido com o setor privado. Contudo, os mecanismos de regulação apresentam problemas de externalidades⁶ e assimetrias de informações. Em relação às TIC, conforme Cunha et al. (2016, p. 119), “é certo que há um razoável entendimento de que os processos de transparência governamental podem ser melhorados com a utilização das TIC, mas não há consenso sobre isso”.

A reforma do Estado, que traz em seu bojo o Novo Gerencialismo ou Administração Pública Gerencial, visa a criação de novos instrumentos jurídicos e organizacionais que transformem burocratas em gerentes. O objetivo central não é “enxugar” o Estado, mas reconstruir sua capacidade, tornando o governo mais eficiente e responsável, ampliando sua capacidade e sua governança (BRESSER-PEREIRA, 2009).

Assim, conforme Costa (2012), entende-se que a Administração Pública Gerencial está inserida em um contexto de redefinição da organização do Estado e de suas funções, bem como da ampliação dos instrumentos de controle social e responsabilização. Não se trata pura e simplesmente da utilização direta de técnicas da administração de empresas na gestão pública, nem do abandono definitivo das categorias da burocracia clássica. Significa, portanto, a apropriação e posterior adaptação daqueles modelos, no sentido de reconstruir a capacidade de gestão do aparelho estatal.

Observando especificamente o princípio gerencialista da regulação, ao qual esta pesquisa dedica atenção especial, as contribuições de Rosa Filho e Misoczky (2004) indicam que, no âmbito da reforma do aparelho de Estado, a criação de agências reguladoras visa determinar como devem se comportar os atores envolvidos em relações sociais, políticas e econômicas. Segundo os autores, as teorias econômicas da regulação ignoram a regulação política e ética, substituindo-as pela justificação do interesse imediato dos indivíduos, tornando difuso e opaco o elemento político da disputa de interesses entre reguladores, regulados e outros atores que interagem nesta área (ROSA FILHO; MISOCZKY, 2004).

⁶ Externalidade é quando a ação de um agente depende da ação de demais agentes.

Conforme o entendimento dos autores, embora a regulação seja um princípio gerencialista, as agências reguladoras são formas organizacionais tipicamente burocráticas. Assim, de forma a evitar as disfunções da burocracia, as atividades regulatórias devem se restringir ao exercício estrito da regulação, ou estabelecer regras, e devem estar sujeitas ao controle externo do poder executivo, que detém a atribuição de regulamentar os serviços públicos; e da sociedade, para quem tais serviços existem (ROSA-FILHO; MISOCZKY, 2004).

Nos processos regulatórios do Estado, de acordo com Rosa Filho e Misoczky (2004), opera uma racionalidade com base no modelo de obrigação, de separação de tarefas e funções, na qual as soluções para os problemas estão previamente definidas e formalizadas, obedecendo a uma lógica interna linear. As agências reguladoras exercem uma forma de controle social, com o objetivo de camuflar relações desiguais, por meio da reprodução de representações simbólicas, como assegurar a prestação de serviços públicos e garantir a harmonia entre os interesses conflitantes.

Retomando a discussão sobre as bases teóricas do gerencialismo, para Newman e Clarke (2012, p. 359, grifos do autor), este também pode ser compreendido como: “uma **série de discursos superpostos** que articulam proposições diferentes — até mesmo conflitantes — a respeito de como gerir e do que deve ser gerido”. Assim, diferentes formas de gerencialismo enfocam liderança, estratégia, qualidade, entre outros atributos, de modo a produzir um campo complexo e mutante de conhecimento gerencial.

Estes autores reconhecem que o gerencialismo contém variantes diferentes e destacam que duas delas são particularmente significativas: a primeira é um pragmatismo racional de meio-fim, que privilegia a eficiência e a produtividade, favorecendo relações **transacionais** de intercâmbio e contratação, frequentemente associadas a sistemas rígidos de controle, metas em cascata e rígido monitoramento de desempenho; a segunda, centrada nas pessoas e orientada para a qualidade e excelência, na qual os programas de mudança de cultura procuram deixar a força de trabalho livre para inovar e aperfeiçoar os serviços, levando a organizações mais centradas no cliente, o que propiciaria relações **transformacionais** (NEWMAN; CLARKE, 2012).

Ainda conforme Newman e Clarke (2012), a maioria das organizações combina elementos de ambas. A ideia do poder transformacional de gestão e do entendimento de gestores como indivíduos capazes de transformar radicalmente organizações consideradas em falência formava um recurso muito significativo para os governos que buscavam reconfigurar Estados de bem-estar e serviços públicos. Os autores afirmam que a linguagem da gestão, de fato, conseguiu impregnar organizações governamentais, documentos sobre políticas públicas e até mesmo manifestos de partidos políticos, além dos relatórios e diretrizes do Banco Mundial e outros órgãos (NEWMAN; CLARKE, 2012). Nesse sentido, o gerencialismo atuou como um tipo de isomorfismo discursivo, uma linguagem que todos precisavam falar para demonstrar adesão aos tempos modernos (NEWMAN; CLARKE, 2012).

Todavia, conforme Newman e Clarke (2012), nem tudo estava orientado para a transformação: organizações prestando serviços públicos de bem-estar também estavam sujeitas a um conjunto de metas, exigências de desempenho, relações contratuais e regimes de inspeção que exigiam uma contenção mediante controles internos ao invés de maior flexibilidade e que, portanto, privilegiavam a gestão transacional em vez da transformacional. Estes regimes também podem ser compreendidos como uma dispersão do poder do Estado (e exigências governamentais por responsabilização e comprometimento com leis e diretrizes políticas) para um rol de órgãos quase governamentais. Esta combinação instável de variantes transacionais e transformacionais do gerencialismo continua no presente, criando condições para respostas diversas às circunstâncias de instabilidade institucional (NEWMAN; CLARKE, 2012).

A anormalidade bancária de 2008 criou uma breve ruptura na lógica “garantida” de governo proposta pelo gerencialismo. Durante um determinado período, os autores observam que “parecia que a fé na mágica dos mercados tinha declinado; seu fracasso em oferecer um crescimento continuado e assegurar estabilidade econômica e política era fortemente evidente” (NEWMAN; CLARKE, 2012, p. 374). Os Estados entraram como os salvadores de instituições financeiras falidas e tentaram apaziguar mercados assustados e em pânico, propondo ênfase em aspectos de regulação, sobretudo financeira.

A crise bancária também desafiou a fé naquilo que os autores denominam de autoridade da expertise: particularmente a autoridade de economistas e de gerentes e lideranças empresariais que, neste caso, apresentam-se na forma de gerentes de fundos de investimento e instituições financeiras, que tinham sido liberados para infligir danos a pessoas, a investidores, a nações e, por fim, à estabilidade da economia global. Entretanto, a orientação de mercado foi rapidamente restaurada, mediante o fracasso da prometida regulação, dando continuação aos piores excessos dos atores gerenciais e empresariais empoderados, apesar do considerável descrédito e rejeição da sociedade (NEWMAN; CLARKE, 2012).

Nesse sentido, apesar das inúmeras possibilidades de melhoria e dinamização da gestão pública indicadas pelos defensores do Novo Gerencialismo, existe uma corrente crítica a esta abordagem que observa a continuidade de determinadas disfunções burocráticas e limitações do gerencialismo. Para Martins (1997), a organização pós-burocrática tem sido vista como uma promessa de felicidade organizacional, de libertação dos efeitos da burocracia sobre pessoas e sociedade, porque sua formatação organizacional seria ou poderia ser diferente da aludida por Weber.

Segundo este autor, a utopia pós-burocrática é tão intrincada quanto os dilemas tradicionais da burocracia e, sobretudo, mal interpretada no enfoque weberiano: ou se submete a burocracia instrumental ao controle político, incrementando-se o exercício da política, ou se cria uma burocracia que não seja puramente instrumental, mas integrada e permeada pela racionalidade do sistema político (regulação) e da sociedade (inserção), não pela sua própria racionalidade. A utopia pós-burocrática é o sentido correto de superação das disfunções burocráticas na sociedade burocrática. O ideal de liquidação da burocracia é o ideal de uma burocracia articulada com a racionalidade substantiva de forma funcional, o que, no contexto da governança democrática, significa inserção e regulação (MARTINS, 1997).

Nesse sentido, a superação da crise da administração pública por meio de uma alternativa pretensamente pós-burocrática se restringe à modernização das formas burocráticas enquanto burocracia, não se relacionando, como seria recomendável, ao equacionamento dialético da questão, qual seja, a busca de paradigmas de administração pública que integrem a racionalidade política e a racionalidade

instrumental em uma racionalidade superior (GUERREIRO-RAMOS, 1983), ou seja, uma racionalidade inserida e regulada.

Os estudos de Dunleavy e Hood (1995 apud MENDES, V., 2000) sistematizam algumas das críticas apresentadas ao pensamento do Novo Gerencialismo, agrupando-as em quatro visões: fatalista, individualista, hierárquica e igualitária. A visão fatalista admite que nenhum sistema de gestão pode enfrentar os problemas básicos de gestão pública e, portanto, nada se propõe. Para a crítica individualista, o Novo Gerencialismo surge como uma mistura insatisfatória de estruturas tradicionais da administração pública e um sistema baseado na força dos contratos e nos direitos individuais. Nesse sentido, não se pode acreditar fortemente em uma suposta ética das relações público-privadas e nos acordos que não possuem poder legal, mas sim em contratos jurídicos, para que os usuários finais possam eventualmente judicializar suas insatisfações.

A crítica hierárquica, conforme os autores, fundamenta-se no risco de erosão da ética tradicional do serviço público produzida pelas mudanças introduzidas pelo Novo Gerencialismo e no risco de as políticas públicas acabarem em fiasco, porque, ao reduzir a ênfase no planejamento estratégico, o governo pode perder a capacidade de planejar a médio e longo prazos, levando assim à desestabilização do setor público (DUNLEAVY; HOOD, 1995 apud MENDES, V., 2000). Por fim, a crítica igualitária defende que uma reforma de amplo alcance mercadológico incrementa o risco de corrupção no setor público, uma vez que estas reformas podem refletir os interesses pessoais dos gestores públicos, em detrimento dos interesses dos usuários. Para esta corrente, há o risco de o governo se converter em algo menos responsável e inacessível ao cidadão. Teme-se que, com mais interação entre o setor público e o privado e com a descentralização das atividades públicas, o resultado seja o incremento das oportunidades de corrupção e a possibilidade de fazer com que as elites melhorem suas condições de trabalho e seus benefícios pecuniários (DUNLEAVY; HOOD, 1995 apud MENDES, V., 2000).

Os autores também afirmam que é pouco provável que se possa estabelecer um consenso sobre qual das críticas é mais relevante (DUNLEAVY; HOOD, 1995 apud MENDES, V., 2000). No entanto, estas críticas apontam para alguns pontos vulneráveis do Novo Gerencialismo que podem contribuir para aprofundar os

problemas gerenciais da administração pública, principalmente nas economias em desenvolvimento, com elevados índices de desemprego e exclusão social (DUNLEAVY; HOOD, 1995 apud MENDES, V., 2000).

Esse entendimento se fortalece em Hughes (1998 apud MENDES, V., 2000), que afirma que podem ocorrer dificuldades na adoção das ideias do Novo Gerencialismo pelas economias em desenvolvimento. Entre estas, o autor enfatiza: a) a aplicação dos princípios de mercado para as políticas públicas e gerenciamento, pois uma coisa é adotar os princípios e outra é ter mercados funcionando, já que estes países têm pouca experiência em operar mercados; b) problemas com a privatização, pois, em países cujos mercados são subdesenvolvidos, a aquisição das empresas públicas vai se dar, principalmente, por empresas estrangeiras; c) a mudança do modelo burocrático para mercados deve ser vista como um risco de tornar a corrupção endêmica; d) problemas relativos à mão de obra decorrentes da mudança de relações contratuais para prestação de serviços, já que, em alguns casos, é difícil especificar o resultado do serviço (HUGHES, 1998 apud MENDES, V., 2000).

Observa-se, assim, que, desde o início do século XXI, já existiam alertas para os riscos da adoção indiscriminada da abordagem do Novo Gerencialismo pelo setor público tornar a corrupção endêmica. Convém lembrar, ainda, que Weber também advertia ser as disfunções da burocracia controladas por um parlamento forte.

Segundo Souza-Filho (2009), o gerencialismo, em linhas gerais, não pode ser entendido como uma proposta de um modelo pós-burocrático, pois nem supera, nem suprime a burocracia. Pelo contrário, indica a manutenção da burocracia mediante um processo que combina aquilo que Weber denomina de “burocracia monocrática” para os centros de decisão, com “flexibilização burocrática”, via descentralização, para a periferia da ordem administrativa, possibilitando a incorporação de traços patrimonialistas na gestão pública.

Além disso, de acordo com o autor, os recursos gerenciais de flexibilização da ordem administrativa não possuem finalidade em si, eles são funcionais apenas para a manutenção da relação de dominação racional/legal e tradicional que se mantêm necessárias e imbricadas para implementar um projeto de transnacionalização radical das economias nacionais, sob condução de um pacto de dominação conservador

(SOUZA-FILHO, 2009). Dessa forma, o quadro de contrarreforma do Estado e de contrarreforma administrativa leva ao estreitamento de condições para a ampliação e universalização de direitos e à redução das possibilidades de construção e fortalecimento da estrutura burocrática necessária para conduzir políticas públicas universalistas (SOUZA-FILHO, 2009).

2.1.3. O princípio da Regulação

Na década de 1990, o Estado brasileiro optou politicamente por deixar de prestar diretamente os serviços públicos para se concentrar na regulação e na fiscalização. A partir dos anos 2000, o tema passou a ocupar espaço na literatura científica nacional como consequência dos debates sobre a reforma do Estado brasileiro, sendo a categoria regulação amplamente utilizada na Administração Pública.

De acordo com Oliveira e Elias (2011), regulação é um termo polissêmico, uma vez que remete a conceitos que se fundamentam a partir de diversas ideias e referenciais teóricos, criando concepções que perpassam pelo campo das ciências biológicas, políticas, econômicas e sociais, e que se inter-relacionam em alguma medida. Os autores afirmam que todos os sistemas, sejam eles físicos, biológicos ou sociais, tendem, naturalmente, no decorrer de sua existência, a um movimento de entropia que resulta em um estado de desordem estrutural (OLIVEIRA; ELIAS, 2011). Nessa perspectiva, a função de regulação surge para estabilizar esse processo, por meio de agentes, regras e mecanismos reguladores.

Em uma perspectiva ampliada, Apolinário (2013) define a regulação como qualquer medida ou forma de intervenção que tenha como objetivo ordenar o comportamento dos indivíduos ou de determinados grupos de indivíduos. No campo da administração pública, ainda conforme a autora, regulação é o conceito empregado para designar a nova forma de intervenção do Estado na economia, subsequente à liberalização dos mercados e à privatização e/ou terceirização dos tradicionais serviços públicos (APOLINÁRIO, 2013).

Nesse contexto, Apolinário (2013) afirma que a regulação se configura como uma forma de intervenção pública que tem por objetivo, em certos casos, condicionar, e, em outros, apenas influenciar a atividade das organizações (públicas ou privadas) que operam em determinado setor, por meio: a) da criação de mecanismos de fixação de preços ou de tarifas; b) da limitação do acesso a determinadas atividades ou do seu exercício; e c) do estabelecimento de condições sobre a forma de prestação de um determinado serviço.

Desse modo, entende-se a regulação como a função ou poder público que surge na sequência da privatização e da liberalização de determinados setores da economia, para garantir a proteção dos diferentes interesses em conflito (do mercado, dos operadores, dos usuários, do público em geral) (APOLINÁRIO, 2013). Assim, é possível compreender que a existência de regulação no setor público se justifica de forma a assegurar a satisfação de necessidades coletivas que de outra forma poderiam não se materializar em um ambiente no qual a lógica do mercado tende a se sobrepor aos requisitos de bem-estar social, como é o exemplo dos serviços de saúde.

Esse entendimento se fortalece em Santos e colaboradores (2011, p. 181), para os quais a regulação pública é definida como

o conjunto de medidas legislativas, administrativas e convencionadas através das quais o Estado, por si ou por delegação, determina, controla ou influencia o comportamento de agentes econômicos, tendo em vista evitar efeitos desses comportamentos que sejam lesivos de interesses socialmente legítimos e orientá-los em direções socialmente desejáveis.

No que se refere especificamente à oferta de serviços públicos, Marques-Neto (2002) verifica o surgimento de um novo padrão de atuação regulatória, no qual a imposição unilateral e autoritária de pautas, condutas e comportamentos dá lugar à articulação de interesses e ao estabelecimento de pautas regulatórias negociadas junto com os diversos interesses envolvidos (operadores, usuários efetivos e potenciais). Surge, assim, o que o autor denomina regulação reflexiva, na qual o Estado deixa de atuar somente na garantia do acesso aos direitos de cidadania e passa a ser um mediador de interesses, com vistas ao ordenamento das disfunções sociais (MARQUES-NETO, 2002).

As causas para essa mudança de abordagem, ainda conforme o autor, não são puramente ideológicas: de um lado, afirma, estão os aspectos de natureza econômica, que ao tempo em que prejudicam a capacidade de investimentos estatais, fazem emergir polos de decisão econômica que transcendem e independem das estruturas (públicas) dos estados nacionais; de outro lado, o autor destaca os aspectos de natureza política e social que fazem com que a sociedade contemporânea tenha uma atitude muito mais participativa em relação à atuação do poder público, assumindo um papel ativo e organizado em relação às suas demandas (MARQUES-NETO, 2002). Além desses dois elementos, Marques-Neto (2002) ainda destaca o forte impacto da evolução tecnológica, que torna as relações sociais e econômicas ainda mais complexas, introduzindo um padrão crescente de exigências sociais.

Do ponto de vista político, segundo Marques-Neto (2002), há a necessidade de que a atividade regulatória seja permeável à participação da sociedade em todos os seus segmentos e suscetível a controles, não só pelos organismos institucionais, mas também pela própria sociedade. Já na perspectiva organizacional, o autor indica a necessidade de novos órgãos e instrumentos de ação estatal (MARQUES-NETO, 2002). Nesse sentido, para desempenhar este novo perfil de ação regulatória, se fazem necessários instrumentos capazes de conferir ao regulador independência, autonomia, especialidade e capacitação técnica.

O Estado exerce suas atividades regulatórias por meio de estruturas organizacionais próprias, geralmente articuladas em agências ou centrais de regulação. As primeiras são orientadas à regulação de setores da economia, e as últimas estão voltadas à regulação de serviços específicos. Desse modo, observando-se o princípio da Descentralização Política e Administrativa dos serviços sociais básicos (como saúde e educação), permite-se a intervenção com maior assertividade em distintos níveis do setor e dos serviços, bem como a inserção de diferentes instâncias de participação e controle social em todo o processo e também nos resultados, mesmo que o controle interno, segundo o Novo Gerencialismo, seja centrado nos resultados. Contudo, para que haja participação e controle social, são indispensáveis o acesso à informação e transparência.

De acordo com Majone e Spina (1993), as burocracias do Estado dedicadas à regulação devem ter seu foco de atuação voltado a um único objeto especificamente,

valendo-se das contribuições de especialistas para o desenvolvimento dos critérios e processos regulatórios naquele determinado setor. Os autores destacam que os organismos reguladores gozam de prerrogativas *quase*-judiciais, como impor o término de certas atividades; *quase*-legislativas, na definição de normas de conduta coletivas de adoção obrigatória; administrativas, permitindo interferências até mesmo na atividade empresarial; de investigação e programação, realizando pesquisas sobre o objeto de intervenção e recomendar até mesmo uma nova legislação.

Nesse sentido, Majone e Spina (1993) distinguem o Estado Regulador do Estado Social à medida que aquele não se propõe a satisfazer todas as demandas sociais, apenas se dedica a apresentar respostas específicas a problemáticas pontuais, respeitando, na medida do possível, as lógicas de ação dos sistemas regulados. Dessa forma, segundo os autores, o Estado Regulador enfrentaria menores problemas em termos de consenso e governabilidade (MAJONE; SPINA, 1993).

Do ponto de vista da legislação, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) (BRASIL, 1989, p. 84, grifo nosso) não emprega o termo *regulação* expressamente no seu texto, contudo estabelece características do sistema que direcionam para a necessidade de organização sistêmica das ações e serviços de saúde no território:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação**, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

São princípios do Estado Regulador: descentralização da prestação dos serviços, privatização, delegação com autonomia e separação entre formulação e execução das políticas públicas. Observa-se que neste artigo da CRFB/88 já estão previstas todas as ações daí decorrentes, sendo a regulamentação um dos mecanismos de regulação, que se fundamenta em dispositivos jurídicos precisos, estabelecidos de forma vertical, normativa e unilateral, a exemplo da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) que regulamenta o SUS. Os aspectos relativos à regulação do acesso aos serviços de saúde serão tratados em discussão específica, apresentada nos capítulos seguintes desta Tese.

A descentralização da prestação de serviços públicos requer, dentre outros atributos, a autonomia administrativa e financeira. Para tanto, há que se ter mecanismos que possibilitem o controle e a transparência. Nesse sentido, entende-se que as atividades regulatórias do Estado demandam transparência nos processos das centrais e agências, de forma a possibilitar a auditabilidade destes e, principalmente, o fortalecimento da participação e controle por parte da sociedade civil. Sobre tais questões dedica-se a discussão a seguir.

2.1.4. O princípio da Transparência

Entende-se que a noção de transparência na gestão pública é um objeto de estudo relativamente recente, remetendo à implementação da abordagem gerencialista na administração pública inglesa, a partir da década de 1960. No entanto, somente na última década do século XX esse conceito ganhou expressão social, passando a integrar a agenda de diversos governos em todo o mundo. Em sociedades democráticas, o direito à informação e à transparência podem ser considerados direitos humanos fundamentais, no reconhecimento da existência do direito básico de ser informado sobre o que o governo está fazendo e por quê (STIGLITZ, 1999; BELLVER; KAUFMANN, 2005).

Conforme Cruz e colaboradores (2012), a transparência deve caracterizar todas as atividades realizadas pelos gestores públicos, de maneira que os cidadãos tenham acesso e compreensão daquilo que os gestores governamentais têm realizado, a partir do poder de representação que lhes foi conferido. Nesse sentido, Matias-Pereira (2008) afirma que a transparência torna mais democráticas as relações entre o Estado e a sociedade civil à medida que possibilita ao cidadão o acesso à informação governamental. Contudo, os autores ressaltam que dar publicidade não significa necessariamente ser transparente, sendo necessário que as informações disponibilizadas sejam capazes de comunicar o real sentido que expressam, de modo a não parecerem enganosas (CRUZ et al., 2012).

Ainda sobre questões democráticas envolvidas nos processos de transparência, Maria, Gomes e Marques (2012) definem que a noção de transparência passa pela perspectiva de se garantir um Estado cujas ações e motivações estariam

expostas à vigilância dos cidadãos, algo distinto do Estado autocrático, que tende a se apoiar no segredo para existir e melhor gerenciar o poder concentrado. Nesse sentido, a noção de transparência na perspectiva do Estado Gerencial, segundo Kim e colaboradores (2005), traz consigo um conjunto poderoso de associações morais e políticas, as quais incluem honestidade, sinceridade e abertura. Para esses autores, transparência significa que a informação está disponível gratuitamente e é diretamente acessível àqueles que serão afetados pelas decisões de governo, e que informações suficientes são fornecidas em formatos e mídias facilmente compreensíveis. Isso requer que as decisões sejam tomadas e aplicadas de maneira a seguir regras e regulamentos que deem suporte a essas associações impregnadas no conceito (KIM et al., 2005).

Conforme Valle (2008), toda ação pública considerada transparente obedece aos seguintes requisitos: a) manutenção de um fluxo constante de informações; b) que estas informações sejam pertinentes, confiáveis, inteligíveis e oferecidas no momento oportuno; c) que sejam relacionadas aos vetores diretos e indiretos que influenciam esse mesmo agir administrativo; e d) que sejam dirigidas ativamente às diversas estruturas de poder e à cidadania.

De acordo com Silva (2010), a transparência não deve se referir apenas a fatos atuais praticados pela administração pública, mas, sim, ser abrangente em relação a informações de gestões anteriores, possibilitando estudos de caráter evolutivo e comparativo em relação à atuação dos gestores em diferentes mandatos políticos.

Sob as perspectivas constitucional e administrativa, é possível vincular a transparência ao princípio da Publicidade, previsto no artigo 37 da CRFB/88, o qual Miragem (2011, p. 309) afirma ser “o fundamento principal da adoção de políticas de transparência no âmbito da Administração Pública”. Conforme este autor, a noção de publicidade da ação administrativa resulta em um dever de transparência, na medida em que expõe a ação administrativa ao conhecimento público, para acesso de qualquer interessado, como condição para a sua legitimidade (MIRAGEM, 2011). O dever de transparência que resulta da eficácia do princípio da Publicidade abrange tanto os processos decisórios da Administração, quanto informações públicas de natureza ampla, refletindo a ação transparente do agente público e promovendo o uso

público da razão nos assuntos de interesse geral da comunidade, sob o patrocínio ou com a participação do Estado.

A transparência, segundo Figueiredo e Santos (2014), proporciona um ambiente de análise e reflexão, demandando que os gestores públicos descortinem suas tomadas de decisões e divulguem-nas livremente nos meios de comunicação acessíveis à população, não permitindo que as informações fiquem restritas a alguns servidores e assessores. O aumento da transparência, conforme Figueiredo e Santos (2014), pressupõe o envolvimento de diferentes grupos sociais no acompanhamento da gestão, sendo que a divulgação para grupos restritos inibe o seu caráter de promoção da democracia participativa, ferindo os princípios constitucionais da Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência. Sem isso, desenvolve-se um ambiente propício a condutas patrimonialistas e corruptas, características dos regimes autoritários.

Intimamente relacionados à noção de transparência, os debates contemporâneos acerca da *accountability* e de suas contribuições para uma sociedade mais democrática tomam corpo neste mesmo cenário de urgência de maior participação social na gestão e de responsabilização dos gestores públicos. Ainda sem tradução para o português, é possível entender *accountability* como

a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento desta diretiva (PINHO; SACRAMENTO, 2009, p. 1348).

No entendimento de Bizerra (2011), a transparência é o meio pelo qual se pode gerar a *accountability* no setor público, pois não é possível fazer com que haja responsabilização por parte dos gestores quando não se tem informações claras sobre como os recursos foram utilizados e quais os resultados gerados em decorrência das políticas públicas adotadas.

Dentre os pressupostos do Estado Democrático de Direito, estão a vigência de um sistema legal que preserve os direitos civis da população e que estabeleça redes de responsabilidade e *accountability*, impondo a todos os agentes públicos e privados — independentemente da posição que ocupem na hierarquia — a sua submissão ao controle legal de suas ações (AKUTSU, 2002). Neste sentido, entende-se que a CRFB/88 já traz em si grande contribuição ao exercício da *accountability*, uma vez

que elege a prestação de contas da administração pública como um dos princípios fundamentais da Federação, bem como determina que os gestores e responsáveis por bens e valores públicos devem se submeter à prestação de contas perante órgãos de controle interno primeiramente, e em seguida pelo controle externo, por meio de os Tribunais de Contas.

No entanto, Akutsu (2002) defende que este controle, no contexto democrático, é prerrogativa essencial dos cidadãos, e que enquanto estes se mantiverem na condição de tutelados e enxergando o Estado como tutor, não haverá condições para a *accountability* — já que esta só se verifica mediante a articulação de cidadãos vigilantes e conscientes dos seus direitos.

Pinho e Sacramento (2009) afirmam que, na sociedade brasileira das últimas décadas, há um processo de mudança de valores que favorece a *accountability*. Isso é verificável na existência de movimentos, leis e órgãos públicos⁷ que não só exercem papel coercitivo fundamental, como também favorecem o acesso da população a informações que até então só circulavam em âmbito governamental.

De igual maneira, Borges (2013, p. 46) afirma que

o Brasil vem experimentando formas inovadoras de participação popular — orçamento participativo, conselhos, audiências públicas, consultas públicas, mecanismos deliberativos em agências de regulação e instituições públicas — que despertam interesse pelo potencial democrático que aportam e vêm sendo amplamente estudados em seus erros e acertos.

Borges (2013) cita ainda que as tecnologias que facilitam o acesso à informação e potencializam a comunicação multidirecional têm importante contribuição para diversificar os meios de participação, ao que acrescentamos contribuem para a transparência e a *accountability*.

Pinho e Sacramento (2009) indicam dois fatores considerados basilares à consolidação do valor político da *accountability*: a) o desenvolvimento da capacidade de os cidadãos estabelecerem metas coletivas para a sociedade na qual vivem (considerando que o processo se inviabiliza diante de uma população politicamente

⁷ Lei de Responsabilidade Fiscal, Orçamentos Participativos, Controladoria Geral da União que a partir de maio de 2016, transformou-se no Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle, e de Conselhos diversos, Organizações Não Governamentais ligadas à transparência e uma imprensa mais livre e socialmente responsável

alienada ou indiferente); b) disponibilização de mecanismos institucionais que garantam à população o controle das ações dos governantes ao longo de seus mandatos — proporcionados pelos dispositivos de transparência disponibilizados pela administração pública para estas tarefas de acompanhamento e controle social.

É neste cenário de demandas crescentes em termos de transparência, controle e responsabilização que as TIC (em especial a internet) se configuram como importantes ferramentas de suporte a tais processos, à medida que possibilitam o acesso às informações a um grande número de indivíduos de forma rápida e a baixo custo.

Figueiredo e Santos (2014) afirmam que o advento da internet revolucionou a forma de divulgação dos dados da gestão pública ao abrir múltiplos canais de acesso a conteúdos que, em geral, se tornam potenciais facilitadores da transparência no setor público, gerando grande impacto na forma como essas instituições interagem com o seu ambiente e, em particular, com usuários de seus produtos e serviços. Essa interação contribui para a satisfação das necessidades dos usuários, tanto em termos de acesso à informação quanto em relação à qualidade percebida na experiência de uso dos produtos e serviços públicos como exercício de cidadania ativa.

Entretanto, ainda que amplamente apresentadas como principais mecanismos de transparência e *accountability* na atualidade, a internet e demais TIC só estão disponíveis a uma parcela limitada da sociedade que detém o acesso aos recursos tecnológicos, ainda que os menos sofisticados. Nesse sentido, a exclusão digital, que diz respeito à distribuição desigual de computadores e de acesso à internet em razão das condições econômicas dos indivíduos em uma sociedade desigual como a brasileira, se constitui em uma barreira à efetivação de tais princípios (SORJ; GUEDES, 2005), tendo em vista que não há como se falar em democracia participativa quando o acesso às informações da vida pública não estão disponíveis para todos.

Desse modo, na busca pela construção de uma gestão mais transparente e responsável, Akutsu (2002) entende que cabe aos governos fomentarem políticas públicas que promovam a redução das desigualdades econômicas e sociais, de forma a permitir o acesso de todos a estes recursos tecnológicos, no entendimento de que

a universalização do acesso, antes de qualquer coisa, constitui-se em um instrumento para combater as desigualdades.

Em vista do exposto, a revisão do marco teórico desta pesquisa prossegue discutindo sobre o uso de TIC na administração pública, com vistas à compreensão das relações entre tecnologia e gestão em um contexto gerencialista de governo. No próximo capítulo, buscar-se-á destacar como as TIC se incorporam aos serviços públicos de saúde, à luz da Teoria Crítica da Tecnologia, de modo a contribuir para o fortalecimento dos princípios constitucionais do SUS brasileiro.

2.2. TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

Este capítulo objetiva discutir os principais fundamentos teóricos das Tecnologias da Informação e Comunicação, apresentando uma breve revisão conceitual sobre TIC, bem como os limites e as possibilidades destacadas pela literatura sobre as tecnologias no âmbito da Administração Gerencial. Fundamenta-se na Teoria Crítica da Tecnologia, referencial que orienta a discussão dos resultados desta investigação.

2.2.1. Uma breve revisão sobre TIC

Com a evolução tecnológica necessária ao desenvolvimento do capitalismo, conforme observa Sá Filho (2009), o que um dia foi manual se tornou mecânico e, rapidamente, cedeu lugar ao elétrico e ao eletrônico. Assim também foi na transformação dos processos produtivos nas organizações, cada dia mais dependentes da tecnologia e da informação para a execução de suas atividades.

Castells (2005) entende que, desde os anos 1980, a sociedade passa por um acelerado processo de transformação estrutural, associado à emergência de um novo paradigma tecnológico baseado nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que começaram a tomar forma desde os anos 1960, difundindo-se de forma

desigual por todo o mundo. Para este autor, na atualidade, a saúde, o poder e a geração de conhecimento estão, em grande medida, dependentes da capacidade de organizar a sociedade para captar os benefícios do novo sistema tecnológico, enraizado na microeletrônica, nos computadores e na comunicação digital (CASTELLS, 2005).

Castells (2005) observa que, com frequência, a sociedade emergente deste panorama tem sido caracterizada como sociedade de informação ou sociedade do conhecimento, discordando destas terminologias ao destacar que informação e conhecimento se constituem em elementos de centralidade em toda e qualquer civilização historicamente conhecida. Na sua compreensão, o que é realmente inédito nesta nova sociedade é o fato de estes elementos serem de base microeletrônica, difundidos através de ferramentas tecnológicas, mas por meio de uma velha forma de organização social, hoje dotada de novas capacidades oferecidas pelas TIC, as redes.

Conforme Beal (2009), nesta nova sociedade, as TIC assumem um papel fundamental: adicionar valor e qualidade aos processos, produtos e serviços. Se antes a tecnologia era empregada apenas para automatizar tarefas e eliminar o trabalho humano, gradualmente começou a enriquecer todo o processo organizacional, auxiliando na otimização das atividades, eliminando barreiras de comunicação e melhorando o processo decisório.

O termo TIC visa exprimir a ideia da convergência de tecnologias e sistemas trabalhados em conjunto para a comunicação e gestão da informação, englobando de forma genérica todas as tecnologias relacionadas à criação, ao manejo e à difusão de informações. Envolve *hardware* (a parte física/ estrutural dos aparelhos), *software* (os programas e sistemas operacionais destes aparelhos) e telecomunicações (MURAMATSU, 2011).

Segundo Arruda (2007), é possível entender as TIC como um conjunto de conhecimentos transformado em equipamentos, programas e ferramentas, para a criação, armazenamento e difusão de conteúdos informacionais, que proporcionam maior flexibilidade à comunicação, uma vez que a comunicação por meios eletrônicos transpõe barreiras de espaço e de tempo, bem como permite o intercâmbio de um grande volume de informações de forma ágil e precisa.

Ao conceituar e identificar essas novas tecnologias, Machado (2002) tem o cuidado de frisar que estas resultam da intervenção dos adventos tecnológicos, não necessariamente para a produção das mensagens, mas, sobretudo, para sua distribuição e, particularmente, para sua transmutação entre códigos ou sistemas.

Expandindo essa percepção, Carvalho (2006) afirma que, dentre todos os sistemas tecnológicos, a internet foi o que realmente promoveu uma transformação social ao revolucionar hábitos, costumes e modos de agir nas relações humanas, estabelecendo novas regras de convívio socioeconômico e político. A autora acrescenta que a internet permite que as organizações estejam próximas de seus públicos, não apenas mediante sua *homepage* (onde podem comunicar o que produzem, para quem produzem, quanto custam seus produtos e de que formas eles podem ser adquiridos), mas também por meio dos diversos sistemas e sub-redes viabilizadas por sua tecnologia (CARVALHO, 2006).

Segundo Sousa (2003), as alterações introduzidas pelas TIC, na forma como a comunicação e a gestão de informações ocorrem entre as diversas esferas funcionais de uma organização, demandam estruturas diferenciadas, em termos de modelo, da natureza dos conteúdos funcionais e dos desempenhos, permitindo a rápida adaptação às mudanças que ocorrem na sociedade. Deste modo, o autor afirma que as organizações, inclusive as públicas, precisam “se preparar” para a incorporação das TIC aos seus processos, para maximizarem o aproveitamento dos benefícios dessas ferramentas (SOUSA, 2003). No entendimento do autor, tal preparação deve começar por processos de aprendizado e mudanças no interior das organizações, nos quais deverá empreender esforços para remover as barreiras às tecnologias e à interação, mediante o convencimento dos atores sobre a importância estratégica de tal transformação no seu *modus operandi* (SOUSA, 2003).

Contudo, percebe-se que este entusiasmo em relação às TIC não é unânime no universo organizacional. A literatura sobre TIC nas organizações enfatiza a existência de tensões nesse contexto, principalmente no que se refere à adoção de TIC, nas quais alguns grupos endossam fervorosamente a incorporação dessas tecnologias aos processos, enquanto outros reagem de forma mais cética e as observam com maior desconfiança.

Os estudos de Abraham (2009) indicam que, em uma perspectiva otimista, as TIC nas organizações trazem benefícios, dado que: a) possibilitam a retomada de um relacionamento mais humanizado entre a organização e seus públicos de interesse, à medida que permitem o contato direto e personalizado com todos os sujeitos; b) viabilizam novas formas de acompanhamento, avaliação e controle dos processos; e c) otimizam o desempenho da organização, já que as novas formas de comunicação possibilitadas pelas ferramentas tecnológicas atuam na integração dos sujeitos e departamentos por meio da informação.

Em uma perspectiva pessimista, fundamentalmente, a crítica em relação às TIC ocorre com o argumento de que estão fortemente relacionadas à perda da privacidade, sob diversos aspectos. Destaca-se que a possibilidade de registro de todas as movimentações do usuário no ambiente virtual é vista como uma das causas da resistência às tecnologias. No entendimento dos críticos, a possibilidade de monitoramento em tempo real das atividades por superiores inibiria a liberdade para certas tomadas de decisão (ABRAHAM, 2009). Ao mesmo tempo, a dificuldade de se lidar com os ambientes virtuais e suas interfaces também é considerada como dificultadora da incorporação das TIC, principalmente por indivíduos mais velhos, que não acompanharam o ritmo da evolução tecnológica, estando ainda atados aos antigos modos de produção (AGUIAR, 2012).

Diante do exposto, procede-se a uma revisão sobre os princípios norteadores da utilização de TIC pelas organizações públicas, no contexto da Administração Gerencial. Apresenta-se o contexto institucional buscando relacionar o uso da tecnologia para a efetividade da prestação dos serviços públicos, bem como suas relações com os princípios da regulação e da transparência pública.

2.2.2. Usos da TIC na Administração Pública Gerencial

Islam (2015) descreve o Novo Gerencialismo como uma construção normativa da administração pública constituída de uma série de componentes inter-relacionados, tais como: a oferta de serviços que os cidadãos valorizam, disponibilização dos recursos humanos e tecnológicos necessários à alta performance dos gestores, e uma visão flexível dos objetivos da administração pública. Nesse contexto, de acordo com o autor, as TIC surgem como fatores de ressignificação do trabalho burocrático, apresentando-se como fatores indispensáveis à adequação dos serviços públicos ao atual paradigma da sociedade da informação, possibilitando a coordenação descentralizada das atividades e favorecendo a transparência dos processos (ISLAM, 2015).

Segundo Barbosa, Faria e Pinto (2007), o sucesso da abordagem gerencialista de administração pública depende, em grande medida, do uso estratégico das TIC, argumentando que, embora a ideia de governo eletrônico⁸ esteja frequentemente associada ao uso de TIC para entrega de serviços, os conceitos subjacentes incluem melhorias de processos, maior eficiência, melhor governança, desenvolvimento e monitoramento de políticas públicas.

No entendimento de Sorj (2003), os impactos da internet e dos meios de comunicação digitais na gestão pública podem ser separados fundamentalmente em três níveis: a) e-governança, que se refere à utilização dessas tecnologias para aumentar a eficácia, a eficiência, a qualidade, a transparência e a fiscalização das ações e serviços do governo e das instituições públicas; b) o e-governo, que inclui o conjunto de novos instrumentos que permitem aumentar e modificar a participação dos cidadãos na gestão e na escolha das decisões governamentais, bem como influenciá-las; e c) a e-política, que é o impacto das TIC na própria estrutura e possibilidades de organização política da sociedade.

⁸ Vidigal (2013) discute o equívoco verificado nos países de língua latina entre os conceitos de governo eletrônico e Administração Pública Eletrônica, que resultam da mesma palavra em inglês, *e-government*. Segundo o autor, a generalização do conceito de governo eletrônico, linearmente importado e traduzido pelas multinacionais anglo-saxônicas, ao segmentarem os seus clientes por áreas de atividade, ignora que o Governo e a Administração Pública são níveis institucionais diferentes (VIDIGAL, 2013).

Para a presente pesquisa, interessa particularmente a dimensão da e-governança, uma vez que esta possibilita a utilização de TIC para: a) divulgar atividades dos distintos órgãos do governo, permitindo acompanhamento do orçamento e gastos públicos, garantido maior transparência e monitoramento; b) melhorar a rapidez, o alcance e a qualidade na administração interna e nos serviços prestados; c) melhorar os serviços on-line, incluindo solicitações de serviços de saúde e educação, pagamento de contas e tributos; d) realizar leilões eletrônicos, licitações, compras e fornecimento de serviços (SORJ, 2003). O autor destaca, ainda, que o sucesso da informatização dos serviços governamentais pressupõe a universalidade do acesso, caso contrário cria-se uma linha abissal entre os cidadãos digitalmente incluídos e os demais, entendimento que se fortalece em seus estudos posteriores sobre a exclusão digital e seus impactos na cidadania (SORJ; GUEDES, 2005).

A governança, segundo Ojo (2014), refere-se ao exercício da autoridade política, econômica e administrativa na gestão dos assuntos de um país, o que inclui a articulação dos interesses dos cidadãos e o exercício de seus direitos e obrigações legais. Para o autor, a e-governança pode ser entendida como o desempenho desses processos de governança por meios eletrônicos, a fim de facilitar um processo eficiente, rápido e transparente de disseminação de informações para o público e outras agências, e para a execução de atividades de administração governamental (OJO, 2014).

Ojo (2014) compreende a e-governança como um conceito mais abrangente do que o e-governo, por meio do qual possível provocar uma mudança na forma como os cidadãos se relacionam com os governos e entre si. A governança eletrônica, portanto, pode trazer novos conceitos de cidadania, tanto em termos de necessidades, quanto de responsabilidades dos cidadãos.

Considerando essa perspectiva mais abrangente, a governança eletrônica é entendida como um conceito que define e avalia os impactos derivados do uso de tecnologias nas práticas administrativas dos governos e nas relações entre os servidores públicos e a sociedade em geral. Desse modo, os processos de e-governança englobam uma série de medidas necessárias para que as agências governamentais desenvolvam e administrem eficientemente os recursos tecnológicos,

de forma a garantir a implementação bem-sucedida dos serviços de governo eletrônico para o público em geral (OJO, 2014).

Crowley (2008 apud OJO, 2014) indica algumas das principais características e mecanismos de e-governança, as quais incluem: a) a possibilidade de os cidadãos deixarem *feedback* para vários escritórios do governo; b) uma lista com base em assinatura, ou *e-Newsletter*, que mantém os cidadãos e outras agências informadas; c) fóruns de discussão on-line ou salas de chat para discutir questões políticas; d) reuniões eletrônicas de participação compartilhada entre agências/ governo/ cidadãos; e) pesquisas on-line de satisfação dos cidadãos, com publicação dos resultados; f) tomada de decisões on-line, e-petições, e-referendos; entre outros.

Portanto, conforme Ojo (2014), no contexto da governança eletrônica surge o “e-cidadão”, que detém a possibilidade de se comunicar com o governo para monitorar sua atuação e responder imediatamente sobre a eficácia de seus serviços, em vez de esperar que o processo eleitoral indique seu desempenho. Assim, maiores níveis de responsabilidade e transparência, que são chaves para uma boa governança, são assegurados por meio da interação eletrônica.

Contudo, Mello (2009, p. 39) adverte que “a tecnologia sozinha não faz política ou revoluciona costumes e éticas. As tecnologias são produzidas e apropriadas de formas diferenciadas, a partir de dinâmicos processos socioeconômicos, culturais e políticos, específicos”. O autor destaca que a tecnologia promove alterações nos fenômenos sociais, proporcionando alteração no movimento histórico, apresentando inovações e, ao mesmo tempo, estimulando disputas e desvirtuamentos (MELLO, 2009). Nesse sentido, conforme o autor, com o advento das TIC, a governança eletrônica surge como uma tendência emergente para reinventar o funcionamento do governo, especialmente em termos da oferta de serviços públicos e da participação cidadã na gestão (MELLO, 2009).

Nath (2003) afirma que as TIC podem influenciar o processo de governança de várias maneiras e em distintos níveis, aperfeiçoando os mecanismos atuais de prestação de serviços com o objetivo de transformar a natureza dos serviços em si. Para este autor, as tecnologias podem assumir diferentes papéis no processo de governança, que induzem mudanças significativas na própria natureza da relação

governo-sociedade, trazendo uma maior responsabilização e transparência nos processos de governança entre eles: a) papel técnico, que se relaciona à automação das tarefas desenvolvidas pelos burocratas; b) papel de facilitador, viabilizando a participação no processo de tomada de decisão e nos processos de implementação de novos métodos; e c) papel inovador, desenvolvendo meios para oferecer novos serviços e produtos (NATH, 2003).

Cepik, Canabarro e Possamai (2010) observam que, na fase inicial de seu desenvolvimento, a utilização das TIC representava um alto custo para o orçamento público, de modo que sua aplicação se limitou a áreas específicas de inovação e de defesa. Com a redução dos custos dos equipamentos de informática e com o surgimento dos computadores pessoais, as TIC passaram a ser incorporadas à rotina dos processos de governo, representando elemento estratégico de eficiência.

As TIC vêm sendo aplicadas na busca, tanto de maior eficiência nos processos de governo, como de oferta de oportunidades de participação popular e de canais de interação entre o Estado e a Sociedade. Entende-se que as TIC facilitam e ampliam as transações, os fluxos e as ligações existentes nas redes de atores que se relacionam com a esfera público-estatal. Assim, passa-se a falar em Governança da Era Digital, que se propõe a legitimar o Estado Gerencial, superando as insuficiências da administração pública burocrática (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010).

Ainda que o objetivo principal seja melhorar o desempenho, Cook (2016) afirma que é quase impossível considerar todas as influências humanas, organizacionais e externas que podem afetar esta melhora, particularmente em relação às TIC, que podem ter um potencial significativo para expandir os horários, locais e eficácia de muitos tipos de tarefas do governo.

Quando organizações públicas decidem oferecer soluções tecnológicas na mediação dos processos junto com seus diversos públicos, muitas vezes essa iniciativa é entendida como um projeto pontual de tecnologia, quando na verdade é uma grande mudança da organização que precisa de atenção programática e política, uma vez que introduzir tecnologias significa que as condições de trabalho e o ambiente serão modificados (COOK, 2016).

Conforme Cook (2016), integrar novas TIC em sistemas existentes exigirá diferentes quantidades de recursos e esforço, e isso vai depender muito do tipo de tecnologia a ser adotada e das finalidades pretendidas. Algumas tecnologias requerem uma mudança na concepção global do sistema, enquanto outras, não. Quase todos os dispositivos portáteis que se conectam sem fio diretamente a um sistema central de informação, geralmente, necessitam de configuração, política de acesso específica ou mudanças de prática geral, pois, em muitos casos, todo o acesso direto a um sistema é regido por normas de segurança específicas, algumas estabelecidas pela própria organização e outras por órgãos do governo.

Tendo isso em vista, é necessário considerar que a reestruturação das burocracias governamentais, a melhora e reengenharia da entrega de serviços públicos são questões político-gerenciais e administrativas e não só questões puramente técnicas. As mudanças organizacionais estabelecem novas regras para as rotinas dos processos de trabalho e respectivos comportamentos, reordenam (ou mesmo eliminam) fontes de poder, promovem o surgimento de novos sujeitos e/ou o desaparecimento de velhos atores e suas práticas (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010).

Na atual Era Digital, na qual é possível acessar e trabalhar a informação a partir dos mais diversos dispositivos e há ampla criação e compartilhamento de informações por distintos atores (HOLDEN, 2007 apud CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010), uma nova abordagem de tratamento das TIC está sendo desenvolvida, cujo objetivo central vai além da eficiência e da geração de conteúdo. Por meio da adequação de práticas do setor privado à realidade política e multissetorial da área pública, hoje se assume que as TIC são ferramentas fundamentais para a transformação da administração pública, deixando de ser objeto apenas de gestão para ser objeto de governança (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010).

Segundo os autores, a diferença entre gestão e governança de TIC é essencial para a compreensão dessa nova era:

A gestão da TIC se foca na automatização e eficiência das operações internas, na administração destas operações e nas decisões a serem tomadas acerca dos produtos e serviços de TIC correspondentes. Por outro lado, a governança de TIC é mais ampla e foca a utilização da TIC de maneira que possa atender às demandas e objetivos presentes e futuros do negócio e de seus clientes — ou, no caso do setor público, os objetivos da

administração pública, de suas atividades finalísticas e de seus usuários (cidadãos, empresas, terceiro setor). É, portanto, um modelo de tratamento da TI que envolve outros atores, para além do órgão e/ou da administração, cuja interação deve ser coordenada e calcada na cooperação (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010, p. 16).

Nesse sentido, a governança de TI compreende o desenvolvimento de um plano estratégico que avalie a natureza do impacto organizacional do uso de novas tecnologias, determine o treinamento de recursos humanos e alinhe os recursos de TI aos objetivos institucionais do órgão (e da administração), bem como proteja e relacione os interesses de atores internos e externos à organização (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010).

As TIC, ainda conforme Cepik, Canabarro e Possamai (2010), são essenciais no atual modelo de administração, uma vez que permitem não apenas a melhor alocação dos recursos públicos e a intercomunicação entre os órgãos governamentais e atores sociais, mas também o redesenho de processos de governo, atendendo às necessidades dos usuários e ampliando os meios de acesso aos serviços públicos e à própria administração. Assim, as TIC deixaram de ser vistas apenas como ferramentas auxiliares, passando a desempenhar um papel fundamental na busca pela ampliação da eficácia da administração pública, com possíveis impactos sobre a capacidade governamental de entregar serviços e reforçar o papel do Estado, a cidadania e a participação democrática. Os governos têm assim um modelo de administração pública pós-gerencialista: a Governança da Era Digital.

Cepik, Canabarro e Possamai (2010) chamam a atenção para um aspecto característico da Governança da Era Digital: esta compreende uma visão holística da administração pública, desenhada a partir das demandas dos usuários dos serviços públicos (cidadãos, empresas, organizações, etc.). Assim, prevê uma administração voltada para as necessidades dos usuários, e não mais para a gestão dos processos internos de cada órgão; as responsabilidades recaem sobre todas as redes envolvidas no setor público e prevê novas e amplas macroestruturas de ação. Para os autores, esta concepção demanda a reengenharia completa de processos de trabalho na área pública (erradicando etapas, custos de conformidade, listas de checagem e formulários desnecessários), bem como mudanças nos estilos de gestão e no tratamento dos sistemas de informação (CEPIK; CANABARRO; POSSAMAI, 2010). Nesse sentido, também requer o compromisso por parte dos órgãos governamentais

de reutilizarem as informações já coletadas de usuários, evitando o retrabalho e desperdício de recursos, ao invés de recolherem a mesma informação várias vezes — tal como acontece com as formas gerencialistas, que detêm sistemas de informação fragmentados, que não se comunicam.

Ainda em relação ao redesenho organizacional demandado pelos princípios da governança digital, Thompson e Jones (2008) discutem o paradoxo entre as estruturas hierarquizadas e fechadas que ainda caracterizam os serviços públicos e os novos modelos inspirados nas redes e comunidades baseadas na internet. Os autores consideram que existe a possibilidade (ou ameaça) de o acesso igualitário e simétrico às informações governamentais conduzir à fragmentação das hierarquias e lógicas de poder vigentes, demandando que a estratégia e os processos operacionais sejam profundamente reorganizados de forma a orientá-los à nova economia da informação (THOMPSON; JONES, 2008). Tais processos passariam a ser ordenados em torno de modelos fluidos, baseados em equipes, comunidades e alianças colaborativas estruturadas em redes de conhecimento (EVANS; WURSTER, 1997 apud THOMPSON; JONES, 2008).

De acordo com Vidigal (2013), a tecnologia tem se tornado, cada vez mais, um poderoso instrumento auxiliar para o processo decisório e, ao mesmo tempo, um acelerador dos processos administrativos, aumentando o seu grau de certeza, transparência, imparcialidade e possibilidades de auditoria. Daí, segundo o autor, resulta a resistência muitas vezes observada na introdução dos sistemas informatizados, facilmente escrutináveis e que limitam a arbitrariedade e a conveniência na aceleração ou desaceleração dos processos públicos a serviço de interesses particulares (VIDIGAL, 2013).

Desse modo, é possível entender que a inclusão digital é uma pauta de improvável interesse em ambientes ainda orientados por práticas e estruturas burocráticas, focadas na centralização e no controle e impregnadas pelo patrimonialismo, tendo em vista os requisitos de flexibilização das relações de poder e de orientação ao cidadão interpostos pela governança digital.

Propostos no âmbito de uma abordagem gerencialista, tais modelos de governança, conforme Vidigal (2013), apresentam uma lacuna no seu corpo teórico ao não incorporar uma visão holística ajustada à atual Era Digital. O autor afirma que

ainda se está longe de uma visão do Estado com um sistema de informação que se pretende global, desobstruído de silos de poder e fortemente integrado e inclusivo, para servir os eventos de vida dos cidadãos e das empresas, de forma cada vez mais rápida e econômica (VIDIGAL, 2013, p. 475).

Ironicamente, ainda segundo o autor, o sucesso de alguns governos denominados de modernos na implementação de uma agenda gerencialista contribuiu para uma diminuição da orientação para o interesse público e para a fragmentação dos processos transversais e interdepartamentais, fundamentais aos estágios mais evoluídos e maduros de e-governança (VIDIGAL, 2013).

A expectativa em torno da abordagem gerencialista era que esta resultasse em uma administração pública baseada na informação, com profissionais melhor preparados para gerenciar este valioso recurso estratégico e operacional, na qual as relações de autoridade seriam substituídas pelas relações de informação, criando assim uma dinâmica e uma cadeia virtual entre os vários parceiros da administração pública, em um ambiente de liberdade, diversidade e igualdade, aumentando a acessibilidade e a confiança recíprocas entre governos e cidadãos (PITSCHAS, 2006 apud VIDIGAL, 2013).

No entanto, o que Vidigal (2013, p. 483) observa é que as tecnologias, em razão principalmente da facilidade de uso, despertam o desejo de protagonismo e fechamento organizacional, fortemente marcados “pela competição e defesa de territórios, confinados às legislaturas e servindo ambições políticas, pessoais e institucionais”. O futuro, segundo o autor, exige da administração pública a adoção de novos paradigmas e novas estratégias, que cada vez mais envolvem a partilha de soluções e plataformas tecnológicas comuns (VIDIGAL, 2013).

A desagregação dos processos que deveriam ser integrados, interoperáveis e orientados para o cidadão, assim como a competição entre parceiros que deveriam cooperar entre si, atrasaram em muito, conforme Vidigal (2013, p. 482), “o que hoje poderia ser um verdadeiro estado em tempo real, mais produtivo e mais econômico”.

O aparecimento de estudos interdisciplinares em torno da utilização das tecnologias na administração pública introduz não só novas perspectivas capazes de desconstruir algumas das disfunções da burocracia tradicional, mas também alguns dos paradoxos do gerencialismo. As redes e as TIC se destacam como instrumentos para capacitar informacionalmente toda a administração direta e indireta do Estado, mediante uma efetiva reengenharia de processos e a eliminação de estruturas e formalidades desnecessárias, sem, contudo, perder o controle e a *accountability* destes decisores, naquilo que Vidigal (2013) denomina de federalismo informacional⁹, sem necessidade de desprezar o paradigma da administração pública e os respectivos valores.

De forma semelhante à burocracia, Vidigal (2013) afirma que as TIC não deixam de ser uma forma de regulação e de fechamento do sistema, por meio de regras e procedimentos facilmente incorporáveis em algoritmos e processos automáticos de tomada de decisão. A burocracia e a regulação, assim como as tecnologias, propõem-se a reduzir a margem de incerteza e a arbitrariedade por meio da construção de modelos da realidade e de recondução de comportamentos e atitudes à legalidade e à previsibilidade.

O autor destaca que em muitos processos de licenciamento, judiciais, clínicos, entre outros, é possível introduzir algoritmia e, com isso, garantir e restaurar os valores do serviço público previstos no modelo burocrático tradicional, de forma suficientemente econômica, flexível e ajustada às necessidades da sociedade, conforme as expectativas em relação ao Novo Gerencialismo (VIDIGAL, 2013).

As tecnologias podem ser entendidas como um tipo de regulação automática ou cibernética, a qual o ser humano é incapaz de desempenhar sozinho, apenas com o recurso do processo normativo. Trata-se, segundo o autor “de acabar com processos decisórios baseados no ‘mais ou menos’, para tornar as decisões mais previsíveis e geradas através de algoritmos assentes no ‘sim ou não’” (VIDIGAL, 2013, p. 485).

⁹ Vidigal (2013) destaca que, durante os anos 1990, a literatura passou a utilizar o conceito de "federalismo informacional" com o objetivo de defender o equilíbrio entre o centro do poder e as periferias nos grandes sistemas transversais da administração pública.

Entende-se que os esforços empreendidos na Reforma do Estado brasileiro e a consequente externalização de serviços públicos não foram acompanhadas por investimentos adequados em TIC para o seu gerenciamento e controle. Desse modo, o que se verifica é o aumento do déficit estatal com um retorno negativo em relação às expectativas de uso, que se originam na proposta gerencialista de se apropriar da tecnologia para melhor servir o cidadão e reduzir a despesa pública (LEROY, 1996).

Vidigal (2013) afirma que a qualidade e a quantidade do retorno econômico, social e político relativo aos investimentos efetuados TIC dependem, em grande parte, das competências que o setor público acumula para a aquisição e gestão de projetos. Nesse sentido, Diniz (2007) observa que é importante afirmar especificamente quais são os ganhos de produtividade esperados por meio do uso das TIC. Entende-se que identificar como a produtividade pode mudar com a tecnologia, certamente, ajudará na definição de expectativas antes de sua implantação.

Discutindo especificamente os serviços de saúde, Diniz (2007) adverte que a utilização de tecnologias requer cautela e ponderação entre prós e contras verificados, e seu estudo indica que inúmeras conveniências são oferecidas por esses dispositivos, permitindo, à gestão, uma rápida comunicação com os públicos envolvidos, reduzindo o tempo de retorno em relação a outros meios. No entanto, afirma também que a organização de saúde necessita zelar pelo sigilo absoluto das informações dos usuários (o que demanda investimentos elevados) e que toda troca de informações médicas deve ser formalizada e passível de auditoria (DINIZ, 2007).

2.2.3. A Teoria Crítica da Tecnologia

De forma a cumprir com seu objetivo de tecer uma análise crítica da utilização de TIC nos serviços públicos hospitalares, no contexto da Administração Gerencial, esta pesquisa assume a Teoria Crítica da Tecnologia como referencial indispensável às problematizações em torno dos resultados aferidos ao longo de todo o processo de investigação. A literatura indica o filósofo Andrew Feenberg como o autor de referência neste tema, considerando suas publicações entre as décadas de 1990 e

2000 como bibliografia seminal desta Teoria. Feenberg (2003) organiza seu entendimento das abordagens filosóficas à tecnologia no seguinte quadro:

Quadro 1 — Abordagens da Filosofia da Tecnologia.

A Tecnologia é:	Autônoma	Humanamente controlada
Neutra (Separação completa entre meios e fins)	Determinismo (Por exemplo: a teoria da modernização)	Instrumentalismo (Fé liberal no progresso)
Carregada de Valores (Meios formam um modo de vida que inclui fins)	Substantivismo (Meios e fins ligados em sistemas)	Teoria Crítica (Escolha de sistemas de meios-fins alternativos)

Fonte: Adaptado de Feenberg (2003, p. 84).

Tais abordagens são agrupadas pelo autor ao longo de dois eixos que refletem sua relação com os valores e poderes humanos. O eixo vertical oferece duas alternativas: ou a tecnologia é neutra de valor, conforme defendem correntes deterministas e instrumentalistas; ou está carregada de valores que refletem determinados padrões sociais, de acordo com entendimentos substantivistas e críticos — no qual Feenberg (2003) se situa.

As tecnologias, no eixo horizontal, estão consideradas como autônomas ou humanamente controláveis. Segundo Feenberg (2003 p. 85), afirmar que a tecnologia é autônoma não significa que ela se constrói a si mesma, mas implica debater sobre em que medida os seres humanos detêm, de fato, o controle sobre o ritmo da evolução tecnológica, já que eles

ainda estão envolvidos, mas a questão é: qual a liberdade para decidir como a tecnologia será desenvolvida? O próximo passo depende da evolução do sistema técnico até nós? Se a resposta é “não”, então pode-se dizer justificadamente que a tecnologia é autônoma no sentido de que a invenção e o desenvolvimento têm suas próprias leis imanentes, as quais os seres humanos simplesmente seguem ao interagirem nesse domínio técnico.

As tecnologias podem ser humanamente controláveis enquanto se pode determinar o próximo passo de sua evolução, conforme as intenções humanas. A

Teoria Crítica da Tecnologia defende a tese de que em qualquer ambiente no qual as relações sociais sejam mediadas pela tecnologia moderna é possível introduzir controles mais democráticos que reformulem a tecnologia, de forma a proporcionar a seus usuários maiores capacidades de iniciativa e de uso (FEENBERG, 2004).

Por meio de um processo dialético, o autor entende que a tecnologia media e molda¹⁰ os grupos sociais que, por sua vez, também mediam e moldam a tecnologia (FEENBERG, 2003). Nesse sentido, conforme a Teoria Crítica, a tecnologia existente representaria não apenas um estilo de vida, mas muitos possíveis estilos diferentes, cada um levando a escolhas diferentes em termos de objetivos e extensão da mediação tecnológica nos processos sociais (FEENBERG, 2003).

Considerando que a tecnologia tem a capacidade de influenciar o modo de vida, revela-se a sua não neutralidade, tendo em vista que o desenvolvimento da ciência e da tecnologia tem, tradicionalmente, orientando-se pela lógica do mercado. Cupani (2004) afirma que, do modo como é concebida hoje, por meio de uma lógica global baseada na racionalidade instrumental, influenciada pela ordem dominante capitalista, a tecnologia não pode ser compreendida como um instrumento neutro, pois carrega consigo valores antidemocráticos, fundamentados em sua vinculação com o capitalismo, que se manifestam em uma cultura corporativa que reduz as relações de produção em termos de controle, eficiência e recursos.

No contexto atual, na perspectiva da racionalidade instrumental, a escolha tecnológica é justificada por critérios de eficiência técnica. Todavia, segundo Feenberg (2010), o critério técnico de eficiência não é necessariamente decisivo no processo, que é fortemente influenciado por requisitos sociais. Tais requisitos direcionam escolhas que são norteadas por distintos valores (representados pelos muitos modos de vida que moldam a tecnologia), possibilitando múltiplas opções tecnológicas, muitas viáveis, do ponto de vista da técnica, e que competem entre si. Desse modo, tecnologias que preservam os valores dominantes na sociedade seriam privilegiadas em detrimento de outras, que refletem valores e modos de vida que, de alguma forma,

¹⁰ O autor utiliza a expressão “moldar” propositadamente, entendendo que “as molduras são limites e contêm o que está por dentro. Semelhantemente, a eficiência ‘molda’ todas as possibilidades da tecnologia, mas não determina os valores percebidos dentro daquela moldura” (FEENBERG, 2003, p. 93).

possam ser entendidos como ameaças aos dominantes, que por esta razão são rejeitadas.

Devido a esse processo de instrumentalização, conforme Feenberg (2010), a tecnologia é entendida como algo justificado e neutro de qualquer interesse. Ou seja, acredita-se que a opção pela tecnologia disponível se deu em razão de esta se configurar na melhor escolha em termos de eficiência técnica, e não por ter se estabelecido em razão da hegemonia de determinado grupo social. Assim, conforme o autor, “a tecnologia pode ser e é configurada de tal forma que reproduz a regra de poucos sobre muitos [...] A sociedade é organizada ao redor da tecnologia, [e] o poder tecnológico é a fonte de poder desta sociedade” (FEENBERG, 2004, p. 2).

Com relação à instrumentalização, Feenberg (2010) considera que esta leva a uma análise da tecnologia em dois níveis: em nível da relação funcional original com a realidade e em nível do *design* e da sua implementação. No primeiro nível, encontram-se os dispositivos que podem ser mobilizados nos equipamentos e nos sistemas pela descontextualização dos objetos da experiência, reduzindo-os assim às suas propriedades utilitárias. No segundo nível, são introduzidos os *designs* que podem ser integrados com outros dispositivos e sistemas preexistentes, tais como princípios éticos e estéticos de diferentes grupos sociais. O primeiro nível simplifica os objetos pela incorporação de um dispositivo, enquanto o segundo integra os objetos simplificados ao ambiente natural e social.

A análise em primeiro nível é inspirada pelas categorias apresentadas por Heidegger e por outros críticos substantivistas da tecnologia, os quais sustentam que a tecnologia é uma forma objetivada da racionalidade instrumental detentora de particularidades que precisa ser devidamente entendida, de forma a permitir a compreensão e a crítica ao ambiente tecnológico. Em segundo nível, a análise é orientada pelo estudo empírico da tecnologia pelo prisma do construtivismo, que determina que a tecnologia não possui particularidades próprias em oposição à esfera social e política (FEENBERG, 2010).

Diante desse referencial, Feenberg (2004, p. 3) revela específico interesse na forma como os atores percebem os significados dos dispositivos e dos sistemas que eles projetam e usam, ao passo em que rejeita o construtivismo em “seu empiricismo

exagerado e extensivamente retórico e sua rejeição às categorias da teoria social tradicional”. Dessa forma, o autor tenta integrar suas introspecções metodológicas a uma teoria mais amplamente concebida da modernidade, por meio da articulação dos aspectos por ele considerados como de maior pertinência em ambas as abordagens, substantivista e construtivista (FEENBERG, 2010).

Conforme Feenberg (2003), a Teoria Crítica concorda com o instrumentalismo que a tecnologia em algum sentido é controlável, também concordando com o substantivismo que a tecnologia está carregada de valores. Essa posição revela um aparente paradoxo, tendo em vista que o que não pode ser controlado na visão substantivista é o fato de os valores estarem incorporados na tecnologia. De acordo com o substantivismo, os valores contidos na tecnologia são exclusivos desta. Estes incluem a eficiência e o poder, metas que pertencem a todo e qualquer sistema técnico. O autor afirma que as sociedades modernas devem objetivar a eficiência nos domínios nos quais aplicam a tecnologia, mas pondera que afirmar que estes não podem efetivar nenhum outro valor significativo além de eficiência é negligenciar as diferenças óbvias entre eles, ignorando com isso, também, o estado atual e a condição melhor que se pode alcançar (FEENBERG, 2003).

Embora a eficiência sirva como princípio central da seleção entre iniciativas tecnológicas bem-sucedidas e fracassadas, em uma perspectiva instrumentalista, Feenberg (2004, p. 4) reafirma que as escolhas sociais intervêm na seleção da definição do problema, assim como na sua solução:

A tecnologia é “não-determinada” pelo critério da eficiência e responde aos vários interesses e ideologias particulares selecionados entre estas opções. A tecnologia não é “racional” no sentido antigo do termo positivista, mas socialmente relativa; o resultado de escolhas técnicas é um mundo que dê sustentação à maneira de vida de um ou um outro grupo social influente. Nestes termos as tendências tecnocráticas das sociedades modernas poderiam ser interpretadas como um efeito de limitar os grupos que intervêm nos projetos desde os peritos técnicos até às elites corporativas e políticas às quais essas tendências servem.

Um dos aspectos estruturantes da Teoria Crítica da Tecnologia, conforme Feenberg (2004), são as contribuições de Karl Marx à filosofia da tecnologia. De acordo com Feenberg (2004), para muitos críticos da sociedade tecnológica, Marx representa agora apenas uma crítica defasada da economia capitalista; no entanto, segundo seu entendimento, Marx se concentrou exclusivamente na economia, pois a

produção era o domínio principal da aplicação tecnológica em seu tempo. Com o avanço da mediação tecnológica em diversas outras esferas da vida social, as contradições e os potenciais identificados por ele em relação à tecnologia continuam atuais, e o debate sobre estas, mais do que nunca, revela-se pertinente.

Em Marx, o capitalismo é distinguido não apenas pela posse da riqueza, mas também pelo controle das condições de trabalho. O capitalista não tem um interesse meramente econômico, o qual justifica sua atividade empresarial, mas sim um interesse tecnológico. Pela reorganização do processo de trabalho, é possível aumentar a produção e os lucros. O controle do processo do trabalho conduz a novas ideias na implementação de novas máquinas e à aceleração da mecanização da indústria que, por sua vez, acelera os processos de produção. Esses processos levam à invenção de tipos específicos de equipamentos que desabilitam os trabalhadores e requerem gerenciamento (FEENBERG, 2004).

O controle gerencial age tecnicamente sobre os indivíduos, segundo Feenberg (2004), estendendo a hierarquia dos sujeitos e dos objetos técnicos para relações humanas na busca pela eficiência. Eventualmente, ainda conforme o autor, os gerentes profissionais representam e, em algum sentido, substituem os proprietários no controle das organizações (FEENBERG, 2004). Marx chama isto de dominação impessoal inerente ao capitalismo, em contradistinação à dominação pessoal característica das primeiras formações sociais. É uma dominação incorporada desde o *design* das ferramentas tecnológicas até a organização da produção.

Nesse sentido, o autor destaca que o que Marx não antecipou é que as técnicas de gerência e de organização e as escolhas tecnológicas que seriam aplicadas, primeiramente, ao setor privado viriam a ser exportadas para o setor público, no qual seriam influenciados campos como a administração, a saúde e a educação públicas (FEENBERG, 2004).

De acordo com Feenberg (2004), ao sujeitar seres humanos ao controle técnico baseado em modelos tradicionais de vida, impedindo a sua participação no *design* das tecnologias, a tecnocracia perpetua as estruturas do poder das elites herdadas do passado de forma tecnicamente racional. Neste processo, o autor considera que “mutilam-se não só seres humanos e a natureza, mas a própria tecnologia”

(FEENBERG, 2004, p. 7), tendo em vista que uma estrutura diferente de poder criaria uma tecnologia diferente com consequências diferentes.

A Teoria Crítica da Tecnologia defende que a tecnologia contemporânea é aplicada com limitações, que se originam não somente no estado do conhecimento, mas também nas estruturas do poder que delimitam este conhecimento e suas aplicações. Esta tecnologia favorece extremidades específicas e obstruem outras, sendo por isso necessário encontrar novas maneiras de privilegiar estes valores excluídos e de realizá-los na forma de novos arranjos tecnológicos (FEENBERG, 2010).

Feenberg (2010) afirma que as abordagens baseadas na teoria da modernidade não explicam a experiência dos indivíduos em comunicação mediada pelo computador, artefato que os transforma em “usuários”, a fim incorporá-los à rede. Para o autor, esses não podem ser considerados corpos ou representações de uma comunidade diante de seu terminal, mas sujeitos técnicos (FEENBERG, 2010). Nesse sentido, a maioria dos teóricos da modernidade negligencia os esforços e as inovações dos usuários engajados em se apropriar do meio para criar inovações legítimas. Ignorar ou não admitir estes aspectos da informatização, é, segundo o autor, retroceder a um disfarçado determinismo (FEENBERG, 2010).

Diante disso, a Teoria Crítica reconhece que a origem de tantas divergências e paradoxos não está na tecnologia em si, mas no fracasso das sociedades modernas de criar instituições apropriadas para exercer o controle humano sobre elas. Contudo, seria possível adequar a tecnologia, submetendo-a a um processo mais democrático nas escolhas de *design* e desenvolvimento (FEENBERG, 2003).

Feenberg (2003) argumenta que, na Teoria Crítica, as tecnologias não são entendidas apenas como ferramentas, mas também como estruturas para estilos de vida. As escolhas estão abertas para a sociedade e situadas em um patamar mais alto do que o instrumental, daí a necessidade de se pensar na natureza destes processos decisórios e submetê-los a controles mais democráticos.

Assim, qual a proposta da Teoria Crítica para estender a democracia à tecnologia, e sob quais condições? Inicialmente, Feenberg (2003) destaca que não se trata de defender uma eleição entre um dispositivo ou um *design* específico para

determinada tecnologia. O autor analisa que o cidadão, em linhas gerais, “não está suficientemente preocupado, envolvido e informado para escolher os políticos bons neste momento, nem muito menos para tecnologias boas” (FEENBERG, 2003, p. 94). Assim, o autor admite que, apesar desta problemática, a esperança é que os indivíduos afetados pela mudança tecnológica protestem ou inovem de maneira que se permita maior participação e controle democrático no futuro (FEENBERG, 2003).

Feenberg (2003) observa uma abertura gradual da esfera pública para a discussão junto com a sociedade em relação aos assuntos técnicos, que antes eram vistos como esfera exclusiva dos especialistas. Conforme analisa Feenberg (2003), esta tendência pode continuar, a ponto de a cidadania envolver o exercício de controle humano sobre a estrutura técnica da vida em sociedade. Os problemas da democracia atual não são somente de ordem tecnológica, no entanto Feenberg (2003) considera que se os cidadãos podem conceber e perseguir os seus interesses intrínsecos por mediação do processo político, assumindo a questão da tecnologia, inevitavelmente, junto com muitas outras frentes de reivindicação popular por abertura e participação.

2.3. OS SERVIÇOS HOSPITALARES NO CONTEXTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Este capítulo trata da evolução e especificidades das organizações hospitalares, descrevendo as características dos seus processos produtivos, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a complexidade do Sistema de Saúde brasileiro, o que demanda capacidade regulatória, especificamente no que se refere a leitos de terapia intensiva. Também apresenta uma análise crítica da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde no cenário da Governança das TIC em Serviços de Saúde e, finalmente, as possibilidades de avanços com os usos do que se denomina Saúde 2.0.

2.3.1. Evolução e especificidades das organizações hospitalares

As organizações hospitalares, da forma como as conhecemos hoje, como local de terapia e assistência à saúde, surgem na sociedade, no final do século XVIII. Antes disso, os hospitais eram instituições de amparo à população carente, fortemente ligada à Igreja Católica, cujos propósitos finais não eram a cura das doenças, mas sim o amparo material e espiritual aos enfermos, esforço que também visava a afastá-los da sociedade, de forma a não contaminar a população sadia com suas moléstias (FOUCAULT, 2009).

Desse modo, observa-se que o médico não era o personagem central no ambiente hospitalar. Até o século XVIII, os grandes médicos, dotados de prestígio social, realizavam apenas consultas particulares nas casas da aristocracia ou em seus consultórios. Os profissionais chamados pelos religiosos para prestar assistência nos hospitais eram, geralmente, os menos capacitados e experientes. Este cenário se completava com o total desconhecimento dos princípios de desinfecção e higiene, o que contribuía para a disseminação de doenças no ambiente hospitalar. Assim, o hospital girava em torno não da assistência ao paciente, mas do pobre que estava morrendo, constituindo-se em um grande “depósito” de doentes mentais, aleijados, prostitutas e portadores de doenças contagiosas. Nas palavras de Foucault (2009, p. 104):

Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era o pessoal caritativo — religioso ou leigo — que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

No final do século XVIII, passou a ocorrer uma grande reforma nos hospitais, mas esta não nasceu da percepção da necessidade de melhorar a atenção à saúde, e sim de razões de ordem militar e econômica. Havia a necessidade de evitar ao máximo os óbitos entre os soldados — cujos treinamentos consumiam investimentos de grandes montantes, que constantemente estavam expostos a diversos riscos de prejuízos, como doenças, infecções e deserção. Assim, para evitar a deserção de pacientes militares e diminuir a quantidade de mortes, houve a necessidade de introdução da disciplina no ambiente hospitalar, que atingia aspectos políticos e

administrativos dessas organizações, mediante a implantação da fiscalização e do desenvolvimento da terapêutica. Este movimento foi acompanhado da evolução do conhecimento na área médica, tendo, conforme Foucault (2009) como principais características:

- a) A reorganização do espaço hospitalar, de forma a manipular as condições do meio e seus efeitos sobre a doença;
- b) A implantação de um sistema de registro permanente, que envolvia desde a identificação do paciente ao registro do diagnóstico e da terapia adotada. Aqui, o autor afirma que o hospital passa a ser, além de espaço terapêutico, local de “registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2009, p. 110), uma vez que esses registros permitiriam não só tratar o indivíduo, como também conhecer melhor as condições de saúde da população;
- c) Uma inversão no esquema de poder no hospital, antes centrado nos religiosos, passando a ter no médico o principal responsável por seu funcionamento, uma vez que era o indivíduo que dominava o saber especializado, permitindo, assim, à organização o cumprimento de sua nova função.

Assim, ainda segundo Foucault (2009), surgia aquilo que seria o embrião do hospital moderno, cujo papel, novo e ampliado, objetivava a cura, o alívio do sofrimento e também a formação médica, favorecida pela difusão do conhecimento no ambiente hospitalar. No moderno modo de funcionamento dos sistemas de saúde, o hospital é entendido como um centro de referência que recebe pacientes cujos problemas não puderam ser sanados em outras instâncias, no qual os esforços administrativos, técnico-científicos e de pesquisa estejam direcionados à recuperação da saúde do paciente, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional adequadamente preparada e selecionada (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000).

Tatiana Silva (2003) observa que as organizações hospitalares apresentam uma cultura tradicional, refratária à implementação de processos de mudança. Isso se deve, no entendimento da autora, à própria natureza e complexidade das atividades do hospital, aliada a uma estruturação inicial do setor, comandada por grupos

religiosos, colônias estrangeiras ou associações de profissionais de saúde; atores que direcionavam a organização quase que unicamente para a área assistencial, reservando à área administrativa uma posição secundária (SILVA, T., 2003).

Com o progresso técnico, os serviços prestados pelas organizações hospitalares incluem grupos heterogêneos de profissionais, que apresentam diversos graus educacionais e qualificações diferenciadas, surgindo assim interesses conflitantes. Esses conflitos são vistos por Nogueira (1994) como prejudiciais ao processo de mudança, uma vez que tais processos acarretam intervenções diretas no *modus operandi* das equipes, o que, devido a esta disparidade no perfil dos colaboradores, nem sempre é percebido de forma positiva pela equipe — que muitas vezes não compreende a necessidade da mudança, em processos já desenvolvidos da mesma forma, há muito tempo, com percepções de sucesso em seus objetivos.

Tatiana Silva (2003, p. 52) apresenta outros aspectos que se caracterizam como obstáculos às mudanças, a saber: a) complexidade e variabilidade das ações hospitalares e sua dificuldade de padronização, a cultura da “urgência”, arraigada nos usuários de serviços de saúde, que por saberem da proibição legal ao atendimento na unidade de Emergência, sob pena de alegação de omissão de socorro, muitas vezes demandam estas unidades, em casos que poderiam ser atendidos nas unidades de atenção básica; b) culturas tradicionais e/ou vinculadas à administração por parte de instituições beneficentes, religiosas ou gerenciadas por médicos, que não costumavam possuir uma visão gerencial da organização.

Segundo Pereira (2002), a estrutura decisória dessas organizações, em grande parte, era centralizada e constituída por indivíduos sem a profissionalização em administração hospitalar. Todavia, na atualidade, percebem-se alterações nesse panorama à medida que o hospital passa a ser visto como uma organização que precisa se adequar aos parâmetros da gestão organizacional, de forma a garantir sua própria sobrevivência.

De acordo com Campos e Albuquerque (1999), o trabalho no setor de saúde tem especificidades que se expressam na sua organização. Argumenta-se que as propriedades econômicas especiais da atenção médica determinam a existência daquilo que a literatura em economia denomina de “falhas no mercado”, ou seja, uma

vez que as forças do mercado não oferecem a estrutura para o adequado funcionamento do setor, a sociedade constrói formas institucionais variadas para suprir essa incapacidade, atribuindo um papel essencial às organizações não mercantis para o devido provimento desses serviços.

Desta forma, os autores enumeram diversas especificidades contemporâneas dos serviços de saúde. Primeiramente, as características singulares dos serviços hospitalares os diferenciam dos demais serviços, à medida que seus consumidores (nesse caso, os pacientes) não têm capacidade de compor suas próprias necessidades. Inexiste conhecimento que fundamente tal tomada de decisão, ou seja, um paciente não tem condição de decidir se prefere se submeter a uma quimioterapia ou a uma radioterapia, caso seus recursos possibilitem a escolha por apenas uma entre as duas terapias.

A demanda em serviços de saúde também se revela irregular e, portanto, imprevisível, ao contrário da demanda por alimento ou por moradia, por exemplo. E esta é uma procura que geralmente está associada a um ataque à integridade pessoal, que, além do custo específico do atendimento médico, ainda pode implicar custos relativos à diminuição ou perda, ainda que momentânea, da capacidade de trabalho — o que compromete diretamente a capacidade de obtenção de renda do indivíduo.

Outra especificidade, destacada por Campos e Albuquerque (1999), é o impacto da inovação tecnológica para os custos no setor de saúde. Segundo os autores, ao contrário da maioria dos setores de produção, nos quais a introdução de uma nova tecnologia substitui as antigas, esta introdução é cumulativa nos serviços de saúde (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999). Por exemplo, para visualizar uma fratura óssea, os médicos contam tanto com um convencional aparelho de Raios X quanto com modernos aparatos de ressonância magnética e tomografia digital. Restando ainda os altos custos relativos aos contínuos investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D).

Malik e Teles (2001) observam que estas características do setor ajudam a confundir variáveis envolvidas na avaliação dos resultados e, por conseguinte, dos efeitos que programas de melhoria podem trazer. Os autores afirmam que poucos profissionais com formação administrativa ousam discutir, com médicos, sobre o

entendimento dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que são prescritos visando ao bem-estar do paciente (MALIK; TELES, 2001). A orientação independe do tipo de financiamento do serviço ou de que determinada despesa deve ser feita — sob pena de provocar a morte de algum paciente, por responsabilidade do gestor.

Além destas especificidades, a definição de saúde vem evoluindo, deixando de ser entendida como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, apresentada pela Organização Mundial de Saúde, para o conceito quadripolar que consiste no resultado da interação de fatores genético-hereditários, condições ambientais, comportamentais (estilos saudáveis de vida) e o acesso a serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010). Desta interação, surge o referencial para a compreensão dos fatores envolvidos na determinação do processo saúde-doença em populações e seus impactos na demanda pela assistência, observando-se que o acesso a serviços de saúde é um dos componentes da definição de saúde.

Observa-se ainda que os serviços de saúde apresentam dois processos produtivos de naturezas distintas, ocorrendo ao mesmo tempo nas organizações hospitalares: o assistencial e o administrativo (MENDES, V., 1994). Dada esta peculiaridade, a seguir, apresentam-se as especificidades destes processos, bem como se discute sua indissociabilidade para a gestão eficiente destas organizações.

2.3.2. O processo produtivo em organizações hospitalares

Grande parte da produção acadêmica sobre gestão de organizações hospitalares é construída a partir do paradigma designado de funcionalista/sistêmico — hegemônico no campo que se convencionou denominar Administração Hospitalar. Nesse tipo de abordagem, o hospital funciona como um sistema ou um subsistema dentro do conjunto social mais amplo. Esse subsistema consome insumos (mão de obra especializada, materiais, recursos tecnológicos e financeiros) para desenvolver processos internos que vão resultar em produtos/serviços para os seus usuários.

Souza (2001) afirma que o pensamento funcionalista sistêmico é caracterizado por três elementos fundamentais: a noção de sistema e a concepção de sociedade

como um complexo social; a recorrência a metáforas comparativas de tais sistemas com os orgânicos das ciências naturais, caracterizando a existência de “leis sociais naturais”; e a concepção das categorias funcionais necessárias à manutenção da estabilidade relativa destes sistemas.

Segundo Nassar (2004), entre todas as organizações prestadoras de serviços de saúde, o hospital revela-se a mais complexa em razão da sua extensa rede de serviços e atividades, que engloba: hotelaria com serviços de lavanderia, nutrição, segurança patrimonial, etc. Além de serviços assistenciais como: centros cirúrgicos, centros de materiais esterilizados, ambulatórios, farmácia, dentre outros.

Assim, de acordo com Vera Mendes (1994), a organização interna dos hospitais segue um modelo organizacional composto por dois processos produtivos simultâneos e complementares: um assistencial e outro administrativo, uma vez que, paralelo à gestão administrativa da organização, observa-se todo um conjunto de tomada de decisões descentralizado, conduzido por médicos. Reserva-se aos profissionais de saúde as atividades propedêuticas e terapêuticas.

Em razão desta diversidade, entende-se que a prática cotidiana dos hospitais apresenta elevado dinamismo operacional, ritmo acelerado e o desenvolvimento de atividades caracteristicamente distintas. Logo, a estrutura do hospital moderno extrapola o entendimento de que sua influência sobre a saúde da comunidade depende, unicamente, do desempenho de seus leitos, observando-se também a excelência da gestão administrativa de tais organizações como parte essencial do processo assistencial.

O Quadro 2 apresenta um resumo dos serviços assistenciais prestados por uma organização hospitalar:

Quadro 2 — Processos relativos ao produto hospitalar.

(continua)

Item de Classificação	Descrição
Assistência Ambulatorial	Modalidade de assistência em que o paciente é atendido em consultório, sem a necessidade de internação hospitalar.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento	Processo por meio do qual o paciente é atendido para coleta (ou entrega) de material biológico destinado à realização de exame especializado e/ou para procedimento, com a finalidade de apoiar tecnicamente o diagnóstico ou tratamento.

Quadro 2 — Processos relativos ao produto hospitalar.

(conclusão)

Item de Classificação	Descrição
Internação Hospitalar	Modalidade de assistência precedida de internação (admissão) do paciente, que ocupa um leito hospitalar para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico ou tratamento.
Procedimentos Cirúrgicos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento cirúrgico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.
Procedimentos Obstétricos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.

Fonte: Marinho (2003).

A abordagem dos processos relativos ao produto hospitalar auxilia na compreensão da missão do hospital como organização, definindo seus serviços e regras de atuação. Tais processos são complementados pelo que Marinho (2003) define como processos de apoio hospitalar, os quais viabilizam as diversas atividades realizadas, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Processos de apoio hospitalar.

Item de Classificação	Descrição
Engenharia	Manter a infraestrutura de subsistência do complexo hospitalar, buscando de forma integrada sua modernização.
Administração de Recursos Materiais	Suprir as necessidades dos clientes internos com a qualidade e a quantidade esperadas, assegurando produtos e serviços a baixo custo e tempo hábil para a continuidade operacional da organização.
Administração de Pessoal	Gerir pessoas: fixação, satisfação, capacitação, remuneração, reconhecimento, avaliação de desempenho, captação, seleção, acompanhamento, desenvolvimento, qualidade de vida e benefícios.
Finanças	Maximizar os recursos econômico-financeiros da organização por meio do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação.
Marketing	Conquistar e manter clientes para a organização, encantando-os e satisfazendo as suas necessidades.
Nutrição e Dietética	Assistir nutricionalmente: produção e distribuição de alimentos.
Documentação e Pesquisa	Receber, classificar, organizar e manter os prontuários médicos e exames em condições de disponibilizar as informações neles contidas aos médicos, pesquisadores, pacientes, familiares, bem como para sua utilização para fins jurídicos.

Fonte: Marinho (2003).

Observa-se que Marinho (2003) orienta seu pensamento pela lógica do mercado, ao destacar as funções de Marketing como essenciais à operacionalização dos hospitais. Contudo, uma vez que esta pesquisa abrange hospitais cuja razão social é de natureza pública — aos quais não cabe o esforço em conquistar e fidelizar “clientes”, conforme proposto por Marinho (2003) —, esta dimensão não será contemplada na abordagem.

O referido autor desconsidera as atividades de comunicação e o uso de tecnologias no âmbito interno da organização como parte integrante dos processos de apoio à assistência, exceto ao citar as TIC como ferramentas de suporte aos processos financeiros (MARINHO, 2003). Desta forma, reduz-se o papel da tecnologia e perdem-se as contribuições em sinergia provenientes das facilidades de relacionamento e da cooperação intersetorial favorecidas por sua utilização — indispensáveis ao bom funcionamento do sistema hospitalar, em uma perspectiva gerencialista. É nessa lacuna que esta tese se estabelece, ao discutir os usos e desusos das TIC na gestão hospitalar em um contexto da Administração Pública Gerencial.

A evolução da definição de saúde tem provocado mudanças no foco da prestação desse tipo de serviço, bem como na sua gestão, conforme afirmam Stumpf e colaboradores (1998). Para os autores, esse novo entendimento da saúde: a) privilegia sua promoção em detrimento do tratamento de doenças; b) trata o indivíduo de forma integrada, ao invés de observar órgãos ou sistemas isoladamente; c) assume o princípio da Atenção Integral e Continuada em substituição a uma assistência baseada em consultas médicas pontuais; d) valoriza as ações de promoção e prevenção; e) considera a transdisciplinaridade do cuidado, e não apenas a assistência médica isolada; f) baseia-se na descentralização e regionalização dos serviços; g) assume um padrão para a tomada de decisão baseado em evidências e resultados, e não mais no conhecimento tradicional e no ritual médico; h) observa a transversalidade do cuidado, que significa o desenvolvimento de ações coordenadas e integradas entre os diversos setores da saúde e áreas afins; i) Participação e Cidadania Organizacional e Social/ com ênfase para a gestão participativa e compartilhada; e j) atenta para o Controle Social em defesa do SUS, mediante a mobilização de usuários e trabalhadores da rede de serviços públicos e privados

contratualizados com o SUS, para o fortalecimento do projeto ético-político do SUS (STUMPF et al., 1998).

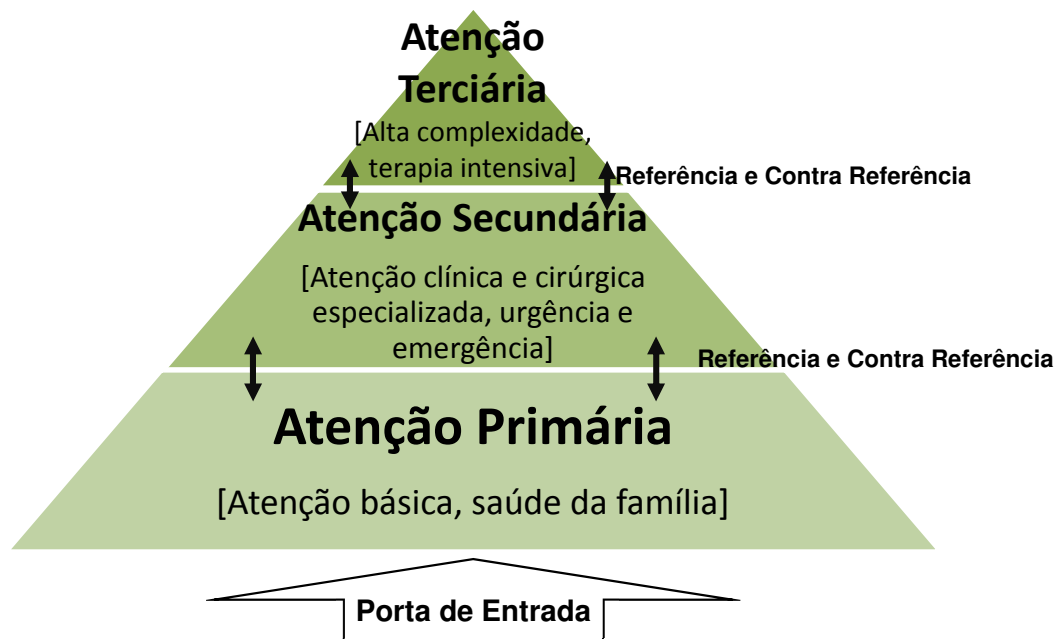
O SUS foi pensado para funcionar como rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde com serviços organizados segundo a complexidade e o perfil epidemiológico da população. Estas são as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que, de acordo com Eugênio Mendes (2011), são caracterizadas pela presença dos seguintes atributos: a) foco nas necessidades de saúde da população; b) coordenação e integração do cuidado por meio da continuidade da atenção; c) **utilização de sistemas de informação** que conectem os usuários, os prestadores de serviços e os gestores, no contínuo desse cuidado; d) uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais da saúde em busca dos objetivos; e e) a busca pela contínua melhoria da qualidade dos serviços, assim como a redução dos riscos e a segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Neste entendimento, Eugênio Mendes (2011, p. 81) afirma que, em linhas gerais, as RAS podem ser definidas como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade — e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Obedecendo aos princípios da hierarquização e regionalização, os serviços de saúde são organizados em um modelo clássico piramidal, conforme apresentado na Figura 1, que representa a estrutura técnico-assistencial a ser implementada conforme preconiza a Política de Saúde

Figura 1 — Hierarquização dos serviços de saúde no SUS.



Fonte: elaboração própria, com base em Cecílio (1997).

Na sua ampla base, está localizado um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura (Distritos Sanitários). Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a se responsabilizar pela saúde de grupos populacionais bem definidos, seria estabelecido, de forma geral, o objetivo de oferecer atenção integral à saúde da população, segundo atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária¹¹, constituindo-se em uma porta de entrada para os demais níveis da atenção, de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997).

Na parte intermediária da pirâmide, estão localizados os serviços de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. O topo da pirâmide,

¹¹ A atenção primária à saúde é caracterizada pelo conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, que privilegiam o trabalho em equipe e são dirigidas a populações de territórios delimitados. Tem por missão resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo considerado o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (DIAS et al., 2009).

finalmente, está ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Para Cecílio (1997), o que a pirâmide representa é a possibilidade de racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado por mecanismos de referência e contra referência, de forma que as necessidades de assistência dos cidadãos fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados, segundo as necessidades de saúde da população, e não segundo a oferta.

Cecílio (1997) considera que a representação do sistema de saúde por meio desta pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque consegue representar, de forma densa e acabada, todo um referencial de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde. A pirâmide, dessa forma, seria um orientador seguro para a priorização de investimentos tanto em recursos humanos, como físicos e tecnológicos, na medida em que seria mais fácil perceber onde estariam localizadas as lacunas na oferta dos serviços à população.

A hierarquização dos serviços, ainda segundo Cecílio (1997), seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos limitados recursos existentes no setor saúde, representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. A hierarquização, assim, garante o acesso ao paciente que entrou pela “porta de entrada” a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispõe para a assistência.

A esta pesquisa, conforme já explicitado, interessa particularmente o topo da pirâmide, ou seja, os serviços de alta complexidade, aqui representados pelos hospitais que possuem Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos, cuja assistência necessita de cuidados especializados, complexos e permanentes. Tais serviços concentram recursos humanos, materiais e tecnológicos especificamente apropriados ao monitoramento contínuo das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de descompensações, bem como à gestão de todo o processo administrativo concomitante à oferta do serviço (GOMES, 1998; FAPESB, 2017).

De acordo com Vila e Rossi (2002), o paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente ligadas à doença física e que também se relacionam à estruturação das condições de oferta do serviço. Assim, entende-se que a sólida compreensão dessas condições é indispensável à tomada de decisões fundamentadas e assertivas, tanto em termos de assistência quanto de gestão.

Tendo em vista a assimetria entre a demanda por leitos e a disponibilidade destes na rede pública, já discutida na apresentação da problemática desta pesquisa, cabe ao governo regular o acesso dos usuários aos serviços, mediante a adoção de fluxos e protocolos de priorização, que visam a garantia da efetividade dos princípios da integralidade, universalidade e equidade da assistência. Assim, a discussão a seguir apresenta as particularidades do processo de regulação de leitos públicos de UTI.

2.3.3. A regulação de leitos de UTI

No campo da saúde, o conceito de regulação envolve a execução de atividades normativas de regulamentação do mercado e a intervenção política, administrativa e gerencial do sistema de saúde em geral. Santos e Merhy (2006, p. 27), analisando a literatura científica sobre o tema, resumem que a política de regulação em saúde busca o equilíbrio de três objetivos, a saber:

o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Estes objetivos contemplam aspectos macro e microeconômicos, além de políticos, ao englobar a equidade social traduzida no acesso universal, que é um princípio constitucional do SUS e se constitui, no Brasil, um desafio gerencial.

Nos serviços públicos de saúde, a regulação se organiza por meio de duas dimensões: a **regulação do sistema de saúde** e a **regulação da atenção à saúde**. A primeira se refere à normatização da Política de Saúde no País e envolve as funções de planejamento, as regras de financiamento e as ações de controle externo e social. Já a segunda visa a vigilância dos cumprimentos normativos e incorpora os objetivos da Política de Saúde, principalmente por meio das ações de programação, controle, avaliação e auditoria.

A CFRB estabelece, ainda, no seu artigo 198 que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1989, p. 84).

Dessa forma, e considerando que a demanda pelos serviços de saúde no Brasil historicamente tem sido maior do que a oferta disponibilizada pela rede assistencial, surge a atribuição da **regulação do acesso aos serviços de saúde**, que objetiva viabilizar a organização hierarquizada da rede assistencial e a garantia dos princípios da Equidade e Integralidade, assegurados pela carta constitucional, por meio da definição de processos, fluxos assistenciais e protocolos de regulação.

Entende-se que as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares mais complexos necessitam de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não é possível nem necessário estar disponível em todos os municípios do país. Diante dessa característica do sistema, os gestores estaduais e municipais precisam adotar critérios para a organização regionalizada destas ações e coordenar o processo de garantia de acesso, o que significa que alguns serviços só estarão disponíveis nos municípios polo que receberão recursos para atender à uma população de referência da região de saúde, dando prioridade de atendimento a quem mais precisa, de acordo com critérios médicos estabelecidos nos protocolos. Esta organização é o que caracteriza a **regulação do acesso à saúde** ou **regulação assistencial**.

A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atuará também sobre a sua oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para

ampliar ou para remanejar a oferta programada, de modo a cumprir a sua função. Seguindo essa lógica, a regulação atenderia ao seu propósito no âmbito dos serviços de saúde, que seria a promoção da equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão.

As diretrizes para a operacionalização do processo de regulação do acesso aos serviços de saúde, como atribuição da gestão do SUS, foram modificadas com a edição do Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2006a). De acordo com este documento, nos seus 20 anos de implementação, o SUS evoluiu muito, principalmente quanto ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, ampliando consideravelmente a sua rede social, política e administrativa pelas regiões de saúde distribuídas no país (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, a sua organização sistêmica se tornou ainda mais complexa, desvelando desafios para a gestão na busca de superar pontos de fragilidade identificados nesse processo, principalmente quanto à fragmentação da rede de saúde, à reversão do modelo assistencial biomédico em um modelo de vigilância da saúde e à qualificação da gestão.

O Pacto pela Saúde propôs a efetivação de acordos entre os três entes federativos para a promoção de ações que visam o alcance da eficiência na gestão e maior qualidade da assistência prestada no SUS. A Portaria MS/GM nº 399 (BRASIL, 2006a) contempla, dentre as ações estratégicas para a organização da gestão do SUS, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação Assistencial, conceituando cada uma dessas dimensões e definindo seus princípios norteadores, atribuições dos entes e metas, além de criar a estratégia dos Complexos Reguladores.

De acordo com as portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde, todos os entes federados, inclusive o município, devem desenvolver ações de regulação, a partir da identificação das necessidades do seu território e da pactuação na região de saúde, com homologação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), expressas no Termo de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2006a, 2006b).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituindo a Política Nacional de Regulação do SUS, com o objetivo de

regulamentar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento dos processos de trabalho em cada instância de gestão e a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008). A norma caracteriza cada uma das dimensões da regulação, definindo suas ações, atribuições dos entes federados, a alocação de recursos financeiros e a estruturação dos Complexos Reguladores (CR).

De acordo com a referida portaria, a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial,

tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a **regulação médica**, exercendo **autoridade sanitária** para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, p. 1, grifos nossos).

Observa-se que, no setor saúde, o Estado Regulador exerce a sua função regulamentadora mediante a publicação de portarias, a exemplo da que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, definindo objetos e sujeitos, dentre os quais a regulação médica, à qual é conferida o poder de exercer o papel de autoridade sanitária para garantir o acesso de usuários aos serviços de saúde, conforme critérios técnicos.

Assim, do ponto de vista normativo, o SUS possui instrumentos que garantem o seu funcionamento. Contudo, do ponto de vista operacional, encontra dificuldades para a garantia do acesso, principalmente quando se refere a serviços de alta complexidade, a exemplo do acesso a leitos de UTI.

Um estudo realizado por O'Dwyer e Mattos (2012) demonstra a contradição entre a determinação normativa e a realidade ao analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências, que regulamentou a área de urgência no Brasil por meio de um conjunto de portarias e documentos. O estudo também conclui que há dificuldades estruturais, como o não reconhecimento da autoridade sanitária do médico regulador, pois a pactuação é feita pelos diretores dos hospitais, que geralmente são médicos, sem a participação dos outros profissionais envolvidos no processo, além de financiamento e da capacidade de gestão insuficientes, contribuindo com a baixa

capacidade de atuação em rede, o que gera isolamento e autonomia exacerbada, facilitando com que a regulação se dê mediante relações pessoais.

Analisando o funcionamento dos sistemas públicos de saúde em dois municípios paulistas, Cecílio et al. (2014) identificaram quatro modalidades de regulação assistencial em saúde: a) governamental ou realizada pela autoridade formal, subdividida em a1) governamental burocrática, caracterizada por atuar de forma centralizada, seguir princípios normativos da autoridade sanitária competente e legitimamente instituída, usar a comunicação formal, a impessoalidade e demais diretrizes weberianas de burocracia; e a2) governamental negociada, que segue regras flexíveis pactuadas entre atores envolvidos no processo; b) profissional, aquela realizada pelos profissionais de saúde; c) clientelística ou aquela cujos agentes são agentes políticos ou representantes de grupos de interesses; e d) regulação leiga, a qual é realizada pelos usuários e familiares. Essa caracterização reforça a relação da ação regulatória com as burocracias instituídas pelo Estado Regulador e os burocratas em nível de rua¹², gerando interferências na implementação da política de regulação assistencial.

Nos últimos anos houve um aumento expressivo na oferta de leitos de alta complexidade no estado da Bahia. Até 2006, apenas oito municípios do estado dispunham de leitos de UTI, número que se elevou para 19 em 2014. Houve também um incremento de mais de 200% no quantitativo total de leitos de UTI, que era de 272 em 2007, passando a ser de 932 em 2014 (BAHIA, 2014).

Atualmente, o estado da Bahia conta com o total de 985 leitos de UTI disponíveis para o SUS, sendo 67% na rede própria e 33% na rede contratualizada. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) estima a necessidade de que 4% a 10% do total de leitos hospitalares sejam de UTI. Por sua vez, a necessidade de leitos hospitalares seria de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes.

Na Bahia, os primeiros movimentos em direção à implantação da regulação assistencial, de forma sistematizada, começaram em 2011, com a instituição da

¹² Burocratas em nível de rua, ou de médio escalão, são definidos por Matland (1995) como os agentes do governo encarregados da implementação e operacionalização das políticas públicas, sendo responsáveis pelos efeitos diretos destas sobre a vida dos cidadãos. Para fins deste estudo, assume-se que os diretores de hospitais, médicos e técnicos de regulação da SESAB e municípios são os burocratas de médio escalão responsáveis pela implementação da Política Estadual de Regulação.

Política Estadual de Regulação do SUS, por meio da Portaria Estadual nº 1.080, de 02 de agosto de 2011, pela Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), com o objetivo de estabelecer as ações de regulação considerando as peculiaridades do Estado, conforme a política nacional. O documento estabelece as diretrizes e princípios definidores da regulação no âmbito do Estado, abordando como eixos principais os processos de trabalho e fluxos (operacionais e de comunicação) nas esferas estadual e municipal, financiamento e transporte sanitário (BAHIA, 2011).

O Manual de Implantação de Complexos Reguladores (CR) (BRASIL, 2006b) orienta que seu escopo envolve a articulação e integração dos diversos dispositivos de regulação do acesso, tais como: Central de Internação, Central de Consultas e Exames, Central de Regulação das Urgências, Central de Regulação de Alta Complexidade, Tratamento Fora do Domicílio, Transporte Sanitário, Protocolos Assistenciais, assim como outras funções de gestão.

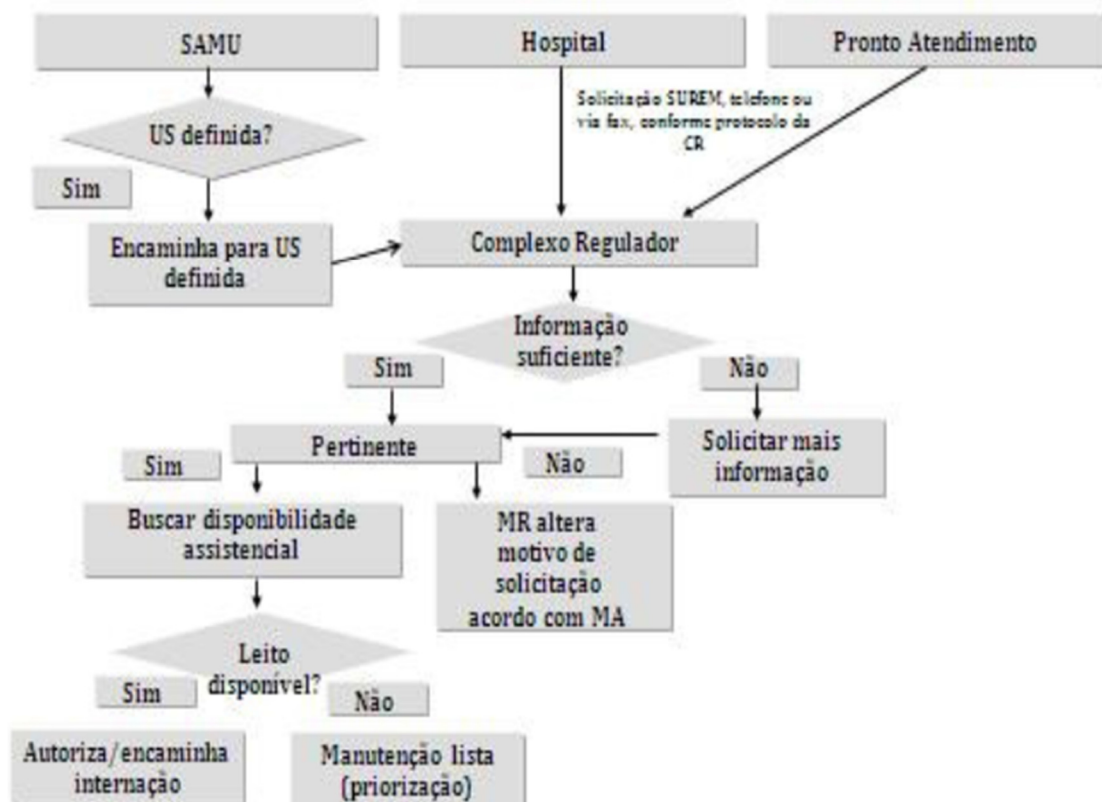
O estado da Bahia, assim como as outras unidades da federação e municípios, tem autonomia para organizar seus Complexos Reguladores. A Central Estadual de Regulação (CER) é a unidade operacional da Regulação Assistencial do estado da Bahia, correspondendo a uma unidade organizacional da administração direta, que atua de forma alinhada com os objetivos governamentais, sob controle hierárquico da SESAB. Sua atribuição é articular as referências e contra referências inter-regionais, regular os procedimentos de alta complexidade, regular os prestadores de serviços nos municípios sob gestão estadual, operacionalizar o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) interestadual, de acordo com a Política Estadual de Regulação. Contudo, considerando algumas peculiaridades da estrutura do sistema de saúde na Bahia, a CER assume, ainda, a responsabilidade com a regulação de urgência/emergência inter-hospitalar em nível municipal para Salvador e alguns outros municípios do estado, de leitos do município de Salvador, de alguns exames e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (BAHIA, 2012).

O contexto administrativo e político do estado construiu uma relação de complementariedade na gestão dos dispositivos de regulação do acesso, entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que possui a gestão da Central de Regulação Pré-hospitalar (SAMU),

Central de Regulação de Consultas e Exames, Tratamento Fora do Domicílio e a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos da rede na capital.

Para a operacionalização da Política Estadual de Regulação, de modo a otimizar a utilização dos leitos SUS existentes no estado, a SESAB elaborou alguns Protocolos de Regulação do Acesso para atendimento nas principais especialidades. De acordo com o Módulo de Regulação (BAHIA, 2012), os protocolos foram elaborados com bases técnico-científicas consolidadas e internacionalmente adotadas, apresentando informações quanto ao diagnóstico, à forma de solicitação e acompanhamento do acesso ao serviço e aos critérios de inclusão com priorização dos casos, sendo que o primeiro protocolo elaborado foi justamente referente à Terapia Intensiva, em 2010. Apresentam, ainda, os fluxogramas para a regulação, os formulários de solicitação de regulação e a rede assistencial habilitada para a respectiva especialidade.

Figura 2 — Fluxograma para a Regulação de Leitos. DIREG/SUREGS/SESAB.



Fonte: Bahia (2012).

De acordo com a Figura 2, independentemente da porta de entrada do paciente (SAMU, Hospital ou Pronto Atendimento), sua solicitação de leito de UTI passa sempre pelo complexo regulador. Entretanto, na prática, não é o que se verifica, conforme apresentado no capítulo de resultados.

A abordagem gerencialista pressupõe que as TIC atuem na mediação da integração dos diversos dispositivos de regulação do acesso já indicados, e também na articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde e o complexo regulador. No fluxograma, isso é representado pela indicação de que a solicitação do leito deve ser feita à CER por meio do sistema SUREM, mas ao mesmo tempo permite que também seja feita por telefone ou fax, meios analógicos e entendidos como inadequados às propostas de modernização dos serviços públicos.

Nessa perspectiva, discute-se, a seguir, o papel das TIC nos serviços de saúde, buscando identificar contribuições específicas destas tecnologias no fortalecimento dos processos de regulação e da transparência na gestão pública em serviços de saúde.

2.3.4. Governança de TIC em Serviços de Saúde

Os serviços de saúde representam um setor crucial da economia, no qual a produtividade, a eficiência, a qualidade e a segurança são questões centrais (JBILOU et al., 2009). Neste sentido, devido à alta complexidade das organizações hospitalares e da necessidade de integrar informações advindas dos mais diversos departamentos, Gomes e colaboradores (2011) defendem a incorporação das TIC aos processos destas organizações como ferramentas gerenciais, uma vez que as tecnologias disponibilizam informações confiáveis e em tempo real para que as decisões sejam assertivas e oportunas.

De acordo com Jbilou e colaboradores (2009), a utilização das TIC nos serviços de saúde traz transformações gerenciais e assistenciais, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados, não só por facilitar a comunicação, mas também por facilitar o acesso a informações diversas e a resultados de pesquisas. Estes autores observam que a utilização das TIC nos serviços de assistência está, em grande

medida, relacionada a plataformas de telemedicina¹³, mas que essas tecnologias estão assumindo papéis cada vez mais importantes no suporte aos serviços de atenção à saúde (JBILOU et al., 2009).

O trabalho realizado por Jbilou e colaboradores (2009) revela que a literatura em gestão analisa as TIC nos serviços de saúde basicamente nas seguintes perspectivas: a) econômica, sendo esta relacionada à produtividade e ao desempenho; b) tecnológica, na qual as abordagens se concentram nas capacidades individuais e organizacionais; e c) inovação, na qual as TIC desafiam o processo tradicional de tomada de decisão, modificando o papel do gestor na organização, à medida que lhe é oferecida uma base de conhecimentos robusta para orientá-lo em suas atividades e decisões.

De acordo com Syvajarvi e Stenvall (2005), as TIC têm impacto direto sobre o comportamento individual na organização, modificando práticas organizacionais tradicionais, além de motivar os indivíduos a revelar suas próprias capacidades, estimulando, assim, a capacidade inovadora das equipes como um todo.

Desse modo, a utilização intensiva de TIC nos serviços de saúde está diretamente ligada à promoção da inovação organizacional, bem como sua utilização pelos tomadores de decisão nesta área está modificando o perfil destes agentes, aumentando o desempenho organizacional e possibilitando o acesso imediato a informações de natureza diversa (JBILOU et al., 2009).

Há uma diferença entre o emprego das TIC nos serviços de saúde no âmbito dos serviços de atenção e da gestão administrativa. No primeiro caso, muito se discute na literatura sob o ponto de vista dos profissionais assistenciais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), em contraponto a pouca investigação disponível direcionada à perspectiva dos gestores e tomadores de decisão e, menos ainda, quando se considera, nas abordagens, as confluências entre estes dois grupos (AGUIAR, 2012; JBILOU et al., 2009; SPAGNOL, 2002). O emprego das TIC é

¹³ Bolzani (2004) define que telemedicina é a convergência da medicina com as telecomunicações, cujos frutos são as ferramentas tecnológicas que permitem, aos médicos, o monitoramento constante dos pacientes a partir de suas residências, sem a necessidade de deslocamento — muitas vezes contraindicado — até o hospital, bem como atuam tanto no auxílio ao diagnóstico, por meio de interconsultas com profissionais geograficamente distantes entre si, quanto no apoio à medicina preventiva.

entendido como decisivo para o desenvolvimento, adoção, implementação e difusão das inovações entre os gestores destas organizações (AGUIAR, 2012; JBILLOU et al., 2009).

De acordo com Spagnol (2002), apesar de ser crescente o avanço tecnológico no setor de saúde, ainda é possível notar uma lacuna no que diz respeito à estrutura e à gestão destas organizações, o que indica que o investimento em propostas inovadoras em relação a uma gestão orientada para as TICs ainda é muito restrito.

Buscando alinhar os serviços de saúde no Brasil a este novo paradigma tecnológico, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) definiu a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o que representa um marco na história da saúde pública ao estabelecer as diretrizes para uma significativa reestruturação do setor.

A PNIIS tem o objetivo de integrar a agenda estratégica do Ministério da Saúde ao contexto internacional. Para tanto, recomenda a adoção de políticas e estratégias em comunicação e informação em saúde, no intuito de gerar novos processos e produtos, bem como de promover mudanças nos modelos de gestão organizacional. O foco da PNIIS recai sobre o uso e a disseminação das TIC entre os profissionais de saúde, com o objetivo de integrar os profissionais em torno da informação através da tecnologia da informação. Neste cenário, as TIC configuram-se como ferramentas capazes de modificar a organização dos processos produtivos nas organizações hospitalares.

A PNIIS define como prioridades a identificação / formação e o aprimoramento de redes de informação e comunicação entre sociedade e governo, assim como a capacitação de funcionários dos serviços de saúde e dos usuários para o manuseio dessas tecnologias. Destaca-se como principal componente inovador da PNIIS a possibilidade de integrar os vários níveis de complexidade das Redes de Atenção (RAS) e possibilitar a transparência, principalmente na aplicação dos recursos financeiros.

De forma a alcançar seus objetivos, a PNIIS estabelece que a informação e a informática são meios estratégicos na gestão do SUS, abandonando a antiga visão instrumental e tornando-as mecanismos facilitadores dos serviços e de implantação

da Política de Saúde. Nesse sentido, a adoção de práticas de planejamento, definição, implantação e avaliação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são prioritárias. Tais práticas demandam dos usuários, dos profissionais da assistência, gestores e dos prestadores de serviços estarem inseridas no contexto das demandas dos usuários, dos profissionais da assistência, dos prestadores de serviços e dos gestores governamentais (BRASIL, 2016).

Assim, considerando a necessidade de planejamento, controle e avaliação constante na elaboração e execução de programas e projetos que visam a modernização do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), bem como a necessidade de se estabelecer mecanismos para uma gestão mais eficiente dos processos de Tecnologia da Informação, em virtude da crescente demanda no setor saúde, e do SUS, particularmente, por bens e serviços vinculados, a Portaria nº 2.072 (BRASIL, 2011a) redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde (CIINFO/MS).

Por meio da referida portaria, este órgão passa a ter funções normativas, diretivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS, sendo suas principais atribuições: a) promover a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS); b) emitir orientações, normas e padrões técnicos de interoperabilidade de informações em conformidade com a política de informação e informática em saúde de âmbito do Ministério da Saúde e demais órgãos diretamente a ele vinculados; c) apreciar e aprovar, anualmente, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação do Ministério da Saúde (PDTI-MS), e dos diversos órgãos diretamente a ele vinculados; d) promover a racionalização do desenvolvimento e do uso dos recursos de Tecnologia da Informação; e e) definir os padrões essenciais de informação em saúde para suportar o registro eletrônico de saúde, interoperável e compartilhado no território nacional (BRASIL, 2011a).

A mesma portaria (BRASIL, 2011a) ainda institui a criação do Subcomitê Gestor da Segurança da Informação e Comunicações, cujas atribuições incluem prestar assessoria na implementação das ações de segurança das informações e comunicações e a realização e acompanhamento de estudos de novas tecnologias e seus possíveis impactos na segurança das informações e comunicações.

Deste modo, entende-se que o CIINFO/MS assume importante papel como “agência de regulação” dos padrões de registro e intercâmbio de informações no Sistema de Saúde Brasileiro, com proposta de atuação marcante também na gestão da segurança da informação e dos processos comunicacionais, por meio de seu subcomitê.

No cenário informacional verificado junto com o SUS, a portaria (BRASIL, 2011a) se destaca ao criar entidades com foco de atuação voltado à gestão racional e eficiente, não só da informação como também do processo comunicacional como um todo, preconizando o princípio da Interoperacionalidade. Ou seja, a capacidade de compartilhamento de informações entre diversos sistemas, permitindo que informações registradas e armazenadas em diferentes estruturas possam ser intercambiadas nestes sistemas, fazendo com que haja um trabalho conjunto entre estes (ALVES, 2005). Além disso, encontra-se a possibilidade de gerar conhecimento.

Os SIS brasileiros foram elaborados de forma a atender as necessidades imediatas de gestão ou geração de conhecimento do setor pelos órgãos centrais do Estado, embora ainda representem iniciativas isoladas que não viabilizam ações concretas para a tomada de decisão, principalmente pelo próprio Estado e pelos microníveis organizacionais. Muito embora esses sistemas sirvam de exemplos a outros países, na prática, eles ainda não correspondem às disposições legais, nem atendem às demandas de gestores, funcionários, pesquisadores e aos órgãos de controle externo, assim como ao controle social.

O panorama brasileiro apresenta fragmentação na coleta de dados, que são obtidos, em grande medida, unicamente para atender às exigências legais dos órgãos financiadores ou da administração das organizações prestadoras de serviços de saúde, sem uma vinculação com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), de forma a facilitar o planejamento e a tomada de decisão.

As coletas e as transferências dos dados ocorrem de forma exaustiva (quase manual), gerando retrabalho e descrédito dos usuários, não proporcionando, assim, efetividade na gestão da informação, e, conseqüentemente, não promovendo ações condizentes com a realidade dos serviços e necessidades de usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2016).

Desta forma, considerando a Portaria nº 2.072 (BRASIL, 2011a), no mesmo dia 31 de agosto de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2011b), a qual regulamenta o uso de padrões de informação em saúde e de interoperabilidade entre os sistemas de informação do SUS, em níveis municipal, distrital, estadual e federal, e para os sistemas privados e de saúde suplementar.

A referida portaria, no seu Artigo 1º, parágrafo único, entende que os padrões de interoperabilidade e de informação em saúde são

o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde Municipais, Distrital, Estaduais e Federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade (BRASIL, 2011b, s/p).

A definição dos padrões de informação em saúde e de interoperabilidade de informática em saúde tem como objetivos principais: a) a definição de modelos padronizados de representação da informação em saúde; b) a criação e padronização dos formatos e esquemas de codificação de dados, de forma a agilizar o acesso a informações relevantes, autênticas e oportunas sobre o usuário dos serviços de saúde; c) promover a utilização de uma arquitetura da informação em saúde que permita o compartilhamento de informações em saúde e a cooperação de todos os profissionais, estabelecimentos de saúde e demais envolvidos na atenção à saúde prestada ao usuário do SUS; d) fundamentar a definição de uma arquitetura informacional de âmbito nacional, independentemente de plataforma tecnológica de *software* ou *hardware*, que oriente o desenvolvimento de SIS; e) permitir interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os diversos sistemas de informações em saúde, existentes e futuros (BRASIL, 2011b). Mediante tais propósitos, objetiva-se contribuir para a melhoria da qualidade e da eficiência do Sistema Único de Saúde, bem como da saúde da população em geral.

Para operacionalizar a utilização dos padrões de interoperabilidade, a Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2011b) determina que caberá ao Ministério da Saúde prover capacitação, qualificação e educação permanente dos profissionais envolvidos no uso e na implementação dos SIS, bem como fornecer a plataforma de interoperabilidade para troca de informações entre os sistemas do SUS.

A publicação destas portarias (BRASIL, 2011a, 2011b) se deu em momento oportuno, uma vez que se fazia crescente a presença de questões relacionadas à

dinâmica da troca e armazenagem de informações por meio das TICS na centralidade das discussões no âmbito da gestão em serviços de saúde. Uma vez que o contexto da informação e da comunicação em serviços de saúde indica que a fragmentação e a dispersão das informações são fortes limitações à integração dos processos, com sérias implicações na qualidade da assistência prestada, tais iniciativas revelam-se valiosas contribuições do poder público à padronização dos sistemas de coleta e difusão de informações.

Assim, podem ser favorecidos tanto os processos comunicacionais nestas e entre estas organizações, como, principalmente, a formação de um banco de dados único. Este, ao reunir informações diversas sobre os usuários, as terapias adotadas na assistência e as informações epidemiológicas e administrativas das unidades assistenciais, traçaria um perfil da saúde da população brasileira que permitiria a gestão mais eficiente de todo o sistema de saúde.

Contrapondo-se a este cenário e avançando na discussão, Moraes e Vasconcellos (2005) afirmam que, no Brasil, a mentalidade dos gestores da saúde na esfera pública ainda não está alinhada às atuais demandas de informação e tecnologia da sociedade moderna. Os autores destacam o caso do DATASUS¹⁴ (Departamento de Informática e Informações em Saúde / Ministério da Saúde) como exemplo, que, embora seja um importante banco de dados, dá pouca importância não só às TIC, mas também a todo o processo da gestão da informação na história recente da saúde pública brasileira. Na Sociedade da Informação e do Conhecimento, este fator pode se constituir em um limite a uma gestão democrática, eficaz e eficiente.

O DATASUS chegou a alcançar avanços significativos, principalmente em relação à difusão das informações sob sua responsabilidade, mesmo enfrentando sérias dificuldades relacionadas aos recursos humanos, tais como: falta de concursos públicos para suprir o contínuo esvaziamento da força de trabalho, em grande parte devido à baixa remuneração salarial em comparação com o mercado; e, principalmente, a falta de uma política de capacitação permanente para os profissionais que se mantiveram no serviço público, de forma a mantê-los atualizados

¹⁴ É responsabilidade do DATASUS a coleta, o processamento e a disseminação de informações sobre saúde em âmbito nacional. É um órgão de importância estratégica para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, uma vez que as informações geradas são fundamentais para a descentralização e o aprimoramento da gestão, bem como para o fortalecimento do controle social da saúde.

diante do acelerado processo de introdução de inovações tecnológicas no setor. No entanto, diante deste quadro, ao invés de investir em informática pública, a opção do governo seguiu o modelo gerencial, buscando soluções no mercado, mediante terceirizações, contribuindo para o enfraquecimento das relações de trabalho e para a defasagem dos insumos tecnológicos e humanos do Estado perante a iniciativa privada.

Assim, neste recorte sobre a esfera dos serviços públicos de atenção à saúde, Moraes e Vasconcellos (2005) tecem uma crítica ao que denominam de “modelo neoliberal de Política de Informação, Informática e Comunicação em Saúde”, o qual já teria demonstrado priorizar mais aos interesses de expansão do mercado de *softwares* e das empresas de telecomunicações do que a efetiva melhoria dos serviços prestados pelo SUS. Para os autores, os recursos aplicados no mercado deveriam ser investidos no fortalecimento das instâncias públicas de gestão da informação, informática e comunicação em saúde, de forma a causar maior efeito na ampliação da capacidade de governança da gestão dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade atenção prestada à população, inclusive reduzindo custos com internações e procedimentos desnecessários (MORAES; VASCONCELLOS, 2005).

Moraes e Vasconcellos (2005, p. 93) afirmam, ainda, que a sociedade atual tem causado sucessivas aproximações entre a produção do conhecimento gerado a partir dos referenciais da gestão dos serviços de saúde com aquele construído a partir da informática médica¹⁵, originando o que entendem por “Informação em Saúde”, assim definida:

a gestão da informação que se origina no uso sistemático e intensivo de dados quantitativos e qualitativos e das tecnologias de informação, comunicação, computação e telecomunicação na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde; na promoção da saúde; no planejamento, regulação, administração e provisão de serviços de saúde; no monitoramento, vigilância e análise da situação de saúde de populações e do ambiente; na avaliação dos serviços de saúde e no diagnóstico e tratamento de doenças.

¹⁵ Moraes e Vasconcellos (2005) definem informática médica como o conjunto de recursos tecnológicos à disposição dos profissionais da saúde para a sistematização de informações diversas relativas às muitas esferas envolvidas na atenção ao paciente.

Desta forma, entende-se que a abordagem das TIC nos serviços de saúde se constitui em uma área na qual se observa um diálogo e uma intercessão de conhecimentos, metodologias e competências, que se associam mediante os seus produtos, processos e funções à política, gestão, promoção e atenção à saúde da população, quer seja na área pública ou privada, quer seja no exercício do controle social das práticas em saúde.

2.3.5. Saúde 2.0

Com o desenvolvimento das TIC, e em especial da internet, e a consequente apropriação destas ferramentas pelos serviços assistenciais, surge o conceito de Saúde 2.0 (VAN DE BELT et al., 2010), o qual pressupõe que os profissionais de saúde necessitam observar a relação custo/benefício das TIC na melhoria da segurança, eficiência e qualidade da atenção à saúde. De acordo com estes autores, a apropriação das ferramentas digitais no gerenciamento dos serviços de saúde permite a melhoria da comunicação entre usuários, profissionais e gestores, possibilitando o compartilhamento de informações e contribuindo positivamente para a melhoria da atenção à saúde, inclusive para incentivar o autocuidado, reduzindo os custos com doenças crônicas (VAN DE BELT et al., 2010).

Iyawa, Herselman e Botha (2016) fazem questão de destacar a distância entre os conceitos de saúde eletrônica (e-saúde ou *e-health*) e Saúde 2.0. Para esses autores, a saúde eletrônica é definida como um avanço na forma como a atenção é concebida e oferecida pelos prestadores de serviços de saúde mediante uso das TIC para monitorizar e melhorar o bem-estar, a saúde dos pacientes e capacitá-los na gestão de sua saúde (IYAWA, HERSELMAN; BOTHA, 2016). Refere-se fundamentalmente ao uso da internet e de tecnologias Web no planejamento e na prestação dos cuidados de saúde.

Já a Saúde 2.0 (também denominada de Medicina 2.0) se relaciona à integração das ferramentas dialógicas da Web 2.0 para ampliar as redes sociais dos envolvidos na assistência, de forma a permitir e facilitar especificamente a participação, a colaboração e a abertura dentro e entre os grupos de interesse

envolvidos na utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, entende-se que a conectividade móvel e de banda larga facilitam a convergência de diferentes tecnologias digitais em serviços de saúde para que os médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais de saúde e os gestores permaneçam conectados digitalmente aos pacientes e aos processos de atenção à saúde (IYAWA; HERSELMAN; BOTHA, 2016).

De acordo com Engelen (2011 apud CAMARGO-BORGES; MOSCHETA, 2016), a Saúde 2.0 pode ser entendida para além da evolução da internet, como uma abordagem na qual o cuidado participativo é o principal objetivo, aspirando reformular o sistema em uma relação mais colaborativa e menos dicotômica entre todos os envolvidos.

Inicialmente, conforme observam Camargo-Borges e Moscheta (2016), as práticas em Saúde 2.0 estavam focadas principalmente na criação de novas tecnologias em si, como mecanismos de busca de dados, registros clínicos, etc., no entendimento destas tecnologias como facilitadoras para a troca de informações de saúde entre profissionais e pacientes. No entanto, os autores argumentam sobre a necessidade de inserir tecnologias que acompanhem o andamento dos recursos comunicacionais, com vistas à qualidade da prestação dos serviços, que nesta abordagem está relacionada ao nível de desenvolvimento da capacidade de se relacionar e interagir com as partes interessadas na área da saúde, a fim de criar uma cultura de participação e colaboração (CAMARGO-BORGES; MOSCHETA, 2016). Ou seja, entende-se que a finalidade dos dispositivos interativos em Saúde 2.0, em última instância, objetivam permitir a construção compartilhada dos saberes e processos assistenciais.

No contexto da Saúde 2.0, médicos, demais profissionais de saúde, gestores e usuários podem interagir para gerar novas possibilidades em serviços de saúde, que sejam operacionalizáveis para todas as partes. O conceito convida a um tipo de interação que é totalmente distinto da abordagem linear orientada por fatos, ainda hegemônica na gestão hospitalar, incentivando processos polifônicos, nos quais as perspectivas de todos os envolvidos são bem-vindas, levantando diferentes opiniões e pontos de vista, trazendo novas luzes e possibilidades para os problemas de saúde

que estão sendo investigados, sejam eles assistenciais ou gerenciais (CAMARGO-BORGES; MOSCHETA, 2016).

Tais recursos relacionais são indispensáveis ao desenvolvimento de tecnologias que auxiliem a capacitar e sustentar o movimento Saúde 2.0. Segundo Camargo-Borges e Moscheta (2016), essa nova forma de lidar com a saúde, mais relacional e participativa, apresenta uma nova possibilidade que pode levar as pessoas a se tornarem seres mais coletivos, capazes de projetar juntos o próprio destino, criando novas formas de equipes de atenção à saúde sensíveis ao contexto local.

Com o advento da internet móvel e as facilidades de acesso e conectividade oferecidas pelos *smartphones*, hoje é possível que médicos, demais profissionais de saúde e gestores tenham acesso instantâneo a inúmeras informações dos pacientes. Deste modo, conforme Cybis, Betiol e Faust (2010), surge um novo modelo de interação usuário/sistema: a interação móvel, na qual os usuários podem interagir entre si, por meio das plataformas digitais em qualquer lugar, a qualquer tempo.

Naturalmente, dentro da perspectiva da Saúde 2.0, tais processos interativos também vêm sendo incorporados à gestão do cuidado mediante utilização de uma série de sistemas de informação e outras plataformas de comunicação. Com o propósito de otimizar a gestão da informação e da comunicação, descentralizando os processos e agilizando a tomada de decisão, é visível o crescimento da utilização das TIC no âmbito da saúde que se propõem a encurtar distâncias entre usuários, profissionais de saúde e gestores.

Capuano (2008) afirma que, de forma a impulsionar efetivamente a modernização dos serviços públicos e atender aos requisitos de seus usuários e da população em geral, o modelo gerencial deve buscar o fortalecimento do tripé composto por: a) conceitos de arquitetura da informação¹⁶; b) experiências de gestão da informação, apoiada pelo uso intensivo das TIC; e c) gestão de pessoas (ou de capital intelectual), com foco na valorização do aprendizado dos membros de organizações do serviço público. No cenário da Sociedade da Informação e

¹⁶ Ribeiro (2012) define Arquitetura da Informação como o conjunto de recursos utilizados não apenas para dispor o conteúdo de determinado SI da forma mais lógica e acessível possível, mas também para dar suporte a requisitos de segurança, conservação e restauração deste conteúdo.

Comunicação, além de gerar conhecimento e aprendizagem, o uso das TIC pode contribuir para aumentar a participação e a transparência nos cuidados à saúde, tanto na perspectiva individual como na coletiva.

Entretanto, o que se verifica na realidade das organizações públicas brasileiras de uma forma geral, e nas prestadoras de serviços de saúde em particular, é uma ênfase de investimentos em TIC, mas não em conhecimento e capacitação, conservando-se os mesmos processos de trabalho e continuando as práticas, características de um estilo feudal de governança na gestão de dados, informação, conhecimento e uso das TIC, no qual as organizações públicas se apropriam ou se distanciam das TIC em razão de necessidades próprias (AGUIAR; MENDES, 2015). Dessa forma, promove-se o desuso de certas ferramentas e apropriam-se de outras com base em critérios subjetivos. Isso não só compromete o aparato tecnológico proposto pelo Estado para atender às suas finalidades (CAPUANO, 2008) como induz a iniquidade do acesso aos serviços de saúde, inviabilizando a operacionalização dos princípios do SUS.

3. ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL E SERVIÇOS HOSPITALARES NA ESPANHA

Este capítulo objetiva apresentar uma síntese de como se organiza o Sistema de Informação em Saúde na Espanha, no contexto da reforma gerencial do Estado Espanhol, enfocando a Comunidade Autônoma da Galícia. Para tanto, são realizadas análises documentais das Leis no que se refere à transparência, regulação e ao uso das TIC.

3.1. A REFORMA DO ESTADO ESPANHOL E A IMPLANTAÇÃO DE UM PROJETO GERENCIALISTA

Após o fim de um regime totalitário de quatro décadas, o processo de reforma do Estado na Espanha dos anos 1970/80 visava não apenas a reconstrução das instituições e o recomeço de um governo democrático, mas também a modernização da administração pública, em observância às abordagens gerencialistas que emergiam no contexto internacional. A construção desse novo governo propunha, em suas bases, uma completa transformação da relação governo-sociedade, principalmente na prestação dos serviços públicos, por meio da modernização das estruturas e ferramentas de gestão (MIRAGAYA, 2003).

As relações entre a reforma e a modernização no Estado Espanhol são analisadas por Martinez (1993), que distingue duas etapas na abordagem do governo e da administração pública. Durante o primeiro governo socialista (1982–1986), que continuou e aprofundou o trabalho que tinham realizado os governos da União Centro-Democrática, diversas medidas de moralização da república foram instituídas (Lei de incompatibilidade de desempenho de diversos cargos públicos, por exemplo), com conseqüências mais simbólicas do que eficazes.

Em seguida, na segunda legislatura do Partido Socialista (PSOE), entre 1986 e 1990, surge a ideia de modernização administrativa e a conseqüente revisão da abordagem tradicional de gestão pública. Curiosamente, observa-se que a ideia da implantação de uma abordagem gerencialista na Espanha se deu por um governo de

orientação socialista, ao contrário dos demais países europeus e americanos, cujas reformas foram propostas por governos de orientação neoliberal.

Assim, houve dois objetivos diferentes nessas etapas, conforme Martinez (1993): uma primeira reforma para adaptar o Estado Espanhol ao novo sistema político mundial e aliviar as discrepâncias mais evidentes entre o sistema democrático e a administração de raízes autoritárias. A segunda intervenção, de caráter modernizador, objetivava adaptar a administração aos novos parâmetros de competitividade econômica da Espanha no âmbito da então emergente União Europeia. Isso inclui, segundo Martinez (1993, p. 15, tradução nossa), “uma natural preocupação com o mercado e a adoção de novos fatores de racionalização da administração, especialmente o uso de novas tecnologias de informação e de gestão que facilitam a comunicação e tomada de decisão”.

Considerando esse aspecto, Martinez (1993) enfoca que o grau de aceitação de inovações tecnológicas e de gestão está diretamente relacionado com a legitimidade concedida a quem as introduz. A corrupção é indicada pelo autor como um dos fenômenos claramente mais repudiados em sociedades pós-industriais, pois compromete o princípio da Igualdade dos Cidadãos, gerando ineficiência (MARTINEZ, 1993). Nesse sentido, a ética pública, a moralidade política e a eficiência do serviço público têm ocupado o centro das atenções da vida política espanhola, desde a transição de regimes. Esta atitude persistente da sociedade teve um efeito de estímulo decisivo para a modernização administrativa, que resultou da pressão por serviços públicos de qualidade e transparência na gestão (MARTINEZ, 1993).

A estratégia de modernização do governo espanhol, no entanto, é entendida pelo autor como *low profile*: de pouca visibilidade, em uma abordagem indireta que busca efeitos secundários de condução das ações de descontinuidade com o passado, fragmentada e, sobretudo, pouco persuasiva (MARTINEZ, 1993). Tal estratégia estaria direcionada, fundamentalmente, à coleta de dados sobre as necessidades dos cidadãos, criação de sistemas de informação para suporte à tomada de decisões, busca das percepções dos gestores, obtenção da legitimação de especialistas e formulação de diagnóstico gerais da situação da administração pública (MARTINEZ, 1993).

3.1.1. TIC na Gestão Pública Espanhola

Criado (2004) observa que, geralmente, a integração de iniciativas de fomento do governo eletrônico e o do planejamento estratégico para o desenvolvimento da sociedade da informação é uma característica da União Europeia (UE) que também foi incorporada na prática política espanhola. A UE manifestou a sua estratégia para a administração eletrônica mediante o Plano de Ação *eEurope 2002: an Information Society for all*, aprovado pelo Conselho Europeu de Santa Maria da Feira, em junho de 2000, e renovado no Conselho Europeu de Sevilha, em junho de 2002.

O referido documento acolhia em suas linhas de ação a “Administração on-line”, ou seja, a dimensão do governo eletrônico, formulando como objetivo estratégico a necessidade de tornar disponíveis on-line uma série de serviços públicos básicos até o final daquele ano. Assim, foi estabelecido um conjunto de serviços básicos que os estados membros deveriam disponibilizar, sendo oito direcionados a empresas e 12 específicos para o cidadão, entre os quais diversos serviços relacionados à saúde (CRIADO, 2004).

A adoção das TIC em processos administrativos preexistentes, sem mudança de valores e métodos de trabalho, não passa de pura aplicação irrefletida de tecnologia sem ganhos práticos (RAMÍREZ-ALUJAS, 2011). Para o autor, embora estas tecnologias contribuam para facilitar o acesso do cidadão aos serviços públicos, as TIC aplicadas, sem uma preocupação em pensar uma profunda transformação dos modelos de gestão e da cultura das organizações públicas, contribuem apenas para “a automação dos processos, pois esta digitaliza a burocracia” (RAMÍREZ-ALUJAS, 2011, p.103, tradução nossa), o que, no melhor dos casos, abre canais mais fluidos de comunicação com a sociedade, que não serão aproveitados em um contexto organizacional que desconsidere a participação popular como uma determinante.

De modo a fortalecer a democracia e adequar a construção de políticas públicas ao paradigma da Sociedade da Informação e às abordagens gerenciais em franca adesão nos estados membros da OCDE, esta organização recomenda que seus integrantes adotem, em seus governos, práticas de gestão orientadas à: a) **transparência**, entendida como (i) a capacidade de exigir informações relevantes de uma forma compreensível e (ii) de deter, sob escrutínio público, as ações

administrativas e os indivíduos por elas responsáveis, permitindo que sejam questionadas; b) a **acessibilidade** a qualquer um, a qualquer hora e em qualquer lugar, aos serviços públicos e às informações sobre eles; e c) a **capacidade de resposta** (*responsiveness*) do Governo/administração às novas demandas, ideias e necessidades apresentadas pelos cidadãos, bem como a oportunidade destes de participarem da tomada de decisões (OCDE, 2010).

Nesse sentido, outro trabalho desenvolvido pela OCDE revela que uma maior transparência na administração tem um impacto positivo sobre o desempenho em várias áreas chave das operações do governo, incluindo melhoras na governança nas questões regulatórias, na gestão das despesas públicas e no âmbito da moralidade pública e da ética. Mesmo na Comunidade Europeia, cujos países possuem regimes democráticos mais amadurecidos e estáveis, os autores advertem que tais impactos positivos, entretanto, só seriam possíveis mediante revisão criteriosa das práticas burocráticas enraizadas nas organizações públicas e uma adoção planejada de TIC (OCDE/INAP, 2006 apud RAMIREZ-ALUJAS, 2011).

Contudo, apesar de toda a estrutura política-institucional orientada ao planejamento e à incorporação das TIC na gestão pública, com vistas à modernização das antigas práticas burocráticas, os resultados da pesquisa de Criado (2004) indicam que, na Espanha, os gestores municipais ainda não verificam no cotidiano os impactos propostos pelo uso de TIC, em uma abordagem gerencialista.

Embora os sujeitos entrevistados por Criado (2004) reconheçam que, para fins de controle e transparência, as TIC têm grande importância na administração pública, a motivação preponderante para esses gestores disponibilizarem serviços on-line foi a criação de novos canais de relacionamento com o cidadão (24,3%) e a modernização¹⁷ da administração pública municipal (15,7%). Indicadores prioritários pelos parâmetros da OCDE, como sistematizar a oferta de informações, surgem como penúltima motivação mais citada, com apenas 9,6% de referências. No que diz respeito à gestão dos serviços de saúde, os entrevistados atribuíram uma importância média/baixa ao uso de TIC pelo governo.

¹⁷ A metodologia do trabalho pesquisado (CRIADO, 2004) não destaca, exatamente, quais seriam as determinantes dessa modernização.

Essas conclusões revelam algumas semelhanças da Espanha em relação ao Brasil no que se refere à governança de TIC nos serviços públicos. Observa-se que a incorporação de tecnologias aos processos de gestão, em ambos os países, está ancorada nos mesmos princípios teóricos e que, apesar das diferenças no contexto institucional, ela não ocorre de forma tão distinta. Aspectos relacionais e de visibilidade são priorizados em detrimento de práticas que levem à ressignificação do serviço público, agregando transparência e maior capacidade de controle à gestão pública, como pressupunha a abordagem do Novo Gerencialismo.

No que se refere à utilização de TIC nos serviços de saúde, a administração pública espanhola acompanha as orientações propostas pelos Manuais de Saúde Eletrônica (AZCÁRATE; CELILER; ESCALERA, 2012; CARNICERO; FERNÁNDEZ, 2012), que são publicações da Sociedade Espanhola de Informática da Saúde (SEIS), em cooperação com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e a Organização das Nações Unidas (ONU). Trata-se de um conjunto de instruções normativas que reúne o entendimento dos principais pesquisadores espanhóis sobre o tema, que visam ao compartilhamento de saberes e ao fortalecimento das boas práticas na governança dos recursos tecnológicos nos serviços públicos de saúde. Ainda que a não observância das indicações não acarrete necessariamente a nenhuma sanção, tendo em vista que não se trata de protocolos oficiais, os Manuais se tornaram um reconhecido referencial normativo da teoria e do campo, à medida que viabilizam o entendimento de como operacionalizar as TIC, em uma perspectiva gerencialista, a favor da modernização e da dinamização dos processos em serviços de saúde.

Rojas, Martínez e EliceGUI (2012) destacam que uma das ideias mais importantes que os Manuais tentam transmitir é que a implementação da saúde eletrônica não é, de forma alguma, um projeto puramente tecnológico, senão também fortemente político. No entanto, isso não significa que a tecnologia não desempenhe um papel importante, uma vez que diferentes Sistemas de Informação precisam de uma infraestrutura de tecnologia de base abrangente na qual deve operar e que desta operação resultam as finalidades dos serviços públicos, sendo responsável direto pela percepção de sua eficácia.

Conforme Galán (2012), as TIC são elementos-chave para que as organizações de saúde pública espanholas tenham as informações necessárias ao desenvolvimento da assistência, à medida que permitem coletar, enviar, receber e armazenar dados por meio de sistemas seguros, rápidos e confiáveis, em constante evolução tecnológica e adaptação às crescentes necessidades de informação de uma área intensiva em conhecimento. Para o autor, isso requer recursos de suporte tecnológico que garantam o funcionamento estável do Sistema de Informação ao longo do tempo, sua estabilidade operacional e constante atualização tecnológica (GALÁN, 2012). Da mesma forma, demanda que haja interoperabilidade dos sistemas envolvidos e que se estabeleçam relações de confiança e colaboração entre profissionais, instituições e organizações que possuem os dados, o interesse e os meios para sua análise e uso.

A interoperabilidade é destacada por Indarte (2012) como fundamental às iniciativas de saúde eletrônica no contexto da descentralização do SNS. Segundo seu entendimento, os sistemas das diversas CCAA e da administração central necessitam adaptar seus Sistemas de Informação à adoção de padrões únicos em três níveis: sistemas, infraestrutura e serviços de rede e informação (interconexão de rede), de forma a viabilizar o intercâmbio de informações em níveis regional e nacional, fortalecendo a coesão e a colaboração no sistema e gerando conhecimento (INDARTE, 2012). Nesse sentido, Orellana (2012) afirma que a interoperabilidade é historicamente escassa nos sistemas de saúde espanhóis, sendo, no plano funcional, a principal barreira ao sucesso de iniciativas em *e-health* nesse país. O diálogo e a colaboração entre desenvolvedores, implementadores e usuários finais, assim como o equilíbrio entre a padronização dos processos e as necessidades específicas de cada usuário são indicados como fatores chave à integração dos sistemas em um cenário de alta fragmentação dos dados.

Como em qualquer organização, a atividade dos serviços de saúde baseia-se no estabelecimento de objetivos estratégicos, na definição e aplicação de determinadas medidas para alcançá-los, na avaliação de sua conformidade e na correção de desvios, se necessário. Levando em conta a dimensão e a complexidade dos atuais serviços de saúde, Azcárate, Escalera e Ramos (2012) afirmam ser essencial aplicar as TIC à atividade clínica e à gestão dos serviços de saúde, de forma integrada na estratégia geral dos serviços, e elencam os principais equívocos

cometidos pelos gestores (de alto e médio escalões) em relação à incorporação das TIC aos processos administrativos e assistenciais na saúde pública espanhola.

Segundo os autores, a falta de uma estratégia de TIC subordinada à estratégia geral de saúde — levando ao entendimento equivocado da implementação da e-saúde como um fim em si —, na verdade, trata-se de um meio para a operação do sistema (AZCÁRATE; ESCALERA; RAMOS, 2012). Há também a concepção das TIC como competência exclusiva dos profissionais de TI, tanto os pertencentes à organização como os fornecedores externos. Entende-se que, quando a função de TIC é concebida como uma área à parte dentro dos serviços de saúde, tal concepção aumenta o risco de divergência entre seus objetivos específicos e os principais objetivos do sistema, um risco que é posteriormente transferido para suas respectivas estratégias e resultados.

Os gestores dos serviços de saúde espanhóis apresentam uma visão reducionista dos projetos de TIC, que subestimam a complexidade de sua gestão e coordenação. Para os autores, há pouco rigor profissional na gestão da função TIC, que deve ser contínua e dar atenção especial não apenas à execução de projetos e inovações tecnológicas, mas também a atividades básicas e rotineiras (AZCÁRATE; ESCALERA; RAMOS, 2012). Dessa forma, entende-se que, na Espanha, tarefas como suporte, manutenção e renovação de equipamentos de *hardware*, assistência aos usuários, entre outros, não estão contempladas nas agendas dos gestores de tecnologia no setor saúde, comprometendo todo o aparato de TIC planejado para dar suporte aos serviços.

Por fim, Azcárate, Escalera e Ramos (2012) indicam que a capacidade de iniciativa dos usuários é também subestimada. De forma a superar as dificuldades de uso e as ineficácias das ferramentas tecnológicas, os usuários empreendem esforços na busca de TIC alternativas, que podem viabilizar os mesmos resultados de forma independente e, assim, se separar das linhas estratégicas da organização. Se essas iniciativas pessoais forem bem-sucedidas entre os usuários, uma resistência à mudança é criada quando a administração pretende implementar sistemas que sigam as diretrizes institucionais (AZCÁRATE; ESCALERA; RAMOS, 2012).

Transpondo esses princípios e práticas para o Brasil, essa condição ilustra como os processos de regulação paralela se fortalecem mediante uso de TIC não oficiais, e a dificuldade de institucionalização dos SI oficiais, conforme discussão a ser apresentada no capítulo de resultados.

Dentre as iniciativas independentes, que são relevantes na saúde pública espanhola, está o uso de tecnologias móveis pelos profissionais de saúde. Vílchez (2012) destaca que o aumento do uso de tecnologias de comunicação móvel, especialmente na presente década, tem impactado o campo da saúde com o surgimento da saúde móvel, que consiste no uso de dispositivos móveis na prática médica e na saúde pública. Conforme o autor, a alta penetração desse tipo de dispositivo pode ser uma grande oportunidade para fortalecer e transformar os Sistemas de Informações em saúde, aproveitando vantagens como a portabilidade, a comunicação em tempo real e o acesso a dados e serviços (VÍLCHEZ, 2012). Para maximizar o impacto da saúde móvel e garantir a sua continuidade, é essencial desenvolver aplicativos e serviços integrados aos sistemas de registros médicos eletrônicos. Além da interoperabilidade, Vílchez (2012) cita que é muito importante considerar cuidadosamente os vários aspectos legais, organizacionais e tecnológicos relacionados à segurança e à confidencialidade das informações do usuário.

Isso posto, essa pesquisa procede à apresentação do Sistema Nacional de Saúde da Espanha, destacando seus princípios normativos e estrutura organizacional.

3.2. O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

O atual sistema público de saúde da Espanha se desenvolveu a partir do final do período de guerra civil mediante a criação, em 1942, dos Seguros Obrigatórios de Enfermidades¹⁸ que ofereciam assistência médica a aproximadamente 50% da população. Inicialmente atendia apenas os trabalhadores industriais, mas paulatinamente teve sua cobertura ampliada a trabalhadores manuais, a empregados em geral e, finalmente, à classe média. Nessa época, a prestação de serviços de

¹⁸ Seguros Obligatorios de Enfermedad.

saúde estava vinculada à Seguridade Social, subordinada aos Ministérios do Trabalho e da Seguridade Social, assim permanecendo até 1977 (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010).

Martín (1998) observa que, a partir de 1975, a situação de expansão da Seguridade Social se transformou radicalmente devido às restrições fiscais do Estado, que passou a priorizar a racionalização do sistema. Na esfera política, com a morte do general Francisco Franco, em 1975, iniciou-se o processo de transição política e, simultaneamente, a conformação de acordos entre os distintos atores comprometidos com a democratização do país, conhecidos como *Pactos de Moncloa*.

Até então, conforme Martín (1998), a organização dos serviços de saúde caracterizava-se por uma extensa rede de centros e organizações próprias de natureza ambulatorial e hospitalar, porém com insuficiente desenvolvimento de outras redes assistenciais, propiciando, dessa forma, forte integração do financiamento e da produção ou provisão dos serviços. As instituições sanitárias públicas, assim configuradas, organizavam-se de forma vertical para o desempenho de suas atividades, eram regidas pelo princípio de Hierarquização, submetidas ao Direito Público em todos seus âmbitos e sujeitas a forte processo de centralização na tomada de decisões.

A Constituição Espanhola de 1978 é o marco dos objetivos da redemocratização e da retomada dos direitos civis. Em seu artigo 43, determina que a proteção da saúde seja um direito fundamental do cidadão (ESPANHA, 1978). A Lei Geral de Saúde, de 1986, promulgada no bojo da reforma do Estado Espanhol, foi revista e atualizada pela Lei nº 33, de 2011. Ambos os marcos legais definem diversos princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito, entre os quais se destacam: a) financiamento público, universalidade e gratuidade; b) direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos; c) descentralização política para as Comunidades Autônomas; d) Atenção Integral; e e) transparência (ESPANHA, 1986, 2011). A Lei Geral de Saúde de 2011 destaca, ainda, entre os direitos fundamentais do cidadão, a participação e o acesso à informação (ESPANHA, 2011).

Diante da proposta de democratização do acesso e garantia de direitos, Fernández-Cuenca (1998 apud SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010) destaca que a

aprovação da primeira Lei Geral da Saúde, em 1986, foi marcada por conflitos entre os diferentes atores envolvidos no processo, que contrariavam interesses de boa parte dos médicos, temerosos de perder seus privilégios, e por outros setores econômicos ligados à saúde — indústria farmacêutica, empresas hospitalares —, que vislumbravam um futuro incerto para seus negócios.

A análise histórica do processo de descentralização do sistema sanitário para as Comunidades Autônomas permite afirmar que este se deu de forma lenta e desigual. Segundo Rey Del Castillo (1998), desde sua origem, a descentralização foi motivada por razões políticas, ocorrendo paralelamente ao processo de reorganização do Estado. Entre a atribuição de responsabilidades às CCAA no início da década de 1980, a vigência da Lei Geral da Saúde e sua efetiva implementação (que não ocorreu até 1994, portanto 16 anos após sua promulgação) e as transferências sanitárias incluíram o planejamento e a transferência de centros de saúde e de redes específicas, sendo a Catalunha a primeira autonomia do país a receber transferências de serviços.

Sacardo, Fortes e Tanaka (2010) observam que, na Espanha, o processo de descentralização das competências sanitárias levou mais de 20 anos para completar (entre 1981 e 2004), tendo como marco legal a Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde, promulgada em maio de 2003, que garante a coordenação e a cooperação dos distintos Serviços Regionais. Somente mediante a efetivação deste processo, conforme os autores, foi possível verificar a melhoria da gestão em diversas CCAA em relação à acessibilidade aos serviços de saúde e à incorporação de novas tecnologias (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010).

O Sistema Nacional de Saúde da Espanha é constituído pelo conjunto de serviços de saúde do governo central e das 17 CCAA, as quais assumem as funções e serviços, incluindo transferência de pessoal e orçamentos, para realizar o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência à saúde. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) mantém a coordenação geral, as relações internacionais inerentes à saúde e à legislação sobre produtos farmacêuticos (SILVA, S. F., 2010).

Anjos (2015) observa que o SNS espanhol tem um caráter universal, público, gratuito e fortemente descentralizado. O governo central tem como competências definir as bases e a coordenação das ações de saúde, determinar as políticas relativas aos medicamentos e gerir o Instituto Nacional de Gestão Sanitária (INGESA)¹⁹, enquanto as comunidades autônomas têm a responsabilidade da definição das políticas de saúde pública, de planejamento sanitário e a gestão dos serviços de saúde para as suas respectivas regiões e em conformidade com as competências definidas pelo governo central.

Além da descentralização da gestão dos serviços, outro aspecto significativo de mudança organizacional, conforme Sacardo, Fortes e Tanaka (2010), foi a transformação do modelo de assistência, em apenas dois níveis: Atenção Primária e Atenção Especializada. No entanto, a integração entre funções de promoção da saúde e prevenção de doenças (responsabilidade das CCAA no âmbito da saúde pública) com as funções assistenciais (desenvolvidas em grande parte das Autonomias pelo SNS até o ano de 2002) não foram alcançadas plenamente nos prazos planejados, levando a um processo de redimensionamento das competências nos distintos níveis de gestão dos serviços e de atenção à saúde.

A gestão e a organização dos serviços constituíram o objeto principal da reforma lançada na década de 1990, gerando a introdução de novos modelos de gestão, com vistas ao incremento da eficiência do sistema de saúde, sem dismantelar ou reduzir as garantias da cobertura pública (ANJOS, 2015). Nesse sentido, Martín (1998) analisa o processo de inovação institucional e organizacional dos sistemas sanitários no contexto político e social mais amplo, afirmando que este se deu paralelamente a um processo global de reorientação do Estado de Bem-Estar e suas formas de arranjos e de gestão. De acordo com o Martín (1998), o êxito desses processos de inovação foi a chave para estabelecer as linhas de defesa do Estado de Bem-Estar espanhol diante das estratégias privatizantes do liberalismo, em franca ascensão na Europa da década de 1980, buscando defender os direitos de cidadania garantidos na Constituição (ESPANHA, 1978) e na Lei de Saúde (ESPANHA, 1986).

¹⁹ Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Dentre estas linhas de defesa, é possível destacar a predominância do modelo de Gestão Direta nos sistemas de saúde espanhóis. Nessa modalidade, as organizações prestadoras de serviços de saúde respondem aos princípios e às restrições gerais do setor público em seu funcionamento e organização; o pessoal é estatutário, e o sistema de alocação de recursos é segmentado, apresentando orçamentos separados para a Atenção Primária e a Atenção Especializada. Nessa modalidade de Administração, conforme observam Sacardo, Fortes e Tanaka (2010), o cumprimento da normativa é o principal objetivo organizacional, em detrimento da eficiência na utilização dos recursos alocados.

Verifica-se, também, a presença do modelo de Gestão Indireta (principalmente mediante concessão administrativa a entidades de base associativa), bem como a Lei Geral de Saúde (ESPANHA, 1986), que prevê que a prestação e a gestão dos serviços sanitários ou sócio sanitários pode ocorrer, além dos meios já citados, mediante acordos, convênios ou contratos com pessoas ou entidades públicas ou privadas.

O processo de reforma dos serviços de saúde na Espanha, conforme Silvio Silva (2010) teve como objetivo manter a unidade e a coesão do Estado nacional e, ao mesmo tempo, propiciar autonomia, solidariedade e cooperação entre as CCAA, visando a equidade no acesso aos serviços, qualidade das ações de saúde e participação da sociedade no processo de gestão. Para tanto, a coesão do SNS é articulada pelo Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (CISNS), organismo permanente de coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde, e entre estes e a Administração Central, com vistas à coesão do SNS, por meio da garantia efetiva dos direitos da cidadania em todo o território espanhol (WHO, 2002).

Integram o CISNS um total de 34 membros, dos quais a metade representa o Ministério da Saúde; e a outra metade, as CCAA — um representante de cada Autonomia, geralmente o presidente do serviço de saúde local ou do Conselho de Saúde. Neste órgão, as decisões devem ser tomadas por consenso e indicar recomendações ou, em alguns casos, as CCAA e a Administração Central podem firmar convênios/acordos que obrigam o cumprimento das responsabilidades assumidas por ambas as partes.

Sob a perspectiva do planejamento, de acordo com a WHO — World Health Organization²⁰ (2002), desde o início da década de 1990, tanto o nível central quanto os níveis regionais trabalharam as estruturas de seus próprios serviços de saúde, com ampla mobilização social, as quais foram submetidas à aprovação pelos respectivos parlamentos. A essas instâncias governamentais coube buscar um consenso que assegurasse a aprovação das várias propostas, conforme as prioridades sanitárias, e não somente buscando atender aos interesses das diferentes forças políticas. Dessa forma, observa-se que o planejamento é realizado conforme as necessidades de saúde da população, com mobilização social, consenso e não para atender aos interesses políticos.

Os sistemas de saúde das CCAA oferecem atenção integral aos cidadãos, da atenção básica à alta complexidade. Existe a possibilidade de regulação de pacientes entre as autonomias, no entanto esta não é uma prática habitual, tendo em vista que a descentralização do SNS prevê que os cidadãos têm o direito ao acesso aos serviços de saúde em seus territórios, e que o planejamento da oferta segue critérios regionais de distribuição de leitos e serviços, considerando o perfil epidemiológico de cada província.

Em relação ao financiamento, assim como a gestão, este segue o modelo de descentralização, no qual as CCAA elaboram manualmente o orçamento, que deve conter minimamente os gastos e os investimentos estabelecidos no sistema de financiamento autonômico. Uma vez aprovado, o orçamento deve ser submetido aos órgãos competentes da Administração Central, para fins de avaliação da aplicação do financiamento total que se destina à assistência sanitária (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010). Conseqüentemente, o financiamento e o gasto sanitário das CCAA adquirem um papel de grande relevância no Sistema Nacional de Saúde em um contexto de descentralização, tão importante como o que se verifica na atualidade. Nesse sentido, o que se verifica é que as atividades de planejamento e orçamento são interligadas, de outra forma não há como o planejamento ser operacionalizado.

²⁰ Em português: OMS — Organização Mundial da Saúde.

3.3. TIC, REGULAÇÃO E TRANSPARÊNCIA: UMA REVISÃO COMENTADA DO MARCO LEGAL DA SAÚDE PÚBLICA NA ESPANHA E NA GALÍCIA

Com vistas ao cumprimento dos objetivos desta investigação, procedeu-se a análise documental nas principais leis que normatizam o Sistema Nacional de Saúde e o Sistema Regional da CCAA da Galícia, tendo por objetivo identificar de que formas as TIC estão institucionalizadas no marco legal, em especial quanto aos seus usos para fins de regulação e transparência. Para tanto, foram analisadas as três principais leis que fundamentam o sistema de saúde espanhol (ESPANHA, 1986, 2003, 2011), além da Lei de Saúde da Galícia (GALICIA, 2008), que normatiza os serviços dessa Autonomia.

Dessa forma, procede-se a uma análise comentada do referido marco legal, na qual se destacam os artigos cuja centralidade esteja no estabelecimento de padrões e diretrizes para usos de TIC, notadamente com vistas às finalidades já mencionadas, considerando-se o contexto institucional.

3.3.1. Lei Geral de Saúde²¹ — Lei 14/1986

Esta Lei foi publicada em 25 de abril de 1986, no bojo da reforma do Estado, institui os princípios fundamentais do Sistema Nacional de Saúde e empodera as Comunidades Autônomas para a organização e a gestão dos subsistemas e serviços de saúde regionais (ESPANHA, 1986). Embora tenha sofrido atualizações e revisões ao longo dos últimos 30 anos (especialmente pela publicação da Lei 33/2011, apresentada a seguir), ainda está em vigor e é a Lei que normatiza o funcionamento do sistema de saúde espanhol e seus subsistemas, estabelecendo diretrizes e responsabilidades.

Essa lei antecede os entendimentos contemporâneos sobre governo aberto, *e-gov* e TIC, que hoje orientam as práticas da administração pública. No entanto, já se observa, neste documento, uma orientação ao uso de ferramentas tecnológicas no

²¹ Ley 14/1986 – Ley General de Sanidad.

suporte à gestão dos serviços. Embora pontual, revela observância a um fenômeno relativamente recente na sociedade da época, em alinhamento ao então emergente paradigma da sociedade em rede (CASTELLS, 1999).

No que diz respeito às Tecnologias de Informação e Comunicação ou aos Sistemas de Informação, estes surgem apenas no *Título II: das competências das administrações públicas*²², Artigo 40, parágrafo 13, da Lei 14 (ESPANHA, 1986, p. 23, tradução nossa) como uma atribuição do Estado, sem prejuízo às competências das CCAA: “o estabelecimento de sistemas de informação em saúde e a realização de estatísticas de interesse geral supracomunitário”²³.

Observa-se que esta normativa tem por objetivo propor a criação de ferramentas tecnológicas para a gestão da informação, com foco em estatísticas sanitárias para acompanhamento das ações em saúde. Assim, entende-se que o objetivo está na formação de um banco de dados nacional, de natureza genérica, passível de aplicação a finalidades diversas. No entanto, não se indica de que forma tais dados serão aferidos e processados, se por coleta própria ou retroalimentados por outros sistemas regionais. De modo semelhante, não se discutem as especificidades objetivas de tais ferramentas, tampouco as diretrizes de implementação e uso.

Em observância ao princípio da Descentralização, esta lei estabelece, em seu *Capítulo II: Dos serviços de saúde das comunidades autônomas*²⁴, nos Artigos 49 e 50, que as CCAA devem organizar seus serviços de saúde de acordo com os princípios básicos apresentados pelo documento, integrado por todos os centros, serviços e estabelecimentos da própria comunidade e suas municipalidades; também transfere para as Autonomias a responsabilidade pelo fomento à participação social e pelas atividades de regulação dos serviços assistenciais (ESPANHA, 1986).

Em seu Artigo 53, determina que as Autonomias adequem o exercício de suas competências sanitárias à participação democrática de todos os interessados,

²² Título II: de las competencias de las Administraciones Públicas.

²³ El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario.

²⁴ Capítulo II: De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

incluindo representantes sindicais e organizações empresariais, por meio do Conselho de Saúde da CCAA, bem como instâncias de participação em cada área de saúde (ESPANHA, 1986). Embora busque agregar maior quantidade possível de atores, observa-se que o texto da lei não faz referência direta ao usuário do serviço e seus familiares, de forma que não está claramente indicada a forma de participação destes.

Já o Artigo 55, em seu parágrafo 1º, estabelece que: “dentro do seu âmbito de competência, as Comunidades Autônomas correspondentes regularão a organização, funções, atribuição de meios pessoais e materiais de cada um dos Serviços de Saúde” (ESPANHA, 1986, p. 26, tradução nossa)²⁵. Desse modo, entende-se que a regulação do acesso aos serviços hospitalares se inclui entre as atribuições da Autonomia, no âmbito da gestão de seu próprio serviço de saúde.

A noção de transparência surge vinculada unicamente à publicação dos gastos sanitários, como medida para melhorar a eficiência do sistema de saúde. O *Título VII: Transparência e sustentabilidade do gasto sanitário*²⁶ determina que, periodicamente (sem indicar com que periodicidade), as CCAA devem remeter ao Ministério da Fazenda e Administração Pública, para fins de acompanhamento e divulgação, os dados relativos a: a) gastos farmacêuticos hospitalares; b) investimentos gerais em saúde, em específico no que se refere a equipamentos hospitalares de alta tecnologia; e c) medidas adotadas para a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde, bem como o seu alcance (ESPANHA, 1986).

A Lei estende, ainda, a obrigatoriedade de publicização dos gastos farmacêuticos hospitalares também a outras organizações do Estado, incluindo instituições penitenciárias, associações previdenciárias de funcionários dos poderes judiciário e executivo, entre outras. Não são destacados usos da transparência como mecanismo de participação e *accountability*.

Embora não estabeleça parâmetros precisos em torno do objeto, considera-se esta Lei como um documento legal de vanguarda para a época, uma vez que já

²⁵ Dentro de su ámbito de competencias, las correspondientes Comunidades Autónomas regularán la organización, funciones, asignación de medios personales y materiales de cada uno de los Servicios de Salud.

²⁶ *Título VII: Transparencia y sostenibilidad del gasto sanitario.*

apresenta algumas respostas aos anseios populares por participação e transparência, considerando o período de redemocratização, e apresenta as TIC como mediadoras do processo de gestão informacional em saúde pública, em alinhamento ao paradigma vigente.

3.3.2. Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde²⁷ - Lei 16/2003

A Lei 16/2003 representa o primeiro avanço significativo na legislação sanitária espanhola desde a promulgação da Lei Geral de Saúde (ESPANHA, 1986). Na perspectiva desta investigação, esta Lei se destaca por representar o primeiro marco legal a normalizar a finalidade e os usos dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), sob um enfoque gerencialista, no entendimento do uso das tecnologias como meios de operacionalização dos princípios constitucionais do Estado. Aspectos relacionados aos processos regulatórios (de quaisquer naturezas) não são tratados neste documento.

A Lei 16 foi publicada em 28 de maio de 2003 (17 anos após a Lei 14/1986) e tem por finalidades, conforme seu Artigo 1º:

estabelecer o marco legal para as ações de coordenação e cooperação das administrações de saúde pública, no exercício de suas respectivas competências, de modo a garantir a equidade, a qualidade e a participação social no Sistema Nacional de Saúde, bem como a colaboração ativa na redução das desigualdades na saúde (ESPANHA, 2003, bloque 3, tradução nossa)²⁸.

Para cumprir tais finalidades, a Lei 16 (ESPANHA, 2003) estabelece os Sistemas de Informação Sanitária (SIS) como uma das ferramentas de integração entre as administrações sanitárias (nacional e regionais), definindo, em seu Artigo 53, que estes devem responder às demandas específicas de cada um dos seguintes grupos de interesse:

²⁷ Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

²⁸ Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

- a) **Autoridades sanitárias:** no entendimento de que a informação favorece o desenvolvimento de políticas públicas e a tomada de decisão, a Lei determina que sejam oferecidas informações atualizadas e comparativas sobre a situação e a evolução do Sistema Nacional de Saúde, cumprindo papel fundamental no monitoramento dos serviços e no apoio à **tomada de decisões** gerenciais e estratégicas;
- b) **Profissionais:** para os trabalhadores da área da saúde, a informação terá como objetivo melhorar seus conhecimentos e habilidades clínicas. Incluirá diretórios, resultados de estudos, avaliações de medicamentos, produtos e tecnologias de saúde, análise de boas práticas, diretrizes clínicas, recomendações e coleta de sugestões. Observa-se que apenas profissionais da assistência são contemplados nas finalidades do SIS, com claros propósitos de desenvolver a **aprendizagem** e o **benchmarking**, mas não inclui os profissionais administrativos dos serviços de saúde como público-alvo, desconsiderando os ganhos gerenciais resultantes da participação deste grupo de atores-chave no sistema;
- c) **Cidadãos:** o SIS deverá conter informações sobre seus direitos, deveres e riscos para a saúde, facilitando a tomada de decisões sobre seu estilo de vida, práticas de autocuidados e orientando o uso de serviços de saúde. Deve, ainda, oferecer a possibilidade de formular sugestões para os aspectos mencionados, atuando como mediador nos processos de **educação e promoção da saúde**;
- d) **Organizações e associações no âmbito da saúde:** a Lei prevê que o sistema deverá disponibilizar informações para, e também sobre, as associações de usuários e familiares, organizações não governamentais que atuam no campo da saúde e as sociedades científicas, a fim de promover a **participação da sociedade** civil no Sistema Nacional de Saúde.

O mesmo Artigo 53 ainda determina que o SIS deverá dispor de informações sobre os benefícios e a carteira de serviços nos cuidados de saúde públicos e privados

e incluir, como dados básicos, aqueles relacionados à população protegida, recursos humanos e materiais, atividades desenvolvidas, produtos farmacêuticos e de saúde, financiamento e resultados obtidos, bem como as expectativas e a opinião dos cidadãos, tudo a partir de uma abordagem abrangente de cuidados de saúde (ESPANHA, 2003). Ainda que até então não seja feita nenhuma referência direta ao termo, entende-se que tais diretrizes visam ao fortalecimento da **transparência** na gestão dos serviços. O referido artigo ainda estabelece que a disponibilização do acesso ao sistema se dará nos termos estabelecidos pelos Conselhos Locais, e a proteção dos dados de caráter pessoal como um objetivo permanente.

Embora preveja de diversas formas a participação cidadã, não fica claro se o acesso ao SIS nos pontos disponibilizados será oportunizado também ao cidadão autônomo ou se somente à representação dos usuários no Conselho de Saúde. A legislação regional consultada nesta revisão (GALICIA, 2008) é omissa em relação a esta questão.

Em relação à segurança da informação, conforme o Artigo 54 da Lei 16 (ESPANHA, 2003), o Ministério da Saúde, por meio do uso preferencial de infraestruturas comuns de comunicação e serviços telemáticos das administrações públicas, disponibilizará ao Sistema Nacional de Saúde uma rede de comunicações seguras para facilitar e fornecer garantias de proteção à troca de informação de saúde entre os seus membros. Toda a transmissão de informações sobre esta rede será baseada nos requisitos de certificação eletrônica, assinatura eletrônica e criptografia, de acordo com a Lei.

De acordo com o Artigo 56 (ESPANHA, 2003), ao Estado, por meio do Ministério da Saúde, caberá ainda a coordenação dos mecanismos de intercâmbio eletrônico de informação clínica e de saúde individual, previamente acordada com as comunidades autônomas, para permitir que usuários e profissionais envolvidos nos cuidados de saúde tenham acesso aos registros médicos em termos estritamente necessários, tanto para garantir a qualidade de tal assistência como a confidencialidade e integridade da informação, qualquer que seja a Administração (nacional ou regional) a fornecer a informação.

O Artigo 58 desta Lei cria o Instituto de Informação Sanitária, órgão subordinado ao Ministério da Saúde, que deverá desenvolver as atividades necessárias para o funcionamento do SIS, sendo responsável pela coleta, processamento e distribuição de informação, de forma a atender às necessidades do Sistema Nacional de Saúde, com critérios de **transparência e objetividade** da informação. Deve, também, garantir a integridade, a segurança e a confidencialidade dos dados.

Entende-se que, uma vez institucionalizadas, as responsabilidades em relação à operacionalização dos sistemas e manejo dos dados e das informações a um determinado aparato organizacional revelam-se ganhos operacionais e gerenciais à medida que tais tarefas deixam de ser acumuladas por outros profissionais da assistência (AGUIAR, 2012; AGUIAR; MENDES, 2016), diminuindo assim riscos de descontinuidade e desuso dos Sistemas de Informações.

Diante do exposto, reconhece-se este documento como um importante marco normativo, à medida que materializa o projeto de modernização da gestão dos serviços de saúde pública por meio das TIC, determinando a centralidade da tecnologia como insumo estratégico. Considerando que esta Lei se propõe a garantir a coesão e a qualidade do sistema de saúde, entende-se que seu texto institucionaliza as TIC, em especial os Sistemas de Informações, como instrumentos indispensáveis à consecução de tais objetivos.

3.3.3. Lei Geral de Saúde Pública²⁹ - Lei n 33/2011

Foi publicada em 04 de outubro de 2011, revisa e atualiza a Lei 14/1986, tendo por objetivo, no seu Artigo 1º, “estabelecer as bases para que a população alcance e mantenha o mais alto nível de saúde possível mediante a execução das políticas, programas, serviços e ações gerais desenvolvidas por autoridades públicas, empresas e organizações de cidadãos”³⁰ (ESPANHA, 2011, p. 7, tradução nossa).

²⁹ Ley 33/2011 – General de Salud Pública.

³⁰ Establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas.

Esta Lei adota o entendimento de Saúde Pública como:

o conjunto de atividades organizadas pelas administrações públicas, com a participação da sociedade, para prevenir a doença, bem como para proteger, promover e recuperar a saúde das pessoas, de forma tanto individual quanto coletiva (ESPANHA, 2011, p.7, tradução nossa)³¹.

Nesse sentido, entende-se que a Lei n 33/2011 apresenta avanço em relação à legislação anterior, uma vez que assume a informação e a participação social como partes integrantes do processo de saúde. Tanto que dedica todo o Artigo 18, *Comunicação em Saúde Pública*³², à normatização das práticas de comunicação na perspectiva da promoção e educação em saúde. No entanto, o foco está apenas no trabalho em mídias de massa, e o artigo não aborda contribuições das TIC a essa finalidade, nem propõe que as tarefas em comunicação estejam a serviço, também, da transparência. Da mesma forma, não aborda a comunicação na perspectiva da gestão dos processos em saúde, como mecanismo facilitador.

Desse modo, é possível entender que se, por um lado, o documento destaca em suas premissas aspectos relativos à ampla divulgação de informações de saúde; por outro, não oferece suporte normativo à correta gestão de tais insumos, considerando o paradigma tecnológico vigente e as crescentes demandas por novas formas de interação entre a sociedade e os poderes públicos. Assim, embora se reconheçam os avanços, entende-se que esta é uma iniciativa já datada, considerando-se as dinâmicas de comunicação virtuais que já imperavam na sociedade quando da sua publicação.

Em relação às TIC, especialmente os Sistemas de Informação, a Lei 33/2011 dedica todo o nono capítulo, *Sistemas de Informação em Saúde Pública*³³, à normalização do funcionamento de tais ferramentas. Observa-se que, aqui, prevalece uma abordagem do uso dessas TIC em entendimento ampliado, não se resumindo apenas a uma única ferramenta (no caso, o Sistema de Informações Sanitárias, como

³¹ El conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

³² Comunicación en Salud Pública.

³³ Sistemas de Información en Salud Pública.

na Lei 16/2003), configurando-se como um marco normativo a ser considerado na implementação de novos sistemas telemáticos em saúde.

Esta Lei apresenta outro avanço na incorporação dos Sistemas de Gestão da Saúde Pública, à medida que, de forma a garantir a eficiência das TIC, institucionaliza procedimentos e estruturas que observam conceitos de centralidade na gestão contemporânea da Tecnologia da Informação. Em seu Artigo 40, determina que todos os Sistemas de Informação de Saúde Pública, ou cuja informação seja relevante na tomada de decisões nesta área, independentemente da sua propriedade, deverá integrar o Sistema de Informação em Saúde Pública, com vistas à garantia da convergência dos dados de diversos sistemas (ESPANHA, 2011).

A fim de garantir a compatibilidade e interoperabilidade dos Sistemas de Informações públicas, determina que serão cumpridas as disposições do Capítulo V da Lei 16/2003, o qual versa justamente sobre o SIS e a utilização de uma estrutura telemática comum às demais TIC da administração pública, conforme discutido anteriormente. Esta Lei também determina um conjunto mínimo de informações que devem integrar o Sistema de Informação em Saúde Pública, a saber: a) as estatísticas, registros e pesquisas que medem as condições da saúde: educação, situação social, situação do emprego, meios físico e ambiental, incluindo mudanças no clima, segurança, demografia, economia, serviços, recursos de saúde, presença de contaminantes na região e nos indivíduos e quaisquer outras variáveis que sejam indispensáveis ao conhecimento científico e às necessidades da Administração de Serviços de Saúde; b) as estatísticas, registros e pesquisas que mensuram a saúde, qualidade de vida e bem-estar da população; c) informações sobre políticas e ações de saúde pública em todas as áreas de atuação.

Em relação à definição dos indicadores e variáveis a serem sistematizados por esta TIC, o documento apenas afirma, no Artigo 40, parágrafo 4, que “*o Sistema de Informação de Saúde Pública será integrado por indicadores fundamentados, entre outros, nos critérios da Organização Mundial da Saúde e da União Europeia*” (ESPANHA, 2011, p. 19, grifos nossos, tradução nossa)³⁴ (, sem determinar quais marcos normativos deverão ser considerados nesta tarefa. Nesse sentido, entende-

³⁴ El sistema de información de salud pública estará integrado por indicadores basados, entre otros, en los criterios de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.

se que a legislação apresenta uma lacuna, uma vez que desconsidera a multiplicidade de padrões internacionais possíveis, seus objetivos específicos e mudanças ao longo do tempo, não estabelecendo claramente os parâmetros de construção dos indicadores. Dessa forma, a Lei deixa uma lacuna, permitindo que eventualmente o conjunto de variáveis seja definido com base em critérios já defasados ou pouco afins à realidade local.

Em seu Artigo 41, a Lei 33 (ESPANHA, 2011) assegura às autoridades sanitárias, o direito de requerer, aos serviços ou aos profissionais, a qualquer tempo, documentos, protocolos e informações de naturezas diversas, para fins de informação sanitária; para tanto, estão dispensados de obter o consentimento prévio dos indivíduos envolvidos para o manejo de dados pessoais relacionados à saúde, podendo inclusive cedê-los a outras administrações sanitárias, desde que sejam absolutamente indispensáveis à tomada de decisão em saúde pública.

O documento retoma a construção dos indicadores do Sistema de Informação em Saúde Pública em seu Artigo 42, ao definir que a responsabilidade pela definição do conjunto básico de dados e sua inclusão no Sistema cabe aos Conselhos Interterritoriais, considerando as condições e os requisitos estabelecidos, no já discutido Capítulo V da Lei 16 (ESPANHA, 2003), sobre o Sistema de Informação Sanitária. Assim, entende-se que a transferência da responsabilidade de definir quais informações serão processadas pelos Sistemas Locais para os Conselhos pode levar a assimetrias de informação entre as CCAA, tendo em vista que determinadas autonomias podem coletar dados específicos, e outras não, fragilizando as análises do contexto nacional.

Esta falta de parâmetros informacionais claros revela-se particularmente crítica quando se considera o avanço no entendimento da natureza das informações contidas nos sistemas apresentados por este documento em relação ao estabelecido na Lei 16 (ESPANHA, 2003), que ampliam o escopo de informações sanitárias a informações de saúde pública, aumentando, conseqüentemente, a complexidade e a abrangência dos dados a serem coletados.

3.3.4. Lei de Saúde da Galícia: Lei 08/2008

O marco legal da saúde pública da Galícia, observando as leis que estruturam o funcionamento e a gestão do Sistema Local de Saúde, apresenta largos hiatos temporais na promulgação de seus principais documentos. Entre 1989, com a criação do SERGAS pela Lei 01/1989, e 2003, com a publicação da Lei de Ordenamento Sanitário de Galícia, apenas leis de gestão setorial foram promulgadas, especialmente referentes aos recursos humanos, aos insumos farmacêuticos e às drogas. Apenas em 2008, 22 anos após a primeira Lei Geral de Saúde Nacional do período pós-redemocratização, a Autonomia Galega publicou a sua primeira Lei, com propósitos semelhantes.

No preâmbulo, o texto afirma que a regulação dos direitos de cidadania (dentre os quais é possível inferir que se inclua o acesso aos serviços) é um traço marcante da nova concepção de saúde, que se configura “como demanda legítima da atual sociedade galega” (GALICIA, 2008, p. 17, tradução nossa)³⁵ a ser considerada. As atividades de regulação voltam a surgir no Artigo 1º, o qual destaca que a Lei tem por objeto:

a regulação geral de todas as ações que permitem o direito constitucional à proteção da saúde no âmbito das competências atribuídas pelo Estatuto de Autonomia, [...] e a regulação do Sistema de Saúde Pública da Galícia, bem como os direitos e deveres sanitários da cidadania galega, bem como os instrumentos que garantem a sua realização (GALICIA, 2008, tradução nossa)³⁶

No âmbito desta pesquisa, essa Lei se destaca por ser o único documento revisado (entre nacionais e regionais) a incluir nominalmente as TIC em uma perspectiva dialógica, como ferramentas de interação entre usuários e governo. Em seu Artigo 9, parágrafo 6, afirma que o cidadão tem o “direito ao uso de novas Tecnologias de Informação e Comunicação para promover a interação eletrônica entre

³⁵ como demanda legítima de la actual sociedad gallega.

³⁶ La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia, el derecho constitucional a la protección de la salud en el marco de las competencias que le atribuye el Estatuto de autonomía, [...] y la regulación del Sistema Público de Salud de Galicia y de los derechos y deberes sanitarios de la ciudadanía gallega, así como de los instrumentos que garantizan su cumplimiento.

os cidadãos e o Sistema Público de Saúde” (GALICIA, 2008, tradução nossa)³⁷. Este entendimento antecede, inclusive, a Lei Geral de Saúde Pública (ESPANHA, 2011), que, conforme discutido anteriormente, não propõe a utilização dos Sistemas pelos usuários.

O *Capítulo III: Intervenciones públicas que garantem os direitos e deveres da cidadania*³⁸ propõem normatizar a regulação da CCAA sobre atividades públicas e privadas no âmbito dos serviços de saúde, ou com implicações para a saúde pública. O texto define o papel regulador da Autonomia Galega no que diz respeito ao trânsito de bens e produtos, publicidade e propaganda de produtos potencialmente prejudiciais à saúde, inspeção sanitária e outros processos administrativos, sem qualquer menção à regulação assistencial ou do acesso aos serviços. Nem mesmo o seu Artigo 34, que detalha as intervenções que poderão ser exercidas pelas autoridades sanitárias, inclui entre estas quaisquer tarefas em termos de regulação assistencial.

Nesse sentido, entende-se que a legislação apresenta uma lacuna, vez que as leis nacionais transferem para as CCAA a responsabilidade de definir aspectos regulatórios dos serviços de saúde, e a Lei de Saúde de Galícia é omissa em relação a esta determinação, afinal, a quem cabe o exercício do papel regulador do acesso à assistência?

O Artigo 12, que normatiza os direitos relacionados à prestação dos serviços, determina que o cidadão tem “o direito de obter uma garantia de atrasos máximos, de modo que certos serviços sanitários com financiamento público sejam oferecidos em prazos previamente definidos e conhecidos” (GALICIA, 2008, tradução nossa)³⁹. No entanto, não define onde nem como esses prazos são publicados. Assim, ainda que se verifique a obrigatoriedade da divulgação das listas de espera, a indefinição sobre a forma como esta publicação será realizada, somada à indefinição sobre o papel

³⁷ Derecho a la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación para potenciar la interacción electrónica entre la ciudadanía y el Sistema Público de Salud.

³⁸ Capítulo III: Las intervenciones públicas que garantizan los derechos y deberes de la ciudadanía.

³⁹ Derecho a obtener una garantía de demoras máximas, de modo que determinadas prestaciones sanitarias financiadas públicamente les sean dispensadas en unos plazos previamente definidos y conocidos.

regulador, cria uma lacuna legal na normatização dos serviços que se contrapõem à proposta de garantia de direitos e modernização da assistência prevista nos objetivos do documento.

Embora proponha em seus objetivos que a tecnologia ocupe posição de centralidade para a gestão dos serviços, o *Capítulo VIII: Sistema de Informação de Saúde e Avaliação do Sistema de Saúde da Galícia*⁴⁰ é bastante sucinto quanto à normatização do uso de TIC. Em seu Artigo 71, estabelece a criação do Sistema de Informação de Saúde da Galícia, com objetivos de “planejamento sanitário, verificação da conformidade do Estatuto do e da Paciente e avaliação do desempenho e da qualidade dos serviços de saúde” (GALICIA, 2008, tradução nossa)⁴¹. Ainda que este artigo faça referência ao Artigo 9 (supracitado), não determina que o Sistema de Informação de Saúde da Galícia deve se prestar, também, a fins de transparência e participação.

Mesmo no entendimento de que este documento antecede a Lei Geral de Saúde (ESPANHA, 2011), que determina que cabe às CCAA a definição dos indicadores dos Sistemas, verifica-se que também não há nenhuma discussão sobre este tema. Dessa forma, permanece na legislação regional a mesma lacuna presente nas leis nacionais, em relação à normatização da natureza e conteúdo dos dados e informações a serem coletados e sistematizados.

A presente Lei cria o Centro de Serviços de Tecnologias e Sistemas de Informação do Sistema Público da Galícia, como centro operativo da *Consellería de Sanidade*, que deve atuar em sinergia com outros serviços e centros de informação da *Xunta de Galicia*. Entende-se que esta iniciativa se propõe não só a institucionalizar uma estrutura de suporte ao desenvolvimento e uso das TIC, como também buscar a garantia da interoperabilidade e a convergência entre os sistemas de saúde pública e os demais Sistemas de Informações do governo.

Outro aspecto no qual se pode destacar o pioneirismo deste documento em relação às propostas do uso das TIC para mediação dos processos frente à legislação

⁴⁰ Capítulo VIII: Sistema de Información de Salud y evaluación del Sistema de Salud de Galicia.

⁴¹ Planificación sanitaria, la verificación del cumplimiento del Estatuto del y la paciente y la realización de la evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones sanitarias.

nacional está em seu Artigo 122, o qual determina que, em face do reconhecimento da “inescapável necessidade de incorporar os resultados do desenvolvimento tecnológico em benefício dos usuários e das usuárias e pacientes”⁴² (GALICIA, 2008, tradução nossa)⁴³, todo o pessoal envolvido nos serviços de saúde está obrigado a se adaptar e utilizar as novas tecnologias necessárias à prestação dos serviços. Para tanto, encarrega a administração sanitária de realizar ações formativas, com fins de capacitação dos servidores para o desempenho de suas funções mediante uso da tecnologia, não apenas no treinamento para o uso das novas TIC, mas também oferecendo atualizações para fortalecer a utilização das ferramentas já existentes.

Não foi possível analisar, no curto período de estágio, os valores e métodos de trabalho nos serviços de saúde; contudo, a análise documental das Leis, tanto no que se referem às legislações sanitárias da Espanha, desde a promulgação da Lei Geral de Saúde, como a Lei Sanitária da Galícia, permite concluir que, embora evocado em diversas partes dos textos, como um dos pilares da gestão do serviço público de saúde nas CCAA, o princípio da Transparência não é trabalhado nos documentos, que tampouco determina de qual(is) forma(s) esta será disponibilizada ao cidadão.

Embora a legislação sanitária aqui examinada determine que todas as ações da administração em serviços de saúde devam ser orientadas pela transparência, as Leis nas CCAA não a associa ao uso de TIC (embora preveja a interação usuário–governo como uma de suas finalidades básicas), nem indica quaisquer outros mecanismos institucionais para a publicação das informações de interesse público. Desse modo, considera-se que, nas CCAA espanholas e na Comunidade Autónoma da Galícia, tal lacuna fragiliza esse princípio da Administração Pública, à medida que, ao contrário das leis nacionais, não define os ganhos práticos dos usos das TIC, pois os marcos regulatórios são omissos sobre como os gestores da saúde devem lidar com a transparência nas ações gerenciais e nos usos dos Sistemas de Informações em Saúde. Assim sendo, entende-se que há liberdade no Sistema Local de Saúde para diferentes práticas.

⁴² A Lei denomina de usuários ou usuárias todo cidadão que usufrui dos serviços de saúde, de forma geral, e de pacientes aqueles usuários que estão sob acompanhamento médico para manutenção ou recuperação da saúde.

⁴³ Ineludible necesidad de incorporar los resultados del desarrollo tecnológico en beneficio de los usuarios y usuarias y pacientes.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo objetiva apresentar os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa. Para tanto, inicialmente descrevem-se o desenho do estudo, o lócus da pesquisa, os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados. Posteriormente, apresenta-se o plano de análise dos dados, o referencial que sustenta a sua análise e a discussão dos resultados à luz da Teoria Crítica da Tecnologia.

Em alinhamento ao percurso metodológico adotado por esta investigação, a pesquisa realizada na Espanha, viabilizada pela bolsa de Doutorado Sanduíche da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PDSE/CAPES), teve por objetivo tecer uma análise descritiva da incorporação de TIC à gestão dos hospitais públicos pela Administração Gerencial espanhola, buscando identificar pontos de similaridade e de divergência em relação ao cenário brasileiro. Para tanto, também se realizou pesquisa exploratória e de campo, com o suporte de informantes-chave.

4.1. DESENHO DO ESTUDO

Do ponto de vista do método, este é um trabalho de natureza teórico-empírica. Trata-se de uma discussão decorrente da análise da literatura, resultando no levantamento dos aspectos relevantes para o planejamento e a condução de uma pesquisa de campo, que nesta investigação se realizou por meio de estudo de caso. Esta abordagem foi utilizada uma vez que o que se busca é uma compreensão interpretativa da ação social que focalize estudos de instituições, grupos, movimentos sociais e conjuntos de interações pessoais (GOMES, R. et al., 2005).

O estudo de caso é uma abordagem de natureza empírica que investiga um determinado fenômeno, geralmente contemporâneo, em um contexto real da sociedade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o ambiente no qual está inserido não são claramente definidas. Trata-se de uma análise aprofundada de um ou mais objetos (casos), para que permita o seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2009). Seu objetivo é aprofundar o conhecimento acerca de um problema não

suficientemente definido (MATTAR, 1996), visando estimular a compreensão, sugerir hipóteses e questões ou desenvolver a teoria.

Conforme Yin (2010), os estudos de casos podem ser classificados em relação ao seu conteúdo e objetivo final (exploratórios, explanatórios ou descritivos) ou quantidade de casos (caso único ou casos múltiplos). A principal tendência em todos os tipos de estudo de caso é que estes tentam esclarecer o motivo pelo qual uma decisão ou um conjunto de decisões foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados alcançados.

Um estudo de caso único permite um maior aprofundamento na investigação, sendo frequentemente utilizado em pesquisas longitudinais. O estudo de caso baseado em pesquisa de campo em profundidade e/ou em análise documental tem a possibilidade de verificar áreas críticas dentro da organização a partir da interação social, dos processos históricos e das estruturas organizacionais (ROESCH, 1999).

Segundo Andrade (2008), é possível classificar o presente trabalho como estudo de caso único, do tipo caso-exemplo, uma vez que sua finalidade é ilustrar ou divulgar estratégias e práticas. Este tipo de estudo, além de permitir pesquisar em profundidade os fenômenos e processos no seu contexto, é especialmente adequado ao estudo de processos, com a habilidade específica de captar o desenvolvimento de processos sociais nas organizações, explorando o fenômeno sob vários ângulos (ANDRADE, 2008).

Para Stablein (2001), as representações de dados do tipo caso-exemplo estão entre as mais influentes no campo dos estudos organizacionais, uma vez que esses resultados despertam grande interesse por parte dos gestores das organizações, que os entendem como uma possibilidade de apreender as lições apresentadas para, de algum modo, aplicá-las ao cotidiano de suas próprias rotinas organizacionais.

Portanto, esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso único, do tipo caso-exemplo, com metodologia dedutiva e quali-quantitativa, de natureza exploratória e descritiva. Lakatos e Marconi (2001) afirmam que o método dedutivo objetiva esclarecer o conteúdo das premissas, conferindo-lhes a legitimidade para respaldar as conclusões ou para resguardá-las de que não recebam nenhum amparo das premissas.

O aspecto exploratório da pesquisa se deve à necessidade da construção de um referencial teórico conceitual, mediante levantamento bibliográfico e de material empírico relevante à familiarização do pesquisador com os objetos de estudo. Assim, a exploração do campo também é indispensável à construção do modelo de análise, bem como à definição do *locus* da pesquisa e dos sujeitos entrevistados.

A natureza descritiva da investigação apresenta-se ainda na formulação da questão norteadora, a qual remete à elaboração de uma análise detalhada sobre a observação do fenômeno no campo, sugerindo uma descrição das possibilidades e limites do emprego das TIC no ambiente estudado.

4.2. LÓCUS E AMOSTRA DA PESQUISA

Como *locus* de investigação, esta pesquisa destaca a Macrorregião Leste do estado da Bahia, cuja sede é a cidade de Salvador. A Macrorregião Leste é composta por quatro Microrregiões, cujos municípios sede são: Camaçari, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Salvador. A Macrorregião Leste foi selecionada para estudo por possuir a maior capacidade instalada de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do estado da Bahia (64%) e por sediar a capital do estado, Salvador, onde historicamente concentra-se a maior demanda por acesso a leitos de UTI.

Considera-se o universo deste estudo os 48 municípios que compõem a Macrorregião Leste. A amostra deste estudo é composta pelos municípios, classificados em: a) os que possuem hospital com UTI; b) os que possuem hospital sem UTI; e c) os que não possuem hospital. Nos seis municípios que possuem hospitais com UTI, foi selecionada uma amostra não aleatória de hospitais, considerando-se os seguintes critérios: a) Modelo de gestão; b) Número de leitos de UTI ofertados ao SUS; e c) Distribuição geográfica na Macrorregião Leste.

Dentre os 33 municípios que possuem hospitais sem UTI, selecionou-se uma amostra de conveniência, composta de cinco hospitais com modelos de gestão diferenciados, levando-se em conta a sua distribuição geográfica. Dos nove municípios que não possuem hospital, a amostra é de 100%.

O Quadro 4 caracteriza a amostra de Municípios/Hospitais abordados neste Estudo de Caso.

Quadro 4 — Caracterização da amostra de hospitais da Macrorregião Leste. BA, 2014.

MUNICÍPIOS QUE POSSUEM HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI			MUNICÍPIOS QUE POSSUEM HOSPITAIS SEM LEITOS DE UTI				MUNICÍPIOS SEM HOSPITAL
	Município	Modelo de Gestão		Município	Micro Região	Modelo de Gestão	
							Aratuípe
Hospital 1	Santo Antônio de Jesus	Adm. Direta	Hospital 11	Itaparica	Salvador	OS	Cabaceiras do Paraguaçu
Hospital 2	São Felix	Filantrópico					Dom Macedo
Hospital 3	Cruz das Almas	Adm. Direta	Hospital 12	Sapeaçu	Cruz das Almas	Adm. Direta	Governador Mangabeira
Hospital 4	Camaçari	Adm. Direta					
Hospital 5	Lauro de Freitas	Adm. Direta	Hospital 13	Conceição do Almeida	Santo Antônio de Jesus	Adm. Direta	Maragojipe
Hospital 6	Salvador	PPP					Muniz Ferreira
Hospital 7	Salvador	OS	Hospital 14	Amargosa	Santo Antônio de Jesus	Adm. Direta	Saubara
Hospital 8	Salvador	Filantrópico					Tancredo Neves
Hospital 9	Salvador	Adm. Direta	Hospital 15	São Miguel das Matas	Santo Antônio de Jesus	Privado (contratualizado com o Estado)	Varzedo
Hospital 10	Salvador	Adm. Direta					

Fonte: FAPESB (2017).

De forma a possibilitar um entendimento ainda mais fundamentado sobre o lócus do estudo, também compõem a amostra desta pesquisa a SESAB, as Secretarias de Saúde dos municípios pesquisados e a Central Estadual de Regulação (CER). A CER do foi implantada em fevereiro de 2003, como Projeto Piloto do Sistema Estadual de Urgências e Emergências, com o objetivo inicial de melhorar as emergências dos três hospitais gerais da rede própria, regular o paciente para os leitos do SUS nas unidades de retaguarda e garantir o acesso dos pacientes das Unidades de Pronto Atendimento.

A fase exploratória deste estudo no exterior se deu mediante pesquisa bibliográfica e documental, esta última materializada na revisão dos marcos legais da saúde pública na Espanha e na Galícia, bem como das principais normativas e tratados internacionais (dos quais a Espanha é signatária) que visam a orientação e normatização do uso de tecnologias na gestão dos serviços de saúde. Também durante esta fase, o pesquisador pôde participar de dois eventos técnico-científicos de grande porte⁴⁴, regionais, oportunidades nas quais foi possível ter acesso a informações fundamentais na compreensão do funcionamento da saúde pública na Galícia, os pontos críticos no serviço e as tendências em uso de TIC.

4.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos que compõem o grupo amostral, conforme item a seguir. Esta técnica de avaliação qualitativa se caracteriza por uma abordagem que combina perguntas abertas e fechadas, nas quais o entrevistado pode discorrer sobre o tema pesquisado sem se prender à indagação formulada (MINAYO et al., 2005). Cunha (2010) afirma que esta técnica possibilita respostas por meio de alternativas predefinidas, oferecendo flexibilidade ao investigador para seguir novas pistas que venham a surgir na retórica de seu interlocutor, sem se distanciar do conjunto de instruções relativas ao tema explorado.

Embora esta seja uma abordagem qualitativa, os instrumentos construídos para coleta de dados foram estruturados de forma a considerar um conjunto de informações de natureza quantitativa, relevantes ao melhor entendimento do campo. Da mesma forma, consideram-se as especificidades envolvidas nas relações dos distintos atores com os processos de regulação e seus reflexos na transparência.

Dessa forma, os instrumentos de coleta de dados adotados foram os roteiros de entrevista. Foram elaborados três roteiros distintos, tendo em vista a natureza do envolvimento do sujeito com os processos regulatórios: a) gestores públicos

⁴⁴ Os eventos em questão foram: 1) *Tecendo Marea: I Xornada de traballo sobre o sistema sanitario público galego*, promovido em 13 de maio de 2017 na Faculdade de Filosofia da Universidade de Santiago de Compostela pelo *EnMarea*, partido político então à frente da pasta da saúde na Galícia; e 2) *Health 2.0 Galicia*, promovido em 30 de maio de 2017 no Hospital Alvaro Cunqueiro, Vigo, pela organização internacional *Health 2.0*.

(secretários estadual e municipais); b) gestores hospitalares e profissionais da área médica; e c) profissionais da regulação.

4.4. SUJEITOS DA PESQUISA

Ao todo, foram entrevistados 56 sujeitos: secretário estadual de saúde da Bahia e os secretários de saúde dos municípios que compõem a amostra (21 sujeitos) e profissionais dos hospitais. Em cada hospital estudado foram entrevistados: a) os diretores clínicos; b) os coordenadores de UTI; e c) os técnicos de regulação (31 sujeitos). Na CER, foram entrevistados quatro sujeitos: a diretora geral do órgão, a coordenadora médica e dois técnicos.

A pesquisa de campo no exterior se deu mediante aplicação de entrevistas semiestruturadas a dois informantes-chave: o ex-subdiretor do Complexo Hospitalar de Vigo/SERGAS⁴⁵ (Informante 1), e a coordenadora da rede hospitalar da CCAA de Gran Canária (Informante 2), o que permitiu contato com as percepções acerca dos usos das TIC por gestores de hospitais em outra autonomia, em uma perspectiva comparada à Galícia. Os instrumentos de coleta de dados utilizados também foram os roteiros de entrevistas.

4.5. PLANO DE ANÁLISE

Os instrumentos de coleta de dados foram estruturados de forma a conjugar questões de natureza qualitativa e quantitativa, que guardavam entre si relações de complementaridade. O conteúdo quantitativo das respostas aferidas foi tabulado com o apoio do *software* SPSS, e submetido a análise por meio de estatística descritiva.

Em ambas as abordagens, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. As transcrições foram submetidas à Análise de Conteúdo, que se constitui em um conjunto de técnicas de apreciação das comunicações que visa obter, por

⁴⁵ À época da coleta de dados, este ator encontrava-se afastado do cargo em razão de ter sido indicado a ocupar cargo de gestão na UVIGO. No entanto, tendo em vista sua experiência de quase duas décadas na gestão de hospitais públicos de alta complexidade, os coorientadores da pesquisa no exterior decidiram por manter suas contribuições a esta investigação.

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam ao pesquisador inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010).

Desta forma, esta ferramenta se torna muito útil para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, uma vez que os fatos sociais podem causar uma sensação equivocada de compreensão espontânea. Nesse sentido, só é possível alcançar uma significação além do perceptível em uma leitura simples por meio do emprego de técnicas que viabilizem a descoberta de conteúdos e estruturas que deem um significado mais profundo à mensagem (BARDIN, 2010).

Em concordância com o modelo apresentado por Bardin (2010), esta pesquisa adotou as fases propostas pela autora para a análise de conteúdo, a saber:

- 1) Pré-análise: etapa cujo objetivo é organizar e planejar as ações iniciais que permitam a operacionalização da pesquisa, com o propósito de disciplinar seu desenvolvimento, sendo também a fase na qual o pesquisador necessita estar atento a novas proposições que poderão ser aproveitadas no andamento da análise. Bardin (2010) sugere também a construção de um *corpus*, que seria o conjunto de documentos a ser submetido à análise de conteúdo. No caso do presente estudo, o *corpus* é constituído pelas transcrições das entrevistas com os informantes-chave e sujeitos selecionados, bem como o escopo legal-documental revisado;
- 2) Exploração do material: compreende as operações de codificação do conteúdo, o que corresponde ao tratamento do material, agrupando as informações coletadas em categorias de análise. O trabalho de categorização é definido por Bardin (2010) como a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) de acordo com critérios previamente estabelecidos.

As categorias são definidas pela autora como classes semânticas, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse realizado em função de características comuns a esses elementos (BARDIN, 2010).

Segundo Bardin (2010), os critérios para categorização podem ser semânticos, congregando categorias temáticas; sintáticas, agrupando verbos e adjetivos; léxicos, classificando as palavras segundo seu sentido, aproximando os sinônimos e os significados próximos e expressivos, que visam reunir expressões associadas à emoção.

Em concordância com o modelo apresentado pela autora, revela-se mais produtora a escolha pela categorização semântica, devido ao caráter qualitativo dedutivo do estudo desenvolvido, já que o que se busca aqui é a compreensão dos fatores humanos, organizacionais e institucionais envolvidos no fenômeno. A codificação pode ser feita por vias distintas, a depender da natureza do documento primário. No caso desta pesquisa, é utilizada a codificação simples, uma vez que se trabalha com documentos estruturados.

Desse modo, alinhados ao objetivo geral e aos objetivos específicos desta pesquisa, os roteiros de entrevista foram concebidos de forma a identificar informações que permitam elucidar a pergunta norteadora e atingir os objetivos propostos, sendo os dados coletados agrupados conforme as categorias de análise ilustradas no Quadro 5.

Quadro 5 — Modelo de Análise I. Estudo Brasil.

(continua)

Conceito de Centralidade	Dimensão	Subdimensões	Categorias de Análise
TIC na Administração Gerencial Brasileira	Serviços Hospitalares / Terapia Intensiva	Barreiras de Acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Geográficas • Econômicas • Culturais • Funcionais
		Estratégias de Regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Governamental Burocrática ou Profissional • Governamental Negociada

Quadro 5 — Modelo de Análise I. Estudo Brasil.

(conclusão)

Conceito de Centralidade	Dimensão	Subdimensões	Categorias de Análise
TIC na Administração Gerencial Brasileira	Serviços Hospitalares / Terapia Intensiva	Estratégias de Regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Clientelística • Leiga
		Transparência	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade • Autenticidade • Integridade • Pertinência

Fonte: Elaboração própria (2015).

Conforme propõem Unglert, Rosenburg e Junqueira (1987), as barreiras de acesso foram categorizadas em: geográficas, econômicas, culturais e funcionais. As estratégias de regulação foram categorizadas como: governamental burocrática ou profissional, governamental negociada, clientelística e leiga (CECÍLIO et al., 2014). Os requisitos de transparência adotados são definidos pela Portaria nº 2.073 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), que regulamenta os padrões de informação para os SI no âmbito do SUS.

A abordagem de campo na Espanha, em razão da impossibilidade de observação do fenômeno por meio de unidades semelhantes (no caso, a mediação tecnológica na gestão de leitos de UTI), buscou verificar as possibilidades e os limites do uso de TIC nos serviços hospitalares em uma perspectiva ampliada e comparativa entre a teoria e a prática. O propósito estava em confrontar o que está posto pela bibliografia e marco legal junto à realidade operacional dos sistemas de saúde, de forma que fosse possível descrever como a Administração Gerencial espanhola se apropria das TIC nos serviços hospitalares e os reflexos desses usos no fortalecimento dos princípios gerenciais da regulação e da transparência.

Desse modo, construiu-se um segundo modelo de análise com vistas ao cumprimento de tais objetivos, apresentado no Quadro 6, a seguir:

Quadro 6 — Modelo de Análise II. Estudo Espanha

Conceito de Centralidade	Dimensão	Subdimensões	Categorias de Análise
TIC nos serviços hospitalares públicos da Espanha	Possibilidades	Teóricas	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade • Interoperabilidade • Integração dos processos assistenciais e administrativos • Regulação do acesso • Transparência
		Práticas	
	Limites	Teóricos	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto nos processos de trabalho • Segurança dos dados • Aspectos culturais • Aspectos financeiros
		Práticos	

Fonte: Elaboração própria (2017).

As categorias de análise destacadas emergem da pesquisa exploratória, estando amparadas em Aguiar e Mendes (2015, 2016); Chen e Lee (2014), Cook (2016) e Carnicero e Rojas (2012). Desse modo, entende-se que as abordagens aos informantes-chave permitiram um olhar abrangente o bastante para a compreensão do fenômeno em sua amplitude, sem prejuízo em relação aos temas de centralidade desta investigação.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa considerou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em saúde, conforme Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Desse modo, a coleta de dados para esta investigação foi autorizada mediante Parecer nº 666.477 do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (ANEXO 1), o qual autoriza a coleta de dados da pesquisa “Estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do estado da Bahia” e dos seus subprodutos, entre os quais esta Tese, conforme exposto anteriormente.

Durante a coleta de dados, a abordagem aos sujeitos começava pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) que, considerando os

princípios éticos, necessários ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos, objetivava esclarecer os indivíduos participantes que lhes estão garantidos e/ou acessíveis:

- O sigilo e o anonimato tanto dos sujeitos quanto dos hospitais;
- Os objetivos do trabalho;
- Os procedimentos, benefícios e ausência de riscos relacionados ao trabalho;
- O registro do áudio do encontro;
- O direito de desistir do consentimento e da participação a qualquer tempo, sem que isso acarrete em prejuízo de nenhuma espécie;
- O direito de acesso aos esclarecimentos necessários, bem como aos resultados finais da pesquisa; e
- O fato de que os dados obtidos pela pesquisa serão exclusivamente utilizados para fins deste estudo e serão guardados pelo pesquisador por cinco anos. Após este período serão destruídos.

Para o estudo de campo na Espanha, entende-se que esta pesquisa prescinde de autorização prévia por parte de instituições ligadas ao julgamento de aspectos éticos, considerando que esta foi realizada mediante utilização de informações já existentes e que não contempla dados de caráter pessoal dos respondentes, conforme determinação do Comitê Autônomo de Ética em Pesquisa da Galícia (SERGAS, 2017). Ainda assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi traduzido e lido para os informantes-chave, os quais confirmaram anuência perante os termos propostos.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo objetiva discutir os resultados do estudo empírico realizado na Macrorregião Leste do estado da Bahia sobre o processo de regulação de leitos públicos de alta complexidade como unidade de observação da utilização de TIC na Administração Gerencial brasileira. Inicialmente, apresentam-se a caracterização da amostra e as barreiras de acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Posteriormente, são identificadas as estratégias de regulação.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A descrição da amostra, no que diz respeito aos recursos humanos, refere-se à: formação, faixa etária, pós-graduação, tempo de formação e tempo de trabalho na regulação. No que diz respeito aos serviços, tratam-se de municípios que possuem hospitais e aqueles hospitais que possuem leitos de UTI.

Quanto à formação, **os gestores** são na sua maioria enfermeiros (28,6%) e médicos (19%), na faixa etária entre 41 a 52 anos (52,4%), que possuem especialização em gestão (54%) e entre 10 e 20 anos de formados (42,9%). Os **diretores e técnicos de hospitais** são predominantemente médicos (48,1%) e enfermeiros (37%), na faixa etária entre 48 a 58 anos (48,14%), com mais de 10 anos de formados (77,7%), com especialização em gestão (59,3%) e com tempo de gestão no SUS entre 5 e 10 anos (40,7%).

Em relação aos **médicos e técnicos de regulação**, estes são médicos (25%) e técnicos (75%). Destes, a maioria é enfermeiro (62,5%) e possui especialização (75%). Quanto à idade, têm entre 30 e 39 anos (50%); e quanto ao tempo de formação, entre 5 a 10 anos (50%). Quanto ao tempo de trabalho na regulação, possuem de 5 a 10 anos (62,5%). Observa-se que se trata de uma equipe relativamente jovem, predominando profissionais com até 10 anos de formado e com tempo de experiência em regulação entre 5 a 10 anos. Estes sujeitos, burocratas de médio escalão, apresentam formação compatível com a função e tempo de experiência na função.

Com relação aos serviços, existem hospitais em 58% dos municípios pesquisados, sendo que destes 31,6% possuem leitos de UTI, 21,1% possuem hospital sem UTI e 47,4% não possuem hospitais.

5.2. BARREIRAS DE ACESSO AOS LEITOS DE UTI

Acesso é definido como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certos (SCHOUT; CASTRO, 2012). Assim, acesso a leitos de UTI seria a capacidade, não da pessoa, mas de o sistema de saúde de ofertar o leito de UTI necessário àqueles cuja demanda é sempre referenciada por critérios médicos. Deste modo, não foram encontrados na Central de Regulação indicadores de avaliação acesso a leitos de UTI e tão pouco os seus usos.

Ainda que, nos últimos anos, tenha havido um aumento significativo do número de leitos de UTI disponíveis ao SUS nos municípios estudados, este ainda é considerado insuficiente para atender à demanda da população, cujo percentual de respostas correspondeu a 57,1% dos sujeitos entrevistados, o que reforça o déficit indicado pelos achados exploratórios iniciais. Além da oferta reduzida, o acesso dos usuários aos escassos leitos é considerado ruim ou péssimo por 42,9% dos gestores municipais. Entretanto, apesar deste percentual, 33,3% o consideram médio, e outros 23,8% o avaliam como bom. Para 40,7% dos médicos e técnicos dos hospitais da região, o acesso dos usuários a leitos de UTI é péssimo ou ruim, mediano para 37% e bom ou excelente para outros 22,2%. O acesso aos leitos recebeu a pior avaliação justamente entre os médicos e técnicos de regulação, os quais 75% o avaliaram como ruim ou péssimo, e 25% como bom.

Nas três categorias de entrevistados, observa-se um expressivo percentual que avalia o acesso dos usuários a leitos de UTI nos municípios como péssimo ou ruim, sendo que a avaliação negativa se revela mais exacerbada entre os técnicos da regulação. Contudo, para as três categorias, aproximadamente 25% dos entrevistados avaliam o acesso como bom ou excelente. Entende-se que este resultado, aparentemente contraditório, reflete os distintos portes dos municípios estudados, nos quais os entrevistados dos municípios de maior porte relataram uma facilidade

relativamente maior de alocação de pacientes em relação aos de menor porte. Possivelmente por possuírem uma visão holística do processo, os profissionais de regulação tenham emitido opiniões preponderantemente negativas, considerando as dificuldades gerais de alocação de pacientes na região aos leitos de UTI.

Foi solicitado aos entrevistados que enumerassem os fatores considerados mais importantes como indutores das dificuldades de acesso a leitos de UTI, por ordem de importância, sendo um para a menos importante e oito para a mais importante⁴⁶. Os escores foram agregados, permitindo observar quais fatores são mais e menos relevantes em cada grupo de respondentes.

Entre os gestores municipais, a necessidade de ampliação da oferta de leitos na Macrorregião Leste é indicada por 71,4% dos sujeitos como de fundamental importância para um acesso mais equitativo. Reforçando o peso do déficit de leitos de alta complexidade na região, 42,8% destes entrevistados afirmam que a oferta reduzida de leitos é fator de grande relevância para esta disparidade, enquanto outros 28,6% indicam que este seria um fator de média-alta relevância.

Um eventual uso indiscriminado de leitos por parte da população não parece ser um dificultador, tendo em vista que 33,3% dos sujeitos atribuíram a este fator uma importância média-baixa, e baixa para outros 28,6%. Assim, entende-se que as demandas por leitos de UTI são consideradas justas dentro dos parâmetros populacionais da região e que os gestores não entendem que haja desperdício deste recurso gerando um gargalo ao acesso. O descumprimento do pactuado na Programação Pactuada Integrada (PPI) revela-se uma categoria razoavelmente importante para este grupo, ao passo que 57,2% dos entrevistados atribuem a este fator uma importância de média-baixa a média-alta, e que para outros 23,8% este é um fator muito importante.

Quando se fala da oferta reduzida de leitos de UTI, 57,2% dos gestores participantes atribuíram importância de baixa a média-baixa. De forma semelhante, a respeito de uma possível demanda muito elevada da população do município por

⁴⁶ De forma a facilitar a apresentação dos resultados, esta pesquisa estabeleceu quatro categorias de avaliação assim representadas: Percepções avaliadas com notas 1 e 2 são consideradas de baixa importância, avaliações com notas 3 e 4 são de importância média-baixa, 5 e 6 de importância média-alta, e as de avaliação 7 e 8 são consideradas de grande importância.

leitos de UTI, 61,9% atribuíram importância de baixa a média-baixa, tornando ambos os fatores medianamente importantes. Fatores como a inexistência de leitos de UTI no município e ausência de comando único no sistema não foram considerados importantes pela ampla maioria dos gestores.

Para os diretores e médicos entrevistados cujos hospitais fizeram parte da amostra, a categoria mais relevante como dificuldade para o acesso a leitos de UTI também é a necessidade de mais leitos de UTI na Macrorregião Leste. Já a categoria que menos influencia o acesso, para esse grupo, é o descumprimento do pactuado na PPI. A Necessidade de mais leitos de UTI na Macrorregião Leste é de grande importância para 59,2% destes sujeitos, e considerada de importância média-alta para outros 22,2%. Desses sujeitos, 37% consideraram o descumprimento do pactuado na PPI como de importância baixa, e 33,3% como média-baixa. A demanda muito elevada população do município por leitos de UTI foi considerada muito importante para 44,4% dos sujeitos e de importância média-alta para outros 29,6%. A inexistência de leitos de UTI na sede do município teve uma pontuação baixa (44,4%), em igual razão aos que a consideram como de importância média-alta a alta (22,2% em ambos os casos), revelando mais uma vez a diversidade de entendimento entre os profissionais de municípios de distintos portes.

A oferta reduzida de leitos de UTI para o município foi avaliada como um fator muito importante para 44,4% e de importância média-alta para 25,9% dos profissionais. A ausência de comando único do Sistema de Saúde e o uso indiscriminado dos leitos pela população não são fatores entendidos como relevantes para os diretores e médicos entrevistados. Em síntese, para este grupo de sujeitos, as dificuldades/barreiras de acesso também estão na necessidade de mais leitos na Macrorregião Leste, na demanda muito elevada da população por leitos de UTI e na oferta reduzida de leitos de UTI, acompanhando o entendimento dos secretários de saúde dos municípios.

Entre os médicos e técnicos da regulação, a categoria mais relevante como dificuldade para o acesso a leitos de UTI, igualmente, é a necessidade de mais leitos na Macrorregião Leste. A categoria que menos influencia o acesso, para os reguladores, é a demanda muito elevada da população do município por leitos de UTI. A necessidade de mais leitos de UTI na Macrorregião Leste aparece como fator muito

importante para expressivos 75% dos sujeitos deste grupo. Outro fator indicado como relevante foi o descumprimento do pactuado na PPI, sendo este considerado como de importância média-alta para 25% dos respondentes, e de grande importância para outros 50%.

O uso indiscriminado de leitos de UTI foi considerado como de mediana relevância, concentrando 50% das percepções entre de média-baixa a média-alta importância. A inexistência de leitos de UTI na sede do município teve uma pontuação equitativa, apresentando 25% das percepções em cada categoria de avaliação (baixa, média-baixa, média-alta e alta). Os fatores considerados como de baixa importância para este grupo de entrevistados foram a demanda muito elevada da população do município por leitos de UTI (75%) e a ausência de comando único do Sistema de Saúde (62,5%). A oferta reduzida de leitos de UTI para o município concentrou 62,5% das percepções oscilando de baixa a média-baixa importância entre os reguladores.

A relação entre a categoria mais relevante e a menos relevante entre os gestores da saúde sugere o reconhecimento dos princípios de regionalização e hierarquização de serviços por parte desses atores. Uma vez que eles indicam a necessidade de ampliação da oferta de leitos na macrorregião de saúde, mas não necessariamente na sede do município, provavelmente por compreenderem que se trata de um serviço intensivo em tecnologia, necessitando agregar escala e escopo para sua implantação.

É curioso observar que os reguladores não destacaram como relevante a ausência de comando único do sistema de saúde. A duplicidade de gestão é uma característica político-administrativa do estado da Bahia, envolvendo a própria operacionalização das Centrais de Regulação e a rede de saúde — na qual existem unidades sob gestão de um ente cujo serviço é regulado por outro, a exemplo dos hospitais filantrópicos de Salvador, que são contratualizados com a Secretaria Municipal de Saúde, mas a regulação dos leitos é feita por meio da Central Estadual de Regulação da SESAB.

Observando conjuntamente os três grupos de entrevistados, chama a atenção o elevado número de sujeitos que atribuíram às redes de relacionamento pessoais dos médicos e gestores como fator determinante do acesso aos leitos de UTI

importância alta (33,3%) e média-alta (42,8%). Este é um achado de grande relevância, uma vez que as relações pessoais dos envolvidos não estão contempladas nos fluxos formais de regulação. Por esta razão, os entrevistados recorrem ao termo **Regulação Paralela** para denominar toda e qualquer regulação de leitos que se dê de forma extraoficial, ou seja, valendo-se das redes de contatos pessoais dos médicos e gestores e seus instrumentos pessoais de comunicação em detrimento dos canais e tecnologias oficiais de regulação normatizados pelo governo.

A comunicação entre as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde com a CER é entendida como: conflituosa e com interferência de terceiros para 42% dos entrevistados; clara, com interferência de terceiros para 28%; e clara e sem interferência de terceiros para 17% dos sujeitos. Assim, conforme apresentado anteriormente, é possível inferir que terceiros, efetivamente, interferem no processo regulatório, enfraquecendo os fluxos comunicacionais e plataformas tecnológicas institucionais.

No que se refere à forma como é processada a comunicação, 21% consideram que esta tem facilitado a busca por leitos de UTI, ao passo que 57% consideram que os processos comunicacionais e as ferramentas tecnológicas institucionais **dificultam** o trabalho de regulação. Entretanto, para os profissionais da CER, os processos comunicacionais e as ferramentas tecnológicas institucionais dificultam o trabalho de regulação (87%). Isso significa que os próprios profissionais da CER entendem os processos comunicacionais como dificultadores do seu trabalho, sem observar os determinantes das dificuldades.

As tecnologias de comunicação utilizadas e mais citadas foram o telefone, fax, e-mail e o Sistema de Informação oficial *SuremWeb*, revelando coexistência de meios analógicos e digitais nos processos comunicacionais. Entretanto, 43% dos entrevistados admitem o uso do aplicativo WhatsApp nos processos de comunicação para esta finalidade. A justificativa da celeridade proporcionada pelo WhatsApp foi apresentada por 100% dos gestores municipais.

A efetividade das ferramentas formais de regulação foi medida pelo Tempo Médio de Espera para transferência de um paciente para um leito de UTI e, no que se refere a este indicador, tem-se que é de até três dias (33%), podendo chegar a até

oito dias (25%). Isso revela a falta de efetividade das ferramentas tecnológicas na regulação de leitos de UTI e seus efeitos, pois tal demora pode levar o usuário a óbito, e o receio de perder o paciente é indicado como o determinante da busca de leitos por meios paralelos de regulação:

Muitas vezes, o médico tem medo de perder o paciente. Sabemos da dificuldade do acesso às vagas (em UTI) [...], mas o médico é treinado para salvar vidas. Acredito que esse seja o fator mais importante nessa discussão (regulação paralela), pois o processo é muito burocrático e demorado, então temos que usar de todas as formas possíveis para garantir a internação dos pacientes (Técnico de Regulação, Hospital 14).

Os relatos dão conta da existência de grupos neste aplicativo, nos quais gestores municipais e de hospitais trocam informações sobre pacientes e leitos disponíveis. Para uma das secretarias de saúde entrevistadas, “esta é a melhor ferramenta de regulação que existe”.

No que diz respeito ao principal veículo de informação utilizado por médicos e gestores para conhecimento sobre o uso dos leitos de UTI, tem-se o banco de dados da CER (81%). Do total de entrevistados, 73% afirmaram que o uso de TIC para fins de regulação facilita a comunicação, proporcionando agilidade ao processo. Entretanto, reconhece-se que as ferramentas tecnológicas institucionais apresentam baixa efetividade, uma vez que nem sempre os leitos disponíveis exibidos pelo *SuremWeb* estão, de fato, vagos. Esta assimetria se deve, de acordo com os entrevistados, ao fato de parte dos leitos serem regulados por meios paralelos, tendo a ocupação lançada no sistema apenas após a internação do paciente, o que leva a um viés nas informações, dificultando o processo regulatório institucional.

Quando questionados diretamente e por meio de pergunta aberta sobre as **dificuldades encontradas** para garantir que o paciente seja internado em UTI, os gestores relataram que as principais dificuldades para garantir este internamento estão relacionadas à: demanda de vaga/leito, ao transporte do paciente e às dificuldades em usar o sistema de Salvador, onde há mais hospitais, em razão da dificuldade de acesso à CER, conforme em:

A demanda é maior que a oferta, e falta gestão clínica (Secretário de Saúde W);

Dificuldade de comunicação é o principal. Não tem retorno da solicitação (feita à CER)” (Secretário de Saúde X);

Falta do leito, falta de algum equipamento ou serviço (Secretário de Saúde Y);

Insuficiência de leitos, o paciente costuma ficar mais tempo do que deveria (Secretário de Saúde F);

Comunicação difícil (relacional com a CER) (Secretário de Saúde J);

O baixo poder de resolução das unidades com UTI (Secretário de Saúde P).

Entre os diretores e médicos dos hospitais da região, as principais dificuldades para garantir que o paciente seja internado na UTI se referem à insuficiência de leitos (a frequência do termo “insuficiência de vagas” e sinônimos é de 62,9% nas falas deste grupo), à gestão inadequada de leitos e à fragilidade do processo regulatório, conforme constam os seguintes relatos:

Há uma dificuldade para colocar em funcionamento todos os leitos existentes, pois alguns dependem de reparos de terceiros e de recursos financeiros (Diretor Médico, Hospital 2);

Falta de leitos e de gestão da clínica (Técnico de Regulação, Hospital 8);

Perfil dos estabelecimentos restritivo, levando a uma barreira de acesso. A logística (transporte) é complicada, é difícil gerenciar UTI terrestre (Diretor Médico, Hospital 6);

Inexistência de vaga para algumas especialidades, ausência de recursos financeiros e quadro de profissionais reduzido (Coordenador de UTI, Hospital 2).

A insuficiência de vagas também é a dificuldade mais relatada entre os médicos e os técnicos da regulação para garantir que o paciente seja internado em leito de UTI. Além disso, os respondentes destacaram a dificuldade de comunicação com a unidade demandante, sobre o quadro do paciente, assimetrias informacionais e as limitações do perfil dos serviços disponíveis:

Falta de vaga e divergência entre perfil da vaga e perfil do paciente [...], dificuldade de comunicação entre destino e origem. Demanda interna dos grandes hospitais de referência (Técnica de Regulação, CER);

Diferença de informação nos relatórios para priorização (Coordenadora de Regulação, CER);

Informação inadequada das solicitações das unidades de leito de UTI com maior frequência de especialidade (Médica Reguladora, CER).

A interoperabilidade e o redesenho dos sistemas oficiais são indicados pelos sujeitos como alternativas ao cenário de fragmentação das informações e de utilização de tecnologias paralelas de regulação, conforme:

São muitos sistemas, e a estrutura [da secretaria] é pequena, uma só pessoa tem que dar conta de tudo; às vezes, o trabalho se perde mesmo [...] por isso o WhatsApp é mais fácil, ele acompanha a gente. Acho que você devia poder alimentar um sistema só com as todas as informações, facilitaria muito (Secretária de Saúde W).

Nem sempre o profissional tem intimidade com tecnologia [...] é necessário treinamento [...]. Às vezes o ambiente é complexo, talvez os sistemas pudessem ser mais simples, aproximaria esse profissional [...] eu acho que isso também favorece o uso de WhatsApp, que é uma coisa muito comum (Secretário de Saúde S).

Entretanto, ainda que com ampla adesão, existem gestores e profissionais de saúde que discordam dessa prática e são resistentes ao uso de tecnologias não oficiais. Para esses indivíduos, a regulação paralela penaliza o usuário e favorece a ocorrência de ações judiciais, conforme exemplificam:

É algo que não deveria acontecer [uso de WhatsApp]. Sou contra, não só porque trabalho na regulação, mas porque eu acho que isso acaba prejudicando os pacientes mais do que ajudando, já que existe um critério de priorização [...]. Então, pacientes que são mais crônicos ou que têm melhores perspectivas de cura acabam não se internando porque alguém furou a fila (Coordenadora de Regulação, CER).

Eu sei que é bem comum, mas nunca usei [WhatsApp]. Primeiro porque fere a ética médica [...], aí depois o sujeito não consegue vaga e acaba indo pra justiça. Como não sabe como funciona o sistema, muitas vezes acaba acionando o Hospital, o que nos causa todo um transtorno, porque, quando chega a liminar, a sentença do juiz é sempre “cumpra-se” [...] e você tem que criar uma vaga (Coordenador de UTI, Hospital 7).

Diante do exposto, é possível afirmar que a adoção de meios paralelos de regulação, notadamente representados pelo uso de uma TIC não oficial (WhatsApp), embora favoreça o acesso dos usuários aos escassos leitos de UTI, oferece risco ao processo institucional de regulação normatizado pelo SUS, à medida que possibilita que os leitos disponíveis sejam regulados por critérios clientelistas e fora do controle institucionalizado — a quem cabe a gestão dos leitos públicos de terapia intensiva. Desse modo, entende-se que a interação via WhatsApp para fins de regulação oferece tanto aspectos facilitadores quanto dificultadores (muitas vezes impeditivos) a este processo.

Embora reconheçam o uso em larga escala do WhatsApp, boa parte dos entrevistados (33,3%) afirma que as decisões sobre transferência de pacientes são comunicadas aos hospitais que os recebem preferencialmente por vias formais e com interferência da CER. Isso reforça a constatação de que os leitos regulados de forma paralela são lançados posteriormente nos sistemas oficiais, de forma a oficializar a

decisão direta dos médicos/gestores, em detrimento dos protocolos estabelecidos para priorização do acesso.

Apenas 23,8% dos sujeitos afirmam que tomam conhecimento sobre os leitos disponíveis por meio de consulta apenas à base de dados da CER. Dos entrevistados, 4,8% recorrem direto às redes de contatos via WhatsApp, enquanto outros 4,8% afirmam telefonar diretamente para conhecidos em outras unidades e solicitar uma vaga.

Na mesma proporção daqueles que afirmam utilizar somente os bancos de dados oficiais, destaca-se que, entre os resultados, outros 23,8% dos sujeitos afirmam se basear em informações vindas de familiares dos pacientes. Além disso, afirmam que estas são as principais fontes de informações sobre a disponibilidade dos leitos, o que coloca uma fonte informal de informação em paridade direta com o processo formal, indicando o baixo alcance e a desatualização das informações das bases de dados oficiais, permitindo que terceiros (alheios, na grande maioria dos casos, ao serviço assistencial) tenham acesso, eventualmente, mais efetivo às informações dos leitos do que os profissionais envolvidos no processo.

De forma a melhorar a comunicação entre as secretarias e unidades de saúde, mediada pelos meios institucionais da CER, os respondentes enumeram uma série de medidas a serem consideradas em um eventual redesenho do sistema. A maior parte delas diz respeito à qualidade das informações prestadas sobre o paciente e levanta aspectos relativos à operabilidade dos sistemas de informações e aspectos éticos na condução do processo.

As informações são falhas e falta transparência ao processo [de regulação] como um todo [...]. É necessário refinar os relatórios médicos, dar maiores informações sobre o quadro do paciente [...] o quadro clínico deve ser comunicado diretamente ao secretário de saúde para que ele possa saber o que fazer (Secretário de Saúde B).

É necessário transparência [...], ter consciência de que o leito é do SUS, ter honestidade na hora de informar onde estão as vagas [...]. Tomar consciência de que existe um processo e de que a vida das pessoas depende disso (Coordenador de UTI, Hospital 7).

Tem muita coisa *pra* melhorar [...], temos que treinar o pessoal sobre o processo de regulação, muitas vezes o técnico não conhece o sistema [de informação], não sabe nem qual [é] o hospital de referência [...]. Os sistemas são difíceis, não há pessoal qualificado nem treinamento, o WhatsApp acaba sendo a alternativa mais fácil. O diálogo já é difícil; se o sistema não ajudar, realmente não tem como evitar a regulação paralela (Secretário de Saúde Y).

Embora se reconheça a inovação representada pela CER e seu protagonismo nos processos regulatórios, são muitas as considerações dos sujeitos a respeito da gestão dos fluxos desenvolvida pelo órgão. Questionados se consideram a CER uma inovação, a maioria dos entrevistados respondeu positivamente (85,7%). Em suas justificativas, destacam-se:

Com a regulação minimizou-se as interferências, mas a estrutura está aquém do necessário. É difícil contatar a CER. Recursos tecnológicos e humanos são pobres [...]. A proposta de organização é uma inovação. O que deveria ser muito bom, mas a realidade é muito diferente. Não tem retorno (Coordenador de UTI, Hospital 5).

Maneira bem democrática de servir à população. Porém deve melhorar o processo para melhorar o acesso [aos leitos]. Da forma que está, restringe o acesso. Questões políticas interferem [...]. É um sistema integrado com parâmetros operacionais bem estabelecidos [...] tenta controlar melhor o acesso dos pacientes, apesar da oferta ser menor que a necessidade.

Novamente surgem o fisiologismo na alocação dos pacientes e as deficiências estruturais como empecilhos ao bom funcionamento da Central. Mesmo no entendimento da eficácia da iniciativa, entende-se que o processo acaba comprometido em razão não só das dificuldades já mencionadas, como também pela escassez de leitos e ambulância, conforme em:

Criou-se uma boa estrutura (CER), mas o número de leitos não acompanhou a evolução [...] então é uma boa ideia desperdiçada [...] porque não dá *pra* esperar, muitas vezes, [...] e existem muitas regulações dentro da regulação, você acha o leito e não tem ambulância pro traslado, aí você não consegue mobilizar [o transporte] e pode até perder a vaga, já aconteceu, porque leito de UTI não fica ocioso (Secretária de saúde X).

Às vezes se leva dias até achar um leito, mas o paciente tem que vir do interior do estado, e o município está sem ambulância [...] e não tem como deslocar uma unidade do SAMU [...] então o secretário do município pede ao município vizinho, ou a um deputado [...] muitas vezes acaba até levando para outra unidade [...]. E tudo isso enfraquece a continuidade do nosso trabalho (Coordenadora de Regulação, CER).

Estas falas revelam a fragilidade da integração entre os diversos tipos de regulação operados pela CER, ocasionada pela escassez de recursos operacionais. Observa-se mais uma vez que a interferência política atua negativamente no fortalecimento dos processos regulatórios institucionais e na efetividade dos serviços prestados.

Dentro deste cenário fragmentado, repleto de transversalidades e interferências diversas, observou-se que o desconhecimento do padrão de orientação

dos fluxos se constitui em mais um possível fator que contribui para a baixa efetividade da regulação oficial. Perguntados sobre a existência de um documento ou protocolo orientador do fluxo, 61,9% responderam não conhecer. Dentre os que responderam positivamente, nenhum entrevistado foi específico ao afirmar qual seria, em referências genéricas a fichas de encaminhamento médico e ao protocolo da CER.

Destaca-se, também, uma dificuldade na avaliação do acesso, uma vez que quase metade da amostra (42,8%) desconhece a existência de quaisquer indicadores de avaliação do acesso. Quando questionados sobre essa mensuração, as respostas foram pulverizadas, revelando que as medidas adotadas se resumem ao confronto de indicadores de qualidade hospitalar diversos (taxa de ocupação e permanência, etc.) com número de leitos disponíveis e também com o relatório médico.

No que se refere aos indicadores de Avaliação do Acesso a leitos de UTI, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) fixa normas de funcionamento das UTI, seguindo padrões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Contudo, no que se refere à avaliação, não define padrões, limitando-se a afirmar que: “o médico coordenador deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e qualidade do funcionamento da UTI, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade” (AMIB, 2009). No que se refere à Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, afirma que a avaliação deve considerar as disposições normativas da ANVISA, e no que diz respeito à investigação de surtos e eventos adversos, afirma que a UTI deve disponibilizar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores (AMIB, 2009).

Já que não foram verificados indicadores oficiais de avaliação do acesso estabelecidos e compartilhados entre os agentes do sistema, torna-se ainda mais difícil a tarefa de repensar as dificuldades e a busca de novas soluções aos gargalos identificados. Isso revela a fragilidade da capacidade de *feedback* do Sistema, comprometendo a avaliação constante indispensável à melhoria dos serviços.

Diante do exposto, e considerando as categorias de análise identificadas para fins desta pesquisa (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987), observa-se que **predominam as barreiras de acesso de natureza econômica**, representada pela escassez de recursos na rede, que leva à iniquidade na distribuição dos leitos; **bem**

como as funcionais, verificadas nas práticas de regulação paralela favorecidas pelas TIC não oficiais incorporadas ao processo de regulação — notadamente, o aplicativo WhatsApp.

5.3. ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO

Definem-se estratégias como a forma de executar uma política (MATUS, 1993). No caso em estudo, refere-se à implementação da política de regulação de leitos de UTI, nas perspectivas dos gestores da saúde, dos diretores e técnicos de hospitais, dos médicos e técnicos de regulação.

Para categorizar as estratégias, foram adaptados os regimes de regulação assistencial propostos por Cecílio et al. (2014) e sintetizados em: a) regulação governamental burocrática ou profissional, quando realizada por profissionais de saúde e caracterizada por se relacionar à organização da gestão e do processo regulatório; b) governamental negociada ou que segue regras flexíveis pactuadas entre os vários atores envolvidos no processo; c) clientelística, que é realizada por agentes políticos ou representantes de grupos de interesses, referem-se ao uso de recursos informais e até mesmo externos ao ato regulatório, como forma de dar celeridade ao processo. O acesso se dá por meio de contatos paralelos, sejam profissionais e/ou políticos; e d) regulação leiga é a realizada pelos usuários e familiares, por meio de recursos disponibilizados em diversos setores de produção de saúde, dentre as quais se incluem, para fins deste estudo, a judicialização e a interferência do Ministério Público.

Na perspectiva dos **gestores**, foram identificadas as seguintes estratégias de regulação para implementação da Política Pública:

Governamental burocrática ou profissional:

Diagnósticos com a quantidade dos usuários, relatórios médicos bem elaborados e atualização constante de dados dos pacientes para CER. Aguardar o retorno da CER. Começar a fazer avaliação e acompanhamento. Demanda oncológica se resolve dentro da rede (Regulador e Gestor Municipal/SSA, Secretário Município L/P).

Construção de mais unidades, aquisição de leitos do setor privado e filantrópico e definição do papel das unidades (Gestor Estadual 1 e 2).

Governamental negociada:

Buscamos manter uma comunicação permanente com o hospital ou referência. Solicitamos a construção de mais unidades, aquisição de leitos na rede privada e filantrópica, ampliação de leitos; definição de perfis das unidades. Levar a necessidade aos gestores superiores para ampliar a oferta, supervisão dos leitos, as unidades deveriam melhorar a gestão dos leitos nos hospitais da rede. Persistimos nas notificações junto à CER. Usamos o SAMU. Articulamos com colegas nos hospitais e atuamos junto a CER para informação e negociação. Temos facilidade de comunicação porque conhecemos o modo de pensar da regulação. Usamos a regulação do SAMU (Secretários Municípios C/H/M/O).

Existem muitas regulações dentro da regulação, você acha o leito e não tem ambulância para o traslado, aí você não consegue mobilizar [o transporte] e pode até perder a vaga, já aconteceu, porque leito de UTI não fica ocioso (Secretário Município P).

Leiga:

Rezar para se ter paciência. Em último caso, aconselha-se procurar o Ministério Público. A família é orientada a buscar em outro município ou busca algum contato. Aconselha-se a família ir para a mídia (Secretários Municípios A/G/P).

Clientelística:

Devem-se buscar contatos que ajudem na regulação; buscamos as queixas da população para intervir junto às instâncias de poder; fazemos contato com as pessoas próximas do serviço e pessoas conhecidas nos hospitais. Contato direto com a gestão do hospital do município XXZ. Fazemos pedidos políticos para deputados e usamos da amizade (Secretários Municípios B/D/E/F/H/I/J/N).

Dentre a estratégia governamental burocrática ou profissional, destaca-se a necessidade de começar a fazer avaliação e acompanhamento, o que significa o reconhecimento da ausência de controle. O uso da estratégia governamental negociada corresponde à resolução dos problemas de acesso decorrentes de: carência de infraestrutura física, equipamentos, recursos humanos e financeiros, relatadas pelos respondentes como necessidade de ampliação das vagas e contratação de profissionais, e melhoria da comunicação com a CER. Os gestores também utilizam as estratégias clientelística, inclusive fazendo “pedidos políticos para deputados” e sujeitando-se a todas as consequências decorrentes desta alternativa e leiga, aconselhando a família a procurar o Ministério Público e a mídia.

Estratégias de regulação para implementação da Política Pública nas perspectivas dos **diretores e técnicos dos hospitais**:

Governamental burocrática ou profissional:

Apenas usa o CER. A otimização dos leitos disponíveis, por meio da gestão de leitos, ou adaptação de outros leitos disponíveis na unidade. Comunicar a CER a necessidade dos leitos de retaguarda para viabilizar novas admissões. Gestão de leitos. Otimização dos leitos internos com controle total, do planejamento à previsão de alta e disponibilidade do leito (Diretor Hospital SSA1, Técnico Município F, Técnico Hospital SSA2, Médico Maternidade Município B).

É necessário transparência [...], ter consciência de que o leito é do SUS, ter honestidade na hora de informar onde estão as vagas [...]. Tomar consciência de que existe um processo e de que a vida das pessoas depende disso.

Governamental negociada:

A forma logística instituída criada pelo hospital transformando leitos em semi-intensivos. Articular transferência, permanência, maior agilidade na UTI e na disponibilização de leito. Internar pacientes em unidades de internação até o surgimento da vaga. Linha do cuidado ao paciente clínico com logística multiprofissional que define e discute a melhor estratégia para resolubilidade do quadro clínico do usuário. Proposta de reforma e de ampliação da área física. Contratação de mais profissionais. Tentamos internar paciente com o suporte até a vaga aparecer. Tentamos comunicação com a regulação. Buscar novos credenciamentos orientados ao atendimento. Com a regulação minimizou-se as interferências, mas a estrutura está aquém do necessário. É difícil contatar a CER. Recursos tecnológicos e humanos são pobres [...]. A proposta de organização é uma inovação. O que deveria ser muito bom, mas a realidade é muito diferente. Não tem retorno [...]. Enfermeiro de gestão de leitos para avaliação do uso dos leitos e regulação interna (Diretor Hospital Município F, Técnico Hospital Município D).

Clientelística:

Busca apoio do familiar para viabilizar algum acesso paralelo, através de algum paciente que trabalha em algum hospital ou de um político. Buscar leitos extraoficialmente (conhecidos em outros municípios). Ligar para o prefeito. Gestores (prefeitos) com busca de profissionais para secretaria de saúde com maior qualificação. Através de amizade e conhecidos (Diretor Hospital Município G/F, Técnico Hospital Município O).

Burlando o sistema de regulação. O *zap* [WhatsApp] é a melhor estratégia de regulação (Técnico Hospital Município D).

Leiga:

Buscar apoio do familiar para viabilizar algum acesso paralelo, através de alguém que trabalha em algum hospital ou de um político.

Observa-se que, nas perspectivas dos **diretores e técnicos dos hospitais**, embora predominem as estratégias governamental burocrática ou profissional e a

profissional negociada, as estratégias clientelística e leiga estão presentes nas suas falas. Destaca-se que, neste grupo de sujeitos, é a família que é orientada a agir de modo clientelístico, pois é ela quem deve procurar alguém que trabalha no hospital ou um político. Tal encaminhamento, além de burlar a política formulada, nega a saúde como dever do estado e direito do cidadão.

Os **diretores, médicos e técnicos dos hospitais** foram questionados sobre a estratégia de maior rapidez na transferência de um paciente para UTI, obtendo-se as seguintes respostas:

Clientelística:

Uma boa conversa com alguém da regulação resolve mais do que fax. Burlando o sistema da regulação (WhatsApp é a melhor ferramenta de regulação). Buscar leito extraoficialmente (pessoas conhecidas em outros municípios). Na CER é preciso contato com os colegas por telefone e com a própria Superintendência de Regulação. Telefonar para os contatos gestores de outras unidades. Contatar pessoas ou profissionais conhecidos nos hospitais de referência. Ligar para o prefeito. Se for de acordo com quadro clínico, não permite estratégias. Fator humano atrapalha. No Hospital XYZ eles precisam desocupar o leito porque é fim de “linha”, não há referência. Encaminhar de ambulância para ter maior rapidez e manter disponibilidade de transporte (Técnico Hospital Município O).

Governamental negociada:

Serviço Médico de Urgência (SAMU). Definir o perfil hospitalar. Contatar o enfermeiro de gestão de leitos para avaliação do uso dos leitos e regulação interna. Levar a necessidade aos gestores superiores para ampliar a oferta. Supervisionar os leitos. As unidades deveriam melhorar a gestão dos leitos nos hospitais da rede (Médico Maternidade Município B).

Governamental burocrática ou profissional:

Quantidade de informação nos relatórios. Empoderar a CER a valorizar o argumento técnico frente aos demais. Contatar diretamente o regulador médico. Solicitar a inserção da avaliação no primeiro atendimento. Fazer a gestão de leitos. Otimizar uso do leito. Trabalhar com indicadores de qualidade (Diretor Hospital SSA1).

Quando se refere à estratégia **de maior rapidez na transferência** de um paciente para UTI, observa-se que, nas perspectivas dos diretores e técnicos dos hospitais, predomina o uso de estratégias clientelísticas, destacando-se o uso do aplicativo WhatsApp. Sob o ponto de vista da Política de Regulação, esta ação se configura em uma regulação paralela e provoca vieses na priorização do acesso por

critérios técnicos, indicando o atendimento de interesses da burocracia de médio escalão. Há também o entendimento que esta estratégia traz consequências:

Eu sei que é bem comum, mas nunca usei [WhatsApp]. Primeiro porque fere a ética médica [...], depois porque se o sujeito não consegue vaga ele vai pra justiça. Como não sabe como funciona o sistema, muitas vezes acaba acionando o Hospital, o que nos causa transtorno porque quando chega a liminar, a sentença do juiz é sempre “cumpra-se” [...] e você tem que criar uma vaga (Coordenador de UTI, Hospital 7).

Estratégias de regulação para implementação da Política Pública nas perspectivas dos **médicos reguladores e técnicos da regulação**.

Governmental burocrática ou profissional:

Busca ativa e informação a CER sobre urgência e necessidades diárias. Coletar a maior quantidade de informações sobre o paciente para evitar recusas (o que acontece muito). Reformar e ampliar a área física, aquisição de recursos humanos (Técnico regulação Município I, Técnico de regulação hospital SSA1, Coordenação de regulação CER).

Governmental negociada:

Buscar formas de melhorar a comunicação. Comunicar a CER a necessidade dos leitos de retaguarda para viabilizar novas admissões. Cobrar e-mails diários sobre as vagas existentes e notificação destes hospitais. Orientar e fazer educação continuada com as unidades, melhorar diálogo e refinar a triagem (Técnico de regulação da CER, Médico regulador CER, Coordenação de regulação CER).

Clientelística:

Ligar para colegas insistindo e interferir junto à coordenação. Usar o contexto pessoal para evitar barreiras de comunicação. Recorrer aos parlamentares. Usar o conhecimento com o médico que trabalha na UTI, pois sempre se consegue vagas através de amizades (Técnico regulação município B, Técnico de regulação hospital SSA2).

Às vezes se leva dias até achar um leito, mas o paciente tem que vir do interior e o município está sem ambulância [...] e não tem como deslocar uma unidade do SAMU [...] então o secretário do município pede ao município vizinho, ou a um deputado [...] muitas vezes acaba até levando para outra unidade [...]. E tudo isso enfraquece a continuidade do nosso trabalho (Central de Regulação).

Leiga:

Solicitar que os familiares aluguem UTI móvel (Técnico de regulação do município B).

Observam-se que os **médicos reguladores e técnicos da regulação** destacam a necessidade da comunicação com a CER, mas também referem as

estratégias clientelística de implementação da Política de Regulação de leitos, embora estes profissionais não tenham contato direto com os usuários e familiares, vez que seu limite de atuação é na CER, sabem da influência que tem a relação de amizade com o médico que trabalha na UTI e também reconhecem que isso enfraquece o trabalho da CER. A estratégia leiga, orientando os familiares que aluguem UTI móvel, além de ferir os princípios da equidade e do acesso universal, presentes no SUS, não resolve o problema, pois assim como a transferência através Serviço Médico de Urgência (SAMU) este usuário continuará na fila de espera por leitos de UTI.

O uso de estratégias clientelísticas e leigas foi encontrado nos três grupos pesquisados. Isso indica que a implementação da Política de Regulação não ocorre como formulada, que não funciona como mecanismo de gestão criado para equacionar a diferença entre a demanda e a oferta por serviços de saúde, e que valores e interesses da burocracia de médio escalão interferem na implementação da política.

Conforme as normas de regulação assistencial, o médico regulador tem a prerrogativa de autoridade sanitária, com poder discricionário para indicar que o paciente será regulado para a unidade da rede com perfil para atender as suas necessidades. Contudo, este sujeito (principal), que deveria ter o poder de tomar a decisão com base nos critérios técnicos estabelecidos, recorre a outros atores para viabilizar o acesso aos leitos que deveriam estar à disposição da rede de saúde, podendo ser assim questionável a efetividade na implementação da Política de Regulação de leitos de UTI e em que medida atende aos seus objetivos.

Gestores, diretores e técnicos dos hospitais, médicos reguladores e técnicos da regulação consideram que o número de leitos de UTI é insuficiente para as necessidades da população da Macrorregião Leste, sendo o uso do aplicativo WhatsApp citado pelos diretores e técnicos dos hospitais e reconhecido pelos gestores como a estratégia de maior rapidez na transferência de um paciente para UTI.

Sob a égide do Estado Gerencial, a política de regulação vem sendo implementada no estado da Bahia mediante a adoção de estratégias governamentais profissionais e negociadas, mas sobretudo por estratégias clientelísticas e leigas de

regulação, configurando o que Castor (2004) denomina “jeitinho”, característico do Estado Burocrático Autoritário, mas que vem encontrando espaço no Estado Gerencial, inclusive utilizando-se das Tecnologias da Informação e Comunicação para dar agilidade por meio de práticas clientelísticas, mesmo que o que esteja em jogo seja a vida humana.

5.4. REGULAÇÃO CLIENTELÍSTICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA TRANSPARÊNCIA

Conforme já discutido, a transparência não era uma questão de centralidade na administração pública antes da adoção da abordagem gerencialista. Nesse sentido, entende-se que a preservação de práticas características do regime burocrático autoritário fragiliza este princípio, à medida que dificulta a livre circulação de informações e contribui negativamente para a efetividade das TIC criadas como propósito de, também, fortalecer a transparência na gestão dos serviços de saúde.

A regulação paralela é uma categoria de análise que surgiu espontaneamente durante a coleta de dados, não estando prevista inicialmente no escopo da pesquisa. Por essa razão, nem todos os atores entrevistados apresentaram um juízo de valor a respeito das implicações desta prática. As principais percepções vieram dos **médicos e técnicos reguladores**, que, por estarem mais próximos à ponta do serviço, sentem diretamente os impactos da indisponibilidade de leitos:

É muito complicado [regulação paralela] pois a gente fica sem saber se os leitos estão disponíveis ou não. Recebemos demandas de outros municípios com base nas informações do sistema [*SuremWeb*], às vezes a regulação autoriza o deslocamento do paciente, e quando chega aqui não tem a vaga [...] ou seja, o processo que por si já é muito delicado fica ainda mais difícil com essa falta de transparência [...] aí a família vai *pra* mídia ou *pra* justiça [...] e nós não temos culpa, pois foi o médico que regulou esse leito sem nosso conhecimento (Técnico Hospital Município D).

Isso de regular pelo WhatsApp é muito bom, nos ajuda muito a salvar vidas [...] mas a gente pensa que também dificulta pois o processo perde a transparência. Será que aquele paciente internado é realmente o que precisa mais do leito? [...] O que dizer *pras* outras famílias? Existe uma lista de espera, as pessoas (pacientes e familiares) sabem disso [...] por isso que vai todo mundo *pra* justiça (Técnico Hospital Município O).

Em uma primeira análise, evidencia-se que os sujeitos relacionam a perda de transparência no processo regulatório diretamente à judicialização do acesso aos leitos, considerando que a indisponibilidade de informações fidedignas sobre a ocupação gera transtornos operacionais nos serviços e desgastes emocionais nas famílias, favorecendo a ocorrência de ações judiciais.

Em relação à **disponibilidade** das informações, as percepções dos sujeitos indicam que a transparência é prejudicada, à medida que as informações deixam de estar disponíveis nos SI oficiais de regulação, prejudicando todo o sistema e ocasionando falhas na gestão:

A gente deixa de ter acesso às informações reais, e ficamos sem base para trabalhar. Quando as informações sobre os leitos deixam de estar disponíveis [...] isso causa um transtorno pois a gente acha que o município X tem vaga, quando na verdade não tem [...]. O sistema [*SuremWeb*] fica cheio de lacunas (Técnico de Regulação, CER).

Eu acho que a gente perde muito em transparência com isso de regular pelo WhatsApp, ou por qualquer outro meio paralelo que não os oficiais. A gente [CER] trabalha com uma base de dados, tem que ser assim para gerenciar leitos não só aqui [Salvador], mas em todo o estado [da Bahia]. Afinal, trata-se de recurso público [...] e quando não há informações disponíveis em tempo real, todo o sistema [de regulação] perde a razão de ser (Técnico de Regulação, CER).

Essas falas destacam que a transparência no processo regulatório é prejudicada pela regulação clientelística, à medida que as informações sobre o real estado de ocupação dos leitos na Rede deixam de estar disponíveis. Diante disso, entende-se que a **autenticidade** também é prejudicada, uma vez que se cria a falsa impressão que existem leitos vagos quando estes estão, de fato, ocupados.

A relação entre disponibilidade e autenticidade também é destaca em:

[a falta de autenticidade das informações] nos traz muitos problemas porque, ora, como planejar *pra* onde mandar os pacientes? Fora que existe a questão da especialidade dos leitos, o que restringe ainda mais determinadas tomadas de decisão, já que os leitos não são todos iguais [...] não posso mandar um [paciente] cardíaco para uma UTI onde não há acompanhamento adequado para essa especialidade [...] ou seja, sem as informações corretas, o trabalho de regulação se torna ainda mais difícil (Secretário de Saúde S).

Em um cenário de informações altamente enviesadas e fragmentadas, entende-se que a **integridade** também está comprometida, considerando que não há como confiar inteiramente no painel de leitos apresentado pelos SI. Da mesma forma,

a **pertinência** das informações também é questionável, à medida que a baixa confiabilidade pode induzir o regulador a erro:

Repito, sou contra (a regulação paralela). O gestor é responsável pelos leitos de sua unidade, tanto que somos acionados muitas vezes nas ações judiciais, mesmo não tendo a capacidade de “criar” leitos. O médico regula paralelamente, mas nós [gestores] é que temos que prestar contas à população sobre essas vagas (Diretor Hospital SSA2).

Nessa fala, o gestor em questão aborda a *accountability* inerente ao processo de gestão. Quanto menor for a transparência, maior a probabilidade de responsabilização pelo mau uso do recurso. Desse modo, o que se destaca é que a regulação clientelística, por meios extraoficiais, compromete diretamente o princípio da Transparência Pública no processo de gestão dos leitos de alta complexidade no estado da Bahia, já que todas as dimensões propostas pela Portaria nº 2.073 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), que regulamenta os padrões de informação para os SI no âmbito do SUS, se revelam comprometidas por tal prática.

5.5. TIC NA GESTÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS NA ESPANHA E NA GALÍCIA

O uso das TIC na Gestão em Serviços de Saúde no contexto da Administração Gerencial espanhola revela similaridades e assimetrias em relação ao Brasil. Mesmo na impossibilidade de um estudo comparativo, em razão da inexistência de uma unidade de análise equivalente, tais aspectos se destacam na discussão sobre como o sistema de saúde espanhol se apropria das TIC para a gestão dos processos hospitalares.

Partindo das categorias de análises propostas⁴⁷, o estudo empírico na Espanha teve o objetivo de identificar as possibilidades e os limites do uso das TIC nos serviços hospitalares espanhóis. Desse modo, aqui se apresentam e se discutem os resultados deste estudo.

⁴⁷ Interoperabilidade entre os Sistemas de Informação, impactos das TIC nos processos de trabalho, transparência, mudanças organizacionais no ambiente hospitalar em razão do uso de TIC, suficiência dos investimentos governamentais em TIC para aplacar as demandas em tecnologia apresentadas pelos serviços de saúde na atualidade, os impactos das TIC no trabalho gerencial em saúde, utilização compulsória de TIC nos processos gerenciais em saúde e incorporação das tecnologias

A abordagem aos informantes-chave revelou que as percepções destes sobre os temas investigados indicam quase sempre em direções opostas. A Informante B, médica que atua na gestão de uma rede hospitalar pública, apresenta entendimentos mais críticos e combativos, assumindo postura defensiva em relação aos interesses da categoria médica e destaca as percepções desse coletivo de sujeitos quanto ao manejo de TIC.

Possivelmente em razão da natureza do seu envolvimento com o processo gerencial hospitalar, na condição de gestor administrativo, o Informante A (administrador por formação) adota postura entusiasta em relação aos usos das TIC, em alinhamento à sua defesa das escolhas da administração pública, principalmente em termos das estratégias de adoção de tecnologias. Esse informante reconhece que a evolução tecnológica torna as TIC mais acessíveis a médicos, gestores e usuários no ambiente hospitalar, destacando os dispositivos móveis e os seus múltiplos usos possíveis:

Las tecnologías avanzan a un ritmo brutal [...] sistemas móviles, desde tabletas hasta a emplear, por ejemplo, los propios terminales en las habitaciones, que a veces hacen de televisión para los pacientes y a veces los propios equipos clínicos los utilizan tanto para absorber la información como para mecanizar un diagnóstico. Tú sabes que ahora, por ejemplo, casi toda la imagen radiológica es una imagen digital. No andan (los clínicos) con placas (de Rayo X). Están viendo la imagen en una pantalla y, al tiempo, en otra pantalla, están introduciendo información clínica⁴⁸ (Informante A).

Entende-se que o Informante A destaca que, na atualidade, as ferramentas tecnológicas adquiriram papel multifuncional em serviços de saúde, o que inclui a convergência de antigos processos de trabalho operados manualmente ou por meios analógicos. Para cumprir com seus objetivos organizacionais, o informante destaca a importância da **interoperabilidade** entre os muitos sistemas disponíveis hoje nos hospitais:

Todos los sistemas, necesariamente, de una manera o de otra, en diferentes ángulos de computación, tienen que estar establecidos, relacionados entre si. Es imprescindible que dialoguen [los sistemas] [...] Hay una gestión de agendas. En función de esas agendas, tú haces la consulta, el producto de

⁴⁸ “As tecnologias avançam em um ritmo brutal [...] sistemas móveis, desde *tablets* até o uso, por exemplo, dos próprios terminais nos quartos, que às vezes desservem como televisão para os pacientes e às vezes as próprias equipes clínicas os utilizam para recolher a informação e para mecanizar um diagnóstico. Você sabe que agora, por exemplo, quase toda a imagem radiológica é uma imagem digital. Eles não andam [os clínicos] com placas [de Raios X]. Eles estão vendo a imagem em uma tela e, ao mesmo tempo, em outra tela, eles estão digitando informações clínicas” (Informante A, –tradução nossa).

esa consulta puede determinarte que tienes que hacer una serie de pruebas complementarias [...] si hubo alguna de forma un producto de esas pruebas, usted tiene que venir a hacerse, digamos, una operación, [...] a partir de ahí tú tienes un ingreso hospitalario. Ese ingreso hospitalario dice que tú estás en una ubicación física en el hospital, en una habitación “X”, en la cama “Y”, y en esta ubicación física tú tienes que hacerte una limpieza, tienen que darte una comida, tienen que hacerte una manutención, tienen que darte toda medicación, o sea [...] todos los sistemas tienen que interactuar entre si. No son independientes necesariamente⁴⁹ (Informante A).

Nessa fala, o informante indica que o uso de determinadas ferramentas de Saúde 2.0 são de larga adesão nos hospitais galegos de grande porte. Editadas por diversos desenvolvedores, são baseadas em tecnologia GPS e localizam o paciente no interior do hospital, mapeando seus deslocamentos, associando ao perfil de usuário as informações sobre medicação, exames, dieta, higiene, dentre outras informações necessárias ao processo terapêutico. Dessa forma, destaca-se a percepção do informante sobre a interoperabilidade como fator fundamental ao bom funcionamento das TIC em saúde. Seguindo em sua fala, destaca outros aspectos relacionados à interoperabilidade que também geram efeitos na **integração dos processos administrativos e assistenciais**:

Si no hay esa relación [entre los sistemas], no hay forma de integrar [los procesos administrativos y asistenciales] [...]. Si el paciente está internado, además de saber cuál es su dieta y su medicación, el gestor necesita saber qué costos están asociados a ello. Hemos logrado llegar a esas relaciones, pero hay que dialogar con muchos sistemas y subsistemas [...] para conseguir esos datos. No sé si es posible desde el punto de vista de la estructura, pero lo ideal sería que hubiera un único gran sistema [...] para que no hubiera tantos sistemas pequeños que tienen que relacionarse entre sí (Informante A)⁵⁰.

⁴⁹ “Todos os sistemas, necessariamente, de uma forma ou de outra, em diferentes ângulos de computação, precisam ser estabelecidos, relacionados uns aos outros. É essencial que eles dialoguem [os sistemas] [...]. Existe uma gestão de agendas. Dependendo dessas agendas, você faz a consulta, o produto dessa consulta pode determinar que você tem que fazer uma série de testes complementares [...] se houver alguma forma de produto desses testes, você tem que vir a, digamos, fazer uma operação [...] de lá você tem uma internação hospitalar. Aquela internação hospitalar diz que você está em um local físico no hospital, em uma sala “X”, no leito “Y”, e neste local físico você tem que ser limpo, eles têm que te dar uma refeição, eles têm que fazer um acompanhamento, eles têm que lhe dar toda a medicação, ou seja, [...] todos os sistemas têm que interagir uns com os outros. Eles não são necessariamente independentes” (Informante A, tradução nossa).

⁵⁰ Se não há essa relação [entre os sistemas], não há como integrar [os processos administrativos e assistenciais] [...]. Se o paciente está internado, além de saber qual é a sua dieta e a sua medicação, o gestor precisa saber que custos estão associados a isso. Conseguimos chegar a essas relações, mas há que dialogar com muitos sistemas e subsistemas [...] para conseguir esses dados. Não sei se é possível do ponto de vista da estrutura, mas o ideal seria que tivéssemos um único grande sistema [...] para que não precisasse haver tantos sistemas pequenos que têm que se relacionar entre si” (Informante A, tradução nossa).

A respeito da **transparência**, o Informante A destaca:

es que al día de hoy el concepto de transparencia es un derecho del ciudadano, lógicamente. Y por otra parte, la única forma de hacer efectivo ese derecho en acceso público a la información y a la transparencia es la posibilidad de establecer un repositorio donde no solamente existan datos, sino que además tú puedas obtener esos datos en un código abierto, algo que te permita no solamente acceder a ellos, si no si llega el caso tratarlos (Informante A)⁵¹.

No entanto, o informante não foi capaz de enumerar iniciativas e ferramentas de transparência no âmbito da gestão dos hospitais públicos galegos, nem como funcionam os mecanismos de coleta dessas informações: se a interoperabilidade chega a essas ferramentas ou se tais informações são alimentadas em separado. Assim, entende-se que embora de reconhecida importância, a mediação tecnológica dos processos de transparência não é uma pauta de centralidade para esse gestor. Desse modo, se reforça a lacuna identificada na revisão do marco legal a respeito dos mecanismos de transparência operados pelas Autonomias no setor saúde espanhol.

Em relação aos **impactos das TIC nos processos de trabalho**, o informante A pondera que:

El principal [impacto] negativo es que nos volvemos en una organización totalmente dependiente de ese entorno de trabajo [tecnología]. [...] Existen procedimientos normalizados de trabajo. Existen estructuras que, aunque sean flexibles, te obligan a tener que seguir los procedimientos establecidos. [...] la ventaja es que, si está bien formulado el desarrollo de un modelo de TIC, [...] tienes muchas capacidades de poder mejorar, completar, avanzar [el proceso de trabajo]. Entonces, el concepto, para mí, del impacto más positivo [...] es un modelo muy normalizado de gestión de trabajo. Un modelo controlable. No hay, digamos, puntos ciegos, no hay puntos oscuros. [...]. Consecuentemente, se puede utilizar como *inputs* [los resultados del control] para una mejora del sistema en su globalidad (Informante A)⁵².

⁵¹ “é que hoje o conceito de transparência é um direito do cidadão, logicamente. E, por outro lado, a única maneira de tornar esse direito efetivo no acesso público à informação e transparência é a possibilidade de estabelecer um repositório onde não apenas os dados existam, mas onde você também pode obter esses dados em uma fonte aberta, algo que permita não só acessá-los, mas também, se for o caso, vir a tratá-los” (Informante A, tradução nossa).

⁵² “O principal [impacto] negativo é que nos tornamos uma organização totalmente dependente desse ambiente de trabalho [tecnologia] [...]. Existem procedimentos de trabalho padronizados. Existem estruturas que, embora flexíveis, forçam você a seguir os procedimentos estabelecidos. [...] a vantagem é que, se o desenvolvimento de um modelo de TIC for bem formulado, [...] você tem muitas capacidades para poder melhorar, completar, avançar [o processo de trabalho]. Então, o conceito, para mim, do impacto mais [...] positivo é um modelo muito padronizado de gerenciamento de trabalho. Um modelo controlável. Não há, digamos, pontos cegos, não há pontos escuros. [...] Como resultado inputs (os resultados do controle) podem ser usados para uma melhoria do sistema como um todo” (Informante A, tradução nossa).

O informante indica que a dependência tecnológica e a obrigatoriedade do uso dos sistemas são impactos negativos. Em outra perspectiva, tem-se que a padronização e o controle dos processos são impactos positivos, o que fortalece o entendimento do informante de que, por meio das TIC, é possível acompanhar e controlar os processos de trabalho de forma mais ágil, gerando conveniências para o gestor e contribuindo para a melhoria contínua dos sistemas por meio da aferição dos resultados de uso.

Questionado sobre as **mudanças organizacionais** no ambiente hospitalar em razão do uso de TIC, o informante afirma que:

Los hospitales en lo entorno en que vivo yo [hospitales públicos] son muy jerarquizados. Entonces, consecuentemente, se llama jerarquizado porque además viene de lo que fuera un modelo de conformación, de un modelo de seguridad social [...] realmente ya eran organizaciones muy estructuradas, donde tienes un ciclo de distribución muy corto y un nivel de demanda elevado [...]. Necesariamente, tienes que ordenar los procedimientos de trabajo. Sino es imposible prestar una asistencia mínimamente en condiciones lógicas de garantía de calidad. Lógicamente, los cambios son excepcionales. [...] tienes un mayor rigor y más control en los procedimientos de trabajo, y un cambio de soporte en el modelo en que los ejecutas. Dejas de utilizar un bolígrafo, dejas de utilizar un papel, dejas de utilizar una serie de formularios físicos y pasa a se emplear unos formularios electrónicos, que te obligan a disponer de esos medios (Informante A)⁵³.

Mais uma vez o informante enuncia o rigor e o controle como aspectos positivos, considerando que associa o ordenamento dos processos de trabalho por meio das TIC à garantia de qualidade do serviço prestado. O informante indica a mudança do suporte físico para o digital como determinante da mudança organizacional, à medida que não só o processo em si é alterado, mas que tais alterações demandam a introdução compulsória de tecnologia no ambiente de trabalho.

Em relação à **suficiência dos investimentos governamentais em TIC para atender às demandas em tecnologia apresentadas pelos serviços de saúde na**

⁵³ “Os hospitais no ambiente em que eu vivo [hospitais públicos] são muito hierarquizados. Então, consecuentemente, é chamado de hierárquico porque também vem do que era um modelo de conformação, de um modelo de segurança social [...] na verdade eles já eram organizações muito estruturadas, onde você tem um ciclo de distribuição muito curto e um alto nível de demanda [...]. Necesariamente, você precisa ordenar os procedimentos de trabalho. Senão, é impossível fornecer assistência em condições mínimamente lógicas de garantia de qualidade. Logicamente, as mudanças são excepcionais. [...] você tem maior rigor e mais controle nos procedimentos de trabalho, e uma mudança de suporte no modelo em que você os executa. Você para de usar uma caneta, para de usar um papel, para de usar uma série de formulários físicos e passa a utilizar formulários eletrônicos, o que o forçará a dispor desses meios” (Informante A, tradução nossa).

atualidade, o informante relatou que existem investimentos pesados em tecnologia, embora não soubesse precisar quanto se investe em média, por ano, em TIC em saúde na Galícia:

sobre todo hay un impacto brutal de inversión en todas estas nuevas tecnologías [...] los cambios que tuvimos que hacer de servidores cuando empezamos a hablar de almacenar *teras*⁵⁴, por cosas como imagen radiológica o imagen diagnóstica en general, fueron brutales (Informante A)⁵⁵.

Da mesma forma, o informante indica a existência de limites orçamentários a serem observados, bem como impeditivos a maiores investimentos em tecnologias, levando a crer que tais investimentos massivos ocorrem apenas em ocasiões pontuais, não sendo uma constante, nem havendo um planejamento de investimento em TIC no setor saúde:

En el nivel de demanda, en muchos sectores, incluido el de salud, es siempre superior al nivel de oferta [de TIC] que se pueda realizar. Entonces, no es posible [mayores inversiones], además, las propias dinámicas del mercado son perversas [...] porque tú tienes que jugar a una cosa que se llama **equidad**. La equidad necesariamente implica que tiene que renunciar a ciertas cuestiones, como, por ejemplo, ciertas tecnologías [...] porqué por mucha inversión que realices, nunca vas a poder tener de todo lo que hay de más moderno, hasta porqué eso se cambia todos los días [...] es imposible financiar. [...] más que en cualquier otro sector, [en la salud] hay un nivel de demanda industrial elevadísimo. Hay ahí un proceso de demanda inducida brutal [...], y a eso es imposible darle la respuesta, no hay supuesto que resista a eso (Informante A)⁵⁶.

O informante destaca em sua fala a existência de pressões por parte do setor industrial para a aquisição de novas tecnologias pela administração pública. Essa chamada “demanda induzida”, de acordo com o informante, seria impossível de financiar com o orçamento disponível, e parece estar ligada à obsolescência

⁵⁴ Referência a *Terabyte*, unidade de medida de armazenamento digital equivalente a 1000 *Gigabytes*.

⁵⁵ “Acima de tudo, há um impacto brutal de investimento em todas essas novas tecnologias [...] as mudanças que tivemos que fazer dos servidores quando começamos a falar sobre armazenamento de *teras*, para coisas como imagem radiológica ou imagem de diagnóstico em geral, eram brutais” (Informante A, tradução nossa).

⁵⁶ “O nível da demanda, em muitos setores, incluindo a saúde, é sempre superior ao nível de oferta [das TIC] que pode ser alcançado. Então, não é possível [maiores investimentos], além disso, a própria dinâmica do mercado é perversa [...] porque você tem que jogar com uma coisa chamada **equidade**. Equidade implica necessariamente que você tem que desistir de certas questões, como, por exemplo, certas tecnologias [...] porque, não importa quanto investimento você faça, você nunca será capaz de ter tudo o que é mais moderno, até porque isso muda todos os dias [...] é impossível financiar. [...] mais do que em qualquer outro setor, [em saúde] há um nível muito alto de demanda industrial. Existe um processo de demanda induzida brutal [...], e a isso é impossível dar resposta, não há orçamento que resista a isso” (Informante A, tradução nossa).

presumida das TIC, o que leva à manutenção de um ciclo de consumo orientado à renovação tecnológica periódica dos serviços do governo, insustentável do ponto de vista financeiro. Questionado sobre quais são os principais grupos de pressão e de que forma agem sobre o governo, o Informante A não os identificou, mencionando apenas que se trata de “los desarrolladores de TI, las empresas multinacionales de equipos médicos, la industria farmacéutica [...] toda la industria de la salud”⁵⁷.

Retomando o raciocínio sobre **os impactos das TIC no trabalho gerencial em saúde**, o informante pondera assim:

Pero, por lo demás, no ha habido grandes cambios como tal en el procedimiento [gerencial]. Se eliminó mucha burocracia, y se ha conseguido, digamos, un mayor grado de ser autodidactas [...] Entonces, consigues organizaciones teóricamente donde el trabajador aporta mayor valor añadido, pues tiene que aprender a lidiar con mucha tecnología en su trabajo (Informante A)⁵⁸.

Nessa fala, o informante destaca que o investimento em tecnologia talvez não se estenda às iniciativas de sensibilização e treinamento, revelando o autodidatismo como característica do trabalho com TIC. Perguntado sobre a **estratégia de incorporação das tecnologias** aos serviços, o informante indica predominância de uma abordagem *top-down*:

es verticalizada [la estrategia]. El jefe del servicio recibe un comunicado de la *Conselleria* o de quien sea en la jerarquía, comunicando la implantación del sistema “X” a partir de dicha fecha, informando el objetivo del sistema y otras cosas [...] si hay entrenamiento, también ya se indica cuál es el empleado que lo recibirá, día y hora y la liberación de la carga horaria [...]. Usted tiene que cumplir [...] pues a partir de allí se cambia ese proceso [de trabajo] y usted tiene que adecuarse [...]. Casi siempre hay entrenamiento (Informante A)⁵⁹.

[...] [la implantación de TIC] choca con una cultura [...]. Porque, al final, todo eso lo está, de alguna forma, introduciendo en una sociedad que a lo mejor no está habituada al cambio. Tenemos que entender que en el modelo de

⁵⁷ “Desenvolvedores de TI, empresas multinacionais de equipamentos médicos, indústria farmacêutica [...] toda a indústria da saúde” (TAInformante A, tradução nossa).

⁵⁸ “Mas, para o resto, não houve grandes mudanças como tal no procedimento [gerencial]. Muita burocracia foi eliminada, e conseguimos, digamos, um grau maior de ser autodidatismo [...]. Então, você tem, teoricamente organizações, onde o trabalhador aporta maior valor agregado, porque ele tem que aprender a lidar com muita tecnologia em seu trabalho” (Informante A, tradução nossa)

⁵⁹ “É verticalizada [a estratégia]. O chefe do serviço recebe um comunicado da *Consellería*, ou de quem quer que seja na hierarquia, comunicando a implementação do sistema “X” a partir de determinada data, informando o objetivo do sistema e outras coisas [...] se houver treinamento, o funcionário que o receberá também é indicado, dia e hora, e a liberação da carga horária [...]. Você tem que cumprir [...] pois a partir de então esse processo [de trabalho] é alterado e você tem que se adaptar [...]. Quase sempre há treinamento” (Informante A, tradução nossa).

prestación de servicios de salud, fundamentalmente, hay una población muy mayor [trabajadores de la salud en general]. Tenemos un problema con los no nativos digitales [médicos mayores] Las personas de una cierta edad tienen dificultades para interactuar. Pero que quiero decir, todo se va adaptando. [...]. Entonces, yo creo que es un cambio tecnológico que se va dando en la sociedad (Informante A)⁶⁰.

Coadunando a literatura, o informante destaca a dificuldade de absorção da inovação tecnológica por profissionais de mais idade como um dificultador. No entanto, destaca também que o perfil da atividade hospitalar, intensiva em inovação, contribui positivamente para a incorporação tecnológica nos processos de gestão, tendo em vista que todo o ambiente é permeado pela inovação e pela tecnologia:

[hospitales] no son organizaciones antiguas, son organizaciones que han cambiado una barbaridad en un muy corto periodo de tiempo. Entonces, yo creo que realmente la gama de personal que trabaja en una organización sanitaria de estas características [...] no es una pirámide tradicional, con muy poquita gente de buena cualificación, en la cúspide. No, no. Esto [el hospital moderno] es una organización muy achatada, donde hay realmente el acceso a la información y el modelo de gestión tecnológica es muy habitual [...] yo creo que **no es resistencia al cambio**, porque al final todos hemos incorporando las diferentes herramientas tecnológicas [...], **yo creo que es una dificultad de habituarse** a lo nuevo, al cambio, que poco a poco va siendo quebrada [...] y creo que es un sector [salud] además, en si mismo, muy proactivo y muy proclive a este tipo de cosas, independiente que todos nos quejamos por todo (Informante A)⁶¹.

Desse modo, tem-se que, mesmo com dificuldades, as TIC acabam sempre incorporadas nas rotinas de trabalho, possivelmente dada a verticalização da tomada de decisão sobre o uso das ferramentas. Questionado, o informante não formulou juízo de valor a respeito de eventuais impactos de tal **utilização compulsória de TIC**

⁶⁰ “[A implantação das TIC] entra em choque [com uma cultura [...]]. Porque, no final, tudo isso está, de alguma forma, sendo introduzido em uma sociedade que talvez não esteja acostumada à mudança. Temos que entender que, no modelo de prestação de serviços de saúde, fundamentalmente, existe uma população muito mais velha [trabalhadores de saúde em geral]. Temos um problema com não-nativos digitais (médicos mais velhos). Pessoas de certa idade têm dificuldade em interagir. Mas o que eu quero dizer é que tudo está se adaptando. [...]. Então, eu acho que é uma mudança tecnológica que está ocorrendo na sociedade” (Informante A, tradução nossa)

⁶¹ “[Hospitais] não são organizações antigas, são organizações que mudaram muito em um período muito curto de tempo. Então, eu acredito que a gama de pessoal trabalhando em uma organização de saúde com essas características [...] não é uma pirâmide tradicional, com muitas poucas pessoas de boa qualificação no topo. Não, não. Essa [o hospital moderno] é uma organização muito horizontalizada, onde realmente existe acesso à informação e o modelo de gestão tecnológica é muito comum [...] eu acho que não é **resistência à mudança**, porque no final todos nós incorporamos as diferentes ferramentas tecnológicas [...], acho que é uma **dificuldade de se acostumar** com o novo, com a mudança, que está gradativamente sendo quebrada [...] e acho que é um setor [saúde] também, em si, muito proativo e muito propício para esse tipo de coisa, independente de todos reclamarmos de tudo” (Informante A, tradução nossa).

nos processos gerenciais em saúde, visto que a literatura nesses casos observa perda de efetividade das TIC em suas finalidades.

Ainda nesse tema, o informante destaca que aspectos culturais locais também podem influenciar positivamente o uso de tecnologias nos hospitais da cidade de Vigo, os quais o informante gerenciava:

Además, es que las personas que están en esas organizaciones sanitarias en Vigo [...] Vigo es una ciudad muy singular. A lo mejor, no es reflejo de todo lo que es la cultura dicha “normal” en Galicia. Vigo es una ciudad de servicios, es una ciudad combativa, es una ciudad industrial, una ciudad muy trabajadora. Entonces, de una manera también, digamos, es una ciudad muy orientada hacia la tecnología [...] y eso al final se acaba trasladando también al modelo organizativo. Yo sobre todo conozco Vigo. Toda mi vida profesional ha sido en Vigo. Y ese sentir yo lo aprecio incluso en otros sectores de la actividad, tanto en el ámbito privado como en el ámbito público en otras administraciones (Informante A)⁶².

Nesse sentido, deduz-se que, especificamente na cidade de Vigo, por seu perfil de vanguarda, os funcionários da saúde pública têm maior afinidade às TIC, o que pode não se verificar em outras regiões da Galícia, que é entendida como uma região eminentemente agrícola e menos industrializada do que outras CCAA. Assim, tais trabalhadores teriam atributos profissionais diferenciados, o que faria com que a mediação tecnológica dos processos gerenciais em saúde fosse melhor operacionalizada nessa região do país.

Portanto, o que se apreende das falas do Informante A é que, em sua experiência, as TIC cumprem seu papel gerencial de eliminar a burocracia nos processos de trabalho, resultando em melhorias diretas na qualidade da assistência à saúde. As tecnologias, embora enfrentem dificuldades de adaptação por parte dos usuários, são entendidas como ferramentas de grande valor, à medida que ordenam os processos e permitem ao gestor maior controle das atividades produtivas, fortalecendo a avaliação. No entanto, os altos custos atrelados à atualização em TIC são entendidos como dificultadores, ao passo que podem inviabilizar a atualização

⁶² “También, as pessoas que estão nestas organizações de saúde em Vigo [...] Vigo é uma cidade única. Na melhor das hipóteses, não é um reflexo de tudo o que se diz da cultura dita ‘normal’ na Galícia. Vigo é uma cidade de serviços, é uma cidade combativa, é uma cidade industrial, uma cidade muito trabalhadora. Então, de certa forma também, digamos, é uma cidade muito orientada para a tecnologia [...] e que acaba por se transferir para o modelo organizacional também. Eu conheço Vigo muito bem. Toda a minha vida profissional se desenvolveu em Vigo. E eu observo essa percepção mesmo em outros setores da atividade, tanto na esfera privada quanto na esfera pública em outras administrações” (Informante A, tradução nossa).

tecnológica nos termos do mercado, que exerce fortes pressões sobre a administração pública.

Por sua vez, a Informante B observa as relações entre as TIC e os processos de gestão hospitalar em uma perspectiva mais crítica. No seu entendimento, o que se percebe é que, mesmo diante dos avanços, as TIC ainda estão subutilizadas nos serviços de saúde, o que gera gargalos operacionais e a ineficácia das ferramentas:

Para mí, las TIC vienen a facilitar enormemente el trabajo. Tiene gran servidumbre [...] y es que a las TIC tiene que **alimentar la información**, porque sino no puedes **recuperar información**. Y este es un problema de todos los servicios de salud. Porque la gente quiere obtener [...] información de gran cualidad sin hacer el esfuerzo de introducir datos. Cuando introducimos los datos, lo hacemos de prisa, sin gana y no siempre en una manera rigurosa. Y entonces, pues, luego sale lo que sale. Muchas veces no sale lo que debería de salir (Informante B)⁶³.

Los servicios más especializados lógicamente son los que más las utilizan [tecnologías móviles], pero siempre dentro del área clínica y no de gestión [...]. Las aplicaciones móviles, que hay muchísimas en salud, hay cierta resistencia por los servicios de salud en incorporarlas al sistema. Yo no sé si es por conflicto de interés, y en algunos casos sí, porque muchas de las apps están desarrolladas por empresa privadas. [...] pero el caso es que muy pocas apps funcionan dentro del hospital. Otra cosa es la voluntad de los clínicos, de llevaren el bolsillo y utilizarlas. Pero luego tienes que volcar manualmente esta información dentro del sistema hermético, totalmente estructurado, al cual difícilmente se puede interrogar⁶⁴ (Informante B)⁶⁵.

Em suas percepções, a Informante B revela alguns **limites e dificuldades no uso de ferramentas de Saúde 2.0** nos hospitais espanhóis. Primeiramente, destacam-se os aspectos relativos à forma como os dados são alimentados,

⁶³ “Para mim, as TIC facilitam muito o trabalho. Tem uma grande serventia [...] nas TIC tem que se **alimentar a informação**, porque senão você não pode **recuperar a informação**. E este é um problema de todos os serviços de saúde. Porque as pessoas querem obter informações [...] de alta qualidade sem se esforçarem para introduzir dados. Quando introduzimos os dados, fazemos isso com pressa, sem vontade e nem sempre de maneira rigorosa. E então, o que sai, sai. Muitas vezes não sai o que deve sair” (Informante B, tradução nossa).

⁶⁴ A informante faz uso frequente do verbo **interrogar**, no sentido de o usuário fazer uma abordagem ao sistema no intuito da recuperação de dados, também em referência a questões de interoperabilidade, conforme a seguir.

⁶⁵ Os serviços mais especializados logicamente são os que mais os utilizam [tecnologias móveis], mas sempre dentro da área clínica e não na gestão [...]. Os aplicativos móveis, que são muitos em saúde, há alguma resistência para os serviços de saúde incorporá-los ao sistema. Eu não sei se é por causa de conflito de interesses e, em alguns casos, sim, porque muitos dos aplicativos são desenvolvidos por empresas privadas. [...], mas o fato é que poucos aplicativos funcionam dentro do hospital. Outra coisa é a voluntariedade dos médicos, para pegá-los em seus bolsos e usá-los. Mas então você tem que despejar manualmente esta informação no sistema hermético, totalmente estruturado, que dificilmente pode ser interrogado” (Informante B, tradução nossa).

compulsoriamente e de forma pouco criteriosa, além de ter o uso em boa medida condicionado à conveniência pessoal do profissional, denotando que não houve sensibilização dos atores e treinamento para o uso dessas TIC. Em seguida, surge o histórico distanciamento entre assistência e gestão hospitalar, fortalecendo o que propõe a literatura, que as ferramentas de Saúde 2.0 ainda estão predominantemente voltadas ao cuidado, distanciadas da gestão e em ambientes que não favorecem a recuperação dos dados e a interatividade.

Por fim, nota-se a presença dos chamados “conflitos de interesse” influenciando o padrão de escolha tecnológica em saúde. Conforme a Informante B, tais aplicativos são desenvolvidos para a administração pública por empresas privadas, em uma evidente ligação com o que o Informante A chamou de “demanda induzida” por parte da indústria. Nesse sentido, é importante retomar o que propõe a Teoria Crítica da Tecnologia sobre os padrões de incorporação tecnológica, que segundo Feenberg (2009) não são determinados por critérios de eficácia, servindo como mecanismos de reprodução dos padrões sociais hegemônicos.

No momento que tais padrões hegemônicos são introduzidos nos serviços hospitalares por meio de alguma ferramenta tecnológica que, por alguma razão, põe tais padrões em conflito diante do conjunto de crenças do setor, essa tecnologia tende a sofrer resistência na incorporação, sob a alegação dos “conflitos de interesse”. Estes se materializam na forma de incompatibilidade entre as finalidades das TIC e as possibilidades operacionais dos serviços, levando à sua subutilização.

A informante B afirma que dificilmente os aplicativos desenvolvidos pela iniciativa privada dialogam com a realidade dos serviços públicos, e que o foco está em manter o controle sobre a atividade médica, e não em proporcionar mobilidade e interatividade, conforme pressupõe a Saúde 2.0:

Desde mi punto de vista, las TIC están bastante infrautilizadas. Y, de todas maneras, creo que en ello influye que el sistema es bastante hermético [...] y estamos sometidos, sobre todo en los niveles de gestión, a muchísimos filtros de seguridad. Los sistemas informáticos que nosotros utilizamos no permiten, por ejemplo, fácilmente, acceder desde dispositivos móviles. [...] Luego, en cuanto a tener información, es imposible desde una ubicación externa al hospital [...] por los temas de seguridad, que están muy, muy, muy cerrados. Que pasa es que tenemos muchísima información y ya no solamente desde

el punto de vista de gestión, sino también desde el punto de vista clínico, muchísima información que no puede ser explotada (Informante B)⁶⁶.

Desse modo, o que se observa é que o padrão hegemônico propõe a centralização, o controle e a presença física do profissional para o uso de TIC, enquanto o entendimento nos serviços é de que, diante desse novo paradigma (Saúde 2.0), o que se espera da tecnologia é justamente o oposto: mais autonomia, liberdade e mobilidade. Assim, observa-se uma falta de aderência do padrão proposto para a tecnologia em saúde pública ao que propõe a abordagem gerencialista, que defende o controle dos resultados, e não dos processos.

De todas as formas, para atingir tais objetivos de efetiva modernização dos serviços, a informante indica que existem muitos requisitos de **interoperabilidade** que não são cumpridos pela governança de tecnologia, o que também leva a pontos críticos e ineficácia nos processos de gestão:

Yo creo que las TIC están infrutilizadas y, además, el sistema se ha encargado de poner barreras por todas partes [...] en los hospitales, existe un servicio que son los sistemas de información y de apoyo a la gerencia, que son, pues, un grupo de personas que no hacen otra tarea más que interrogar al sistema. Y no es nada fácil, pues, se necesita tantos recursos, y no es nada fácil interrogar al sistema para poder tener unos vindicatorios de gestión. Desde lo que se ha gastado hasta el número de ingresos que hemos tenido, hasta como están las listas de espera [...] y absolutamente todos cuestionaban este servicio, que es el servicio de información. Ya te digo: yo, desde todo punto de vista, pensaba que era un recurso humano tremendo, dedicado a algo que no sé si no podría ser un poco más amigable [...] la consulta se podría hacer automáticamente, ¿no? Pero, bueno, este es el panorama que yo encontré allí y con el cual convivo (Informante B)⁶⁷.

⁶⁶ “Do meu ponto de vista, as TIC são bastante subutilizadas. E, em todo caso, acho que isso é influenciado pelo fato de que o sistema é bastante hermético [...] e estamos sujeitos, acima de tudo, nos níveis de gestão, a muitos filtros de segurança. Os sistemas de informação que usamos não permitem, por exemplo, o acesso fácil a partir de dispositivos móveis [...]. Então, em termos de acesso à informação, é impossível de um local externo ao hospital [...] por questões de segurança, que são muito, muito, muito fechadas. O que acontece é que temos muita informação e não só do ponto de vista da gestão, mas também do ponto de vista clínico, muita informação que não pode ser explorada” (Informante B, tradução nossa).

⁶⁷ Acredito que as TIC são subutilizadas e, além disso, o sistema tem sido responsável por colocar barreiras em todos os lugares [...] nos hospitais, existe um serviço que é o sistema de informação e suporte à gestão, que são um grupo de pessoas que não fazem nada além de interrogar o sistema. E não é fácil, então, muitos recursos são necessários, e não é fácil interrogar o sistema a fim de obter indicadores de gestão. Do que foi gasto ao número de atendimentos que tivemos, como estão as listas de espera [...] e absolutamente todos questionavam este serviço, que é o serviço de informação. Eu já lhe digo: eu, sob todos os pontos de vista, pensei que era um recurso humano absurdo, dedicado a algo que eu não sei se não poderia ser um pouco mais amigável [...] a consulta poderia ser feita automaticamente, certo? Mas, bem, este é o cenário que eu encontrei lá e com o qual eu convivo” (Informante B, tradução nossa).

Mais uma vez, os requisitos de segurança do sistema são entendidos por esta informante como dificultadores da gestão em saúde, impossibilitando o uso de dispositivos móveis e recursos de Saúde 2.0, principalmente quando se considera que há um grupo de profissionais nos hospitais que se dedica exclusivamente a uma função que, por lei, deveria ser básica em qualquer SI em saúde. Desse modo, novamente se percebe a digitalização da burocracia tomando corpo nos serviços, em detrimento da efetiva modernização dos processos de trabalho. Assim, fragilizam-se não só as propostas de dinamização da Saúde 2.0, como os princípios de modernização dos serviços públicos por meio das TIC defendidas pela Administração Gerencial.

A informante também faz referência às “Listas de Espera”, que são as ferramentas gerenciais de suporte às atividades de regulação em saúde. Conforme a fala da informante, as TIC não permitem acesso a tais listas, que operam fundamentalmente de forma analógica, quase manual. A pesquisa exploratória revelou que a oferta de leitos de terapia intensiva é superior à demanda, gerando até ociosidade de vagas, conforme já apresentado. Nesse sentido, não se verificaram listas de espera para condicionar e priorizar o acesso dos usuários a esses recursos.

No entanto, a abordagem ao campo (informação verbal)⁶⁸ durante os eventos científicos dos quais o autor participou durante o estágio de pesquisa permitiram o acesso a informações sobre as demandas em outras áreas da assistência, as quais também apresentam suas limitações de oferta e conseqüentes deficiências no acesso. No que se refere especificamente à CCAA da Galícia, em maio de 2017, o ponto crítico dos serviços estava na atenção especializada. Tinha-se, à época, o tempo de espera mínimo para consulta ortopédica de nove meses, podendo chegar a um ano e quatro meses a espera por uma consulta com um angiologista. Por essa razão, muitos cidadãos recorrem ao sistema de saúde suplementar que apresenta planos “populares”, financeiramente atrativos e que cobrem somente consultas ambulatoriais. Dessa forma, escapam do funil da porta de entrada (atenção básica) e não precisam esperar pela consulta na rede pública, para a qual são transferidos de volta em caso

⁶⁸ Informações orais apresentadas pelo Sr. Jesús Araujo Nores, ORL do Complexo Hospitalar Universitario de Vigo, durante sua fala na *Mesa Redonda IV: Listas de Agarda*, no *Tecendo Marea: Xornada de traballo sobre o sistema sanitario público galego*. Evento realizado em 30 de maio de 2017. Universidade de Santiago de Compostela, Faculdade de Filosofia. Santiago de Compostela, GAL/ES.

de necessidade de internamento ou cirurgia, que dependendo da especialidade pode ter espera ou não, em função da demanda.

As listas de espera são operadas por meio de planilhas simples elaboradas no *software* Excel, e observam protocolos específicos por área. O acompanhamento e atualização se dá pelo contato telefônico ou por e-mail entre as organizações prestadoras de serviços de saúde. Além das especialidades clínicas, também há listas de espera para medicamentos, órteses e próteses; essas últimas também apresentando longo período de espera, em especial para as próteses ortopédicas. Para fins dessa pesquisa, o que se destaca é que essas listas não são digitalizadas e que não há sistemas ou aplicativos que permitam o acompanhamento, inserção ou baixa de pacientes por meios on-line. Todo o processo é,, em grande medida manual e dependente da interação direta entre os atores envolvidos.

Retomando a discussão, a informante também indica que existe subfinanciamento no investimento em TIC em saúde:

Yo creo que no está contemplada en todas sus posibilidades [financiación]. También, creo que partimos de una base, que es la falta de información que tiene el servicio sanitario en respecto a las posibilidades que ofrecen las Tecnologías de la Información y de la Comunicación — también es importante. Tenemos como un tercio de que “ah, las TIC son interesantísimas, muy importantes. ¡Sirven para esto y punto!” Ya nada más. ¿Por qué? Porque no si nos ocurre nada más, porque no conocemos nada más. Entonces, siempre estamos abiertos a la pregunta de que con tantísima información que recogemos [...] ¿cómo podemos obtener de ahí datos para investigar? Peor para la gestión, pues siempre viene el fantasma del temor a la falta de seguridad. Y ahí se bloquea cualquier iniciativa (Informante B)⁶⁹.

Aspectos financeiros estão relacionados ao entendimento limitado das funções das TIC em saúde, sustentando o argumento de que são subutilizadas. A informante indica que, tendo em vista o desconhecimento de seus possíveis usos, não há por que investir em inovações tecnológicas, visto que, embora de reconhecida importância, as TIC não se revelam efetivamente incorporadas aos serviços, para esta informante.

⁶⁹ “Acredito que não está contemplado em todas as suas possibilidades [financiamento]. Além disso, acho que partimos de uma base, que é a falta de informação que o serviço de saúde tem sobre as possibilidades oferecidas pelas Tecnologias de Informação e Comunicação — também é importante. Temos um discurso recorrente de que ‘ah, as TIC são muito interessantes, muito importantes. Elas servem para isso e ponto! Nada mais’. Por quê? Porque nada mais nos ocorre, porque não sabemos mais nada. Então, estamos sempre abertos à questão de que com tantas informações que coletamos [...] como podemos obter, de lá, dados para investigar? Pior para a gestão, porque sempre vem o fantasma do medo da falta de segurança. Aí se bloqueia qualquer iniciativa” (Informante B, tradução nossa).

Questionada sobre as **estratégias de incorporação de TIC** aos processos de gestão em saúde, as considerações da informante também reforçam a verticalidade como fator determinante, com predominância da abordagem *top-down*, destacando o impacto sobre a rotina da equipe de trabalho de duas formas. Por um lado, indica que as TIC podem sofrer resistência por parte da equipe assistencial, que as considera ferramentas de controle da atividade médica: “Lo que existe es que hay unos sistemas que tienen una parte perversa, porque el clínico lo percibe como un sistema de control de su actividad” (Informante B)⁷⁰.

Por outro lado, a informante sugere que este controle é legítimo, e que a rastreabilidade das ações dos atores na rede é importante ao pleno exercício das funções do profissional médico no âmbito do serviço público:

hay una parte muy positiva y es que el sistema de gestión hace un recuento de las veces que cada usuario se pone en línea y lo que ha hecho ese usuario. Eso lo hace. Uno, por seguridad; dos, por control [...] de vez en cuando, hacen como una especie de auditoria y te mandan al responsable del servicio “Dr. Fulanito no entra a registrar las actividades que tiene con sus pacientes” o cualquier otra cosa que ellos hayan detectado, si están cerrando mal las sesiones o si quedan abiertas las sesiones [...]. Y el responsable tiene que tomar medidas para eso no vuelva a pasar (Informante B)⁷¹.

Ainda que a fala revele situações prosaicas do cotidiano médico, entende-se que existe acompanhamento dos processos digitais, levando à responsabilização mediante sanção ao profissional que deixa de observar o correto uso das ferramentas institucionalizadas. Em perspectiva ampliada, é possível entender que, em níveis mais elevados de gestão, também seja possível verificar tal acompanhamento e *accountability* em função do uso das TIC no ambiente hospitalar.

Hasta el momento [...] yo sé que he vivido a la implantación de dos sistemas de gestión en las islas (Canárias). Ni en el primero ni en el segundo, que es relativamente reciente, pues ya lleva como tres o cuatro años, nunca he obtenido ninguna encuesta on-line para ver en que podemos mejorar [...]

⁷⁰ “O que existe é que há sistemas que têm uma parte perversa, porque o clínico percebe isso como um sistema de controle para sua atividade” (Informante B, tradução nossa).

⁷¹ “Há uma parte muito positiva, e é que o sistema de gestão conta o número de vezes que cada usuário fica on-line e o que o usuário fez. Isso, sim, se faz. Um, por segurança; dois, pelo controle [...] de tempos em tempos, eles fazem como um tipo de auditoria e enviam para a pessoa encarregada do serviço ‘Dr. Fulanito não entra para registrar as atividades que tem com seus pacientes’ ou qualquer outra coisa que tenham detectado, se as sessões estiverem sendo mal fechadas ou se as sessões estiverem permanecendo abertas [...]. E a pessoa encarregada deve tomar medidas para que isso não aconteça novamente” (Informante B, tradução nossa).

¿Por qué?, no lo sé. Pero nunca se ha buscado el *feedback* del usuario (Informante B)⁷².

Esta fala indica que se, por um lado, o acompanhamento das ações dos usuários no ambiente dos sistemas é intensivo, mais uma vez revelando foco no controle dos processos, e não dos resultados, por outro não se verifica o mesmo interesse no acompanhamento da experiência de uso desses usuários. Uma vez que não há feedback sobre o uso e oportunidades de aperfeiçoamento, perdem-se, mais uma vez, os benefícios propostos pela abordagem da Saúde 2.0, que pressupõem a interação entre usuário e desenvolvedor para a constante melhoria do desempenho das TIC.

Finalizando suas contribuições, a informante volta a tecer críticas quanto à falta de interoperabilidade dos sistemas disponíveis, o que causa impactos negativos diretos sobre os processos de gestão:

Cada usuario tiene atribuidas una serie de posibilidades de acceso. Se supone que el gerente tiene todo el acceso a todo. Esto no es verdad. Un gerente, con su *password* y con su perfil, se supone que le interesa esto, esto y esto, y solamente en eso está habilitado (Informante B)⁷³.

Nesse ponto, a informante B relata uma experiência pessoal, dando conta de que, no âmbito de suas funções gerenciais, precisa assinar digitalmente uma série de documentos, todos os dias. No entanto, as Ilhas Canárias são formadas por um arquipélago constituído de sete ilhas principais e várias pequenas ilhas e ilhéus costeiros, divididos em duas províncias. Logo, a rede assistencial é fragmentada e demanda grande mobilidade dos gestores em frequentes deslocamentos aéreos ou marítimos.

Desse modo, de forma a empregar celeridade a seu trabalho, precisava ter acesso à plataforma de assinaturas por meio do seu *tablet*, que levava consigo durante os deslocamentos. Para isso, foi necessário um processo administrativo, autorizações diversas e muita burocracia para que um técnico de informática pudesse,

⁷² “Até agora [...] sei que vivi a implementação de dois sistemas de gestão nas ilhas (Canárias). Nem no primeiro, nem no segundo, que é relativamente recente, pois já existe há três ou quatro anos, nunca obtive uma pesquisa on-line para saber como podemos melhorar [...]. Por quê? Não sei. Mas o *feedback* do usuário nunca foi procurado” (Informante B, tradução nossa).

⁷³ “Cada usuário recebe uma série de possibilidades de acesso. Se supõe que o gerente deve ter acesso a tudo. Isso não é verdade. Um gerente, com sua senha e seu perfil, supõe-se estar interessado nisso, nisso e nisso, e somente nisso é habilitado” (Informante B, tradução nossa).

enfim, proceder a instalação no dispositivo da informante. Isso porque, mesmo sendo gestora e sabendo-se de seus deslocamentos, seu perfil de usuário só permitia a conexão por meio do terminal fixo em seu escritório, reduzindo a autonomia no exercício de suas funções.

Mesmo concedidas todas as permissões de segurança, a informante relata que a falta de interoperabilidade ainda prejudica a mobilidade. Considerando que mesmo que se tenha acesso remoto a determinados sistemas, a falta de interação entre estes limita ainda mais a quantidade de dados passíveis de recuperação:

no hay dialogo entre un sistema y el otro. Están estancos. A alguien se le ha ocurrido en un momento determinado decir: “vamos a hacer una plataforma maravillosa para la gestión clínica, para que los médicos puedan entrar y escribir la historia clínica para que veamos las analíticas, para que veamos las radiografías”, y lo hacen, pero lo hacen cerrados, sin posibilidad que el gestor económico pueda de ahí coger datos [...] entonces, ¿qué pasa? [Pasa] que el gestor económico tiene que saber, todos los días, “¿cuántas radiografías se han hecho?, ¿cuánto vale cada radiografía?” Y esto está en otro sistema, que está enfocado en costes. Entonces, y luego hay otro [sistema] que es de personal [...] pero ese [sistema] no puede tampoco interrogar a los demás. Viven divorciados. Los sistemas viven divorciados. Y es complicado gestionar así (Informante B)⁷⁴.

Diante disso, o que se percebe é que a ausência de interoperabilidade é entendida pela informante como aspecto crítico ao cumprimento das finalidades gerenciais das TIC. Sem interação, esses sistemas isolados contribuem negativamente para a fragmentação dos dados, dificultando a tomada de decisões e inviabilizando a produção de conhecimento. Assim, observa-se que o cotidiano dos serviços de saúde na Espanha guarda mais similaridades com o Brasil do que permitem supor as análises teóricas e legais apresentadas.

⁷⁴ “Não há diálogo entre um sistema e o outro. Eles estão isolados. Ocorreu a alguém em um determinado momento dizer: ‘Nós vamos fazer uma plataforma maravilhosa para o gerenciamento clínico, para que os médicos possam entrar e escrever a história clínica, para que possamos ver as análises, para que possamos ver as radiografias’, e isso eles [os sistemas] fazem, mas eles fazem fechados, sem possibilidade que o gestor econômico possa tirar os dados de lá [...] então, o que acontece? [Acontece] que o gerente financeiro precisa saber, todos os dias, ‘quantos raios-x foram feitos? Quanto vale cada raio X’? E isso está em outro sistema, que é focado em custos. Então há outro [sistema] que é de pessoal [...] mas que não pode interagir com os outros [sistemas] também. Eles vivem divorciados. Os sistemas vivem divorciados. E é complicado administrar assim” (Informante B, tradução nossa).

5.6. O USO DE TIC NOS SERVIÇOS HOSPITALARES NA ADMINISTRAÇÃO GERENCIAL BRASILEIRA E ESPANHOLA: ASSIMETRIAS E SIMILARIDADES

Em consonância com o indicado na literatura revisada por esta pesquisa, em especial o estudo de Criado (2004), publicado há quase 15 anos, a abordagem aos serviços hospitalares públicos na Espanha revela que, mesmo considerando todas as inovações tecnológicas introduzidas nesse período, o cenário verificado ainda permanece fundamentalmente o mesmo. As respostas dos informantes permitem afirmar que a utilização de TIC na gestão das organizações hospitalares espanholas ainda é entendida como limitada e carente de investimentos financeiros e em capacitação.

Tendo em vista o grau de industrialização da Espanha, pressupõe-se que fossem disponibilizadas aos serviços de saúde uma variedade de ferramentas tecnológicas ainda distantes da realidade brasileira. E isso de fato ocorre, conforme pesquisa de campo. Desde monitores multifuncionais a aplicativos para dispositivos móveis com as mais diversas funcionalidades em saúde, a tecnologia de ponta é característica do ambiente hospitalar público espanhol. No entanto, o que se verifica nos processos de trabalho desses hospitais é a subutilização de tais ferramentas e a manutenção de processos produtivos característicos da burocracia weberiana.

Embora reconhecidas como importantes ferramentas no suporte aos processos administrativos, as TIC em saúde, principalmente na perspectiva da Saúde 2.0, ainda não chegam satisfatoriamente a diferentes escalões de gestão, permanecendo focadas na assistência. Uma evidência disso surgiu durante a participação deste autor no evento *Health 2.0 Galicia*⁷⁵, quando foi possível constatar que, das 14 TIC apresentadas em painel de divulgação de novos desenvolvedores, apenas uma era orientada à gestão (um aplicativo para gerenciamento de farmácias hospitalares).

Nesse evento foi possível perceber, também, a força da indústria tecnológica da saúde na Espanha, que, ao contrário da administração pública, não parece padecer

⁷⁵ Evento promovido pela Organização Internacional *Health 2.0*. Realizado em 30 de maio de 2017, no Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, GAL/ES.

de subfinanciamento, haja vista a quantidade de *cases*, projetos e os relatos de experiência apresentados. O ritmo de produção tecnológica apresentado pelos desenvolvedores presentes no evento permite considerar que talvez seja essa a origem daquilo que o Informante A chamou de “demanda induzida”. Dado o ritmo acelerado da geração de inovações tecnológicas, a indústria exerce pressão sobre o governo para a aquisição desses produtos, mantendo assim a sustentabilidade desse setor econômico, que encontra mercado restrito na iniciativa privada —considerando que o modelo de gestão hospitalar predominante na Espanha é o de gestão direta de direito público.

No entanto, o que se observa é que os serviços de saúde espanhóis ainda não estão preparados para absorver essa produção. As considerações dos informantes permitem afirmar que o trabalho em TIC é entendido como uma obrigatoriedade à qual o profissional precisa se submeter. Não há relatos que indiquem etapas de mobilização, sensibilização e/ou conscientização para o uso de TIC e, assim, o manejo dessas ferramentas é feito de forma pouco criteriosa e sem percepção de efetiva melhoria do processo de trabalho, levando à subutilização e à ineficácia das ferramentas.

Desse modo, delineiam-se as primeiras **similaridades** entre os sistemas públicos de saúde no Brasil e na Espanha e suas relações com as TIC. Em ambos os contextos, o ambiente informacional das organizações hospitalares é caracterizado como fragmentado, deficiente em interoperabilidade e refratário à mudança, no que se refere à adoção de TIC. As TIC disponíveis são quantitativamente expressivas, mas ao não permitirem a livre recuperação de informações e o cruzamento de dados, acabam por contribuir negativamente para a dinamização do cenário indicado, dificultando ainda mais o trabalho em TIC.

A isso é possível somar as características relativas ao perfil de uso de TIC por parte dos profissionais que apresentam uma forte resistência inicial, principalmente por parte dos mais idosos, chamados pela Informante B de “não nativos digitais”, ou seja, aqueles que não possuem uma orientação à Tecnologia da Informação e Comunicação na base de sua formação acadêmica. E, de forma semelhante ao que se verifica no Brasil, na Espanha essa resistência também ocasiona o desuso das TIC, destacando mais uma vez a importância das etapas de sensibilização e

treinamento, de forma que esses profissionais ressignifiquem o trabalho com os usos das TIC.

No que se refere à incorporação das TIC, a abordagem *top-down* também é uma característica similar em ambos os sistemas públicos de saúde. As decisões sobre os padrões da tecnologia são tomadas unilateralmente pelo governo central, e a hierarquia do sistema faz chegar as TIC aos serviços regionais, cuja implementação e uso são obrigatórios, e nem sempre acompanhados dos necessários treinamentos, independentemente da aderência das ferramentas às necessidades de informação locais e às condições operacionais dos subsistemas.

Outros aspectos de similaridade entre os sistemas públicos de saúde nos dois países também se revelam nas análises sobre o financiamento das TIC. Em ambas as realidades, observa-se uma defasagem entre os orçamentos disponíveis e as demandas apresentadas pelos serviços, embora, no Brasil, não tenham sido relatadas situações de demanda induzida pela indústria ou conflitos de interesse entre agentes públicos e privados. O investimento em TIC em ambos os países não é regular, apresenta grandes restrições orçamentárias e é de caráter pontual, geralmente associado ao lançamento de alguma iniciativa. Da mesma forma, observa-se em ambos os sistemas um desequilíbrio entre o investimento em TIC e o investimento em capacitação para uso dessas TIC, essa última dimensão ainda menos contemplada no provisionamento dos recursos.

Ainda com relação às similaridades, observam-se as dificuldades com a transparência das ações e os resultados dos serviços de saúde. No que se refere às dificuldades com a transparência das ações e resultados em ambos os contextos, tem-se que as TIC não cumprem sua finalidade gerencial de viabilizar efetiva transparência, servindo apenas como canais unidirecionais de visibilidade de informações e indicadores da assistência à saúde.

Em relação às **assimetrias** entre a Administração Gerencial na saúde dos dois países, inicialmente o que se destaca são os aspectos voltados à moralidade do serviço público. Na Espanha, em nenhuma abordagem foi possível obter qualquer informação que levasse à suposição da existência de práticas patrimonialistas e/ou clientelistas na gestão dos serviços de saúde. Quando questionados diretamente

sobre o tema, os informantes espanhóis foram enfáticos ao afirmarem que tais práticas são inconcebíveis na realidade dos serviços:

eso no suele pasar [patrimonialismo/clientelismo] [...] existe muchísimo control [...] y la tecnología incluso nos ayuda mucho a mantener ese control [...] existe un compromiso (del servidor público) con la sociedad, no se puede disponer de una facilidad personal para promover beneficios a quien sea, cuando se habla de servicio público [...] en todos esos años de gestión ciertamente ya me encontré con situaciones de corrupción, pero puedo decir que fueron casos únicos [...] no es común (Informante A)⁷⁶.

Yo creo que no hay espacio para ese tipo de cosas, porque existe un control riguroso, y el jefe del servicio siempre se entera [...] existen castigos, la persona puede perder su empleo [...] y incluso ir a la cárcel. El servicio público español, no sólo la salud, sino los servicios como un todo [...] aprecian mucho la seriedad en la conducción de la cosa pública [...] la sociedad pide respuestas (Informante B)⁷⁷.

Assim, o que se revela é que existe um forte controle dos processos, que gera *accountability* no setor. Por sua vez, a possibilidade de responsabilização surge como indutor de práticas responsáveis, tendo em vista que, na Espanha, em caso do descumprimento dos processos institucionalizados, a sanção é uma certeza.

O mesmo não se observou no Brasil, cujo estudo empírico revelou que existe regulação paralela de leitos de UTI, via WhatsApp. De modo a ilustrar de que formas as TIC poderiam servir a finalidades patrimonialistas na administração pública, o que para os informantes espanhóis era de difícil abstração (considerando que as TIC são entendidas como meios de controle), o pesquisador apresentou brevemente seus achados sobre o uso do WhatsApp para fins de regulação clientelística, causando reações de surpresa, expressas na seguinte fala:

Eso me causa mucha sorpresa, sobre todo porque se trata de plazas de UCI, que son recursos de gran importancia [...]. No sé cómo es trabajar sin ese recurso, tal vez comprenda la angustia del médico en querer ingresar a su

⁷⁶ “Isso não costuma acontecer [patrimonialismo/clientelismo] [...] existe muito controle [...] e a tecnologia, inclusive, nos ajuda muito a manter esse controle [...] existe um compromisso [do servidor público] com a sociedade, não se pode dispor de uma facilidade pessoal para promover benefícios a quem quer que seja, quando se fala de serviço público [...] em todos esses anos de gestão, certamente já me deparei com situações de corrupção, mas posso dizer que foram casos pontuais [...] não é comum” (Informante A, tradução nossa).

⁷⁷ “Eu creio que não há espaço para esse tipo de coisa, porque existe um controle rigoroso, e o chefe do serviço sempre toma conhecimento [...] existem punições, a pessoa pode perder seu emprego [...] e até ir para a cadeia. O serviço público espanhol, não só a saúde, mas os serviços como um todo [...] prezam muito pela seriedade na condução da coisa pública [...] a sociedade pede respostas” (Informante B, tradução nossa).

paciente [...] pero aquí (España) eso no sería posible, no se puede violar las listas de espera (Informante B)⁷⁸.

[...] ¿pero eso no es un crimen? ¿No existen leyes en Brasil para prohibir eso? (Informante A)⁷⁹

Percebe-se que tal situação é totalmente impensável na realidade dos serviços espanhóis, que priorizam a preservação dos protocolos e das ferramentas institucionais (notadamente as listas de espera), em detrimento de qualquer demanda não programada. Existe a noção de que tais práticas configuram crimes passíveis de prisão, e essas sanções surgem como principais ações para preservar os princípios da Legalidade e Moralidade na administração pública.

Portanto, é possível entender que o período indicado por Martinez (1993) como de moralização da administração pública — ou seja, o período de adaptação do Estado ao novo sistema político vigente, com o objetivo de enfraquecer as discrepâncias mais evidentes entre o sistema democrático e a administração de raízes autoritárias — teve papel fundamental na construção de um serviço público responsável e orientado à equidade. Ao contrário do Brasil, onde se verifica que a substituição quase automática do Estado Burocrático pelo Estado Gerencial favoreceu a manutenção de tais práticas, e na atualidade garante até mesmo seu aprimoramento, por meio do suporte das TIC.

Por fim, outra assimetria que se destaca reside nos aspectos relacionados ao acesso às TIC, sob a perspectiva da disponibilidade das ferramentas e dispositivos em ambos os mercados. Conforme já discutido, embora subutilizadas, as TIC estão impregnadas no ambiente hospitalar espanhol, o que se contrapõe à carência de TIC verificada nos hospitais públicos brasileiros, que, quando muito, se utilizam de prontuário eletrônico (disponível quase sempre apenas em terminais fixos) e Sistemas de Informações Gerenciais (SIG), com finalidades de controle dos custos.

Diante do exposto, é possível afirmar que os sistemas públicos de saúde na Espanha e no Brasil guardam entre si mais similaridades do que assimetrias em

⁷⁸ “Isso me causa muita surpresa, principalmente porque se trata de leitos de UTI, que são recursos de grande importância [...]. Não sei como é trabalhar sem esse recurso, talvez compreenda a angústia do médico em querer internar seu paciente [...] mas aqui (Espanha) isso não seria possível, não se pode violar as listas de espera” (Informante B, tradução nossa).

⁷⁹ “Mas isso não é crime? Não existem leis no Brasil para proibir isso?” (Informante A, tradução nossa).

relação ao uso de TIC nos processos de gestão. Isso leva à confirmação de que, apesar das diferenças no ambiente institucional, a incorporação e a utilização de TIC se dá de forma muito semelhante em ambos os países, com efeitos igualmente semelhantes na efetividade e no desuso das ferramentas.

Apresentados e discutidos os resultados, esta tese procede, no capítulo seguinte, às considerações finais do autor sobre toda a problemática suscitada, bem como à sistematização de todo o raciocínio construído ao longo deste trabalho, com vistas ao confronto dos pressupostos junto aos achados empíricos, e à formulação de uma resposta à pergunta de pesquisa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa foi estruturada em torno de sua pergunta norteadora, cuja resposta deve indicar as contribuições das TIC ao fortalecimento dos princípios gerenciais da regulação e da transparência da administração pública brasileira e espanhola na gestão dos serviços hospitalares. Para delinear tal resposta, foram realizadas pesquisa bibliográfica, documental e de campo no Brasil e na Espanha, com o objetivo de analisar criticamente a apropriação de TIC pelos serviços públicos hospitalares e suas contribuições ao fortalecimento dos princípios da regulação e da transparência do Estado Gerencial nesses países.

Embora a pergunta norteadora revele o caráter descritivo da pesquisa, sua resposta foge a uma abordagem meramente instrumental, demandando o alinhamento da aplicação de uma série de conceitos e princípios decorrentes da problemática. Com isso, espera-se, também, revestir de rigor científico estas discussões finais, de forma a oferecer respaldo ao julgamento da validade dos pressupostos.

Inicialmente, destaca-se que o Novo Gerencialismo é uma abordagem que não foi implementada em sua plenitude nos países aderentes. Em maior ou menor grau, observa-se a presença de processos característicos de modelos burocráticos de gestão pública em ambientes nos quais a orientação é gerencialista. Uma das principais propostas de modernização dos serviços apresentada pelo Novo Gerencialismo é justamente o uso de TIC na gestão, partindo da premissa de dinamização dos processos. Contudo, o que se verifica é que o padrão de escolhas tecnológicas adotadas pelos governos gerencialista do Brasil e da Espanha se dá mediante uma orientação baseada no paradigma burocrático.

Essa orientação fica clara quando se analisam as ferramentas de suporte em ambos os países, e tem-se que estas objetivam o controle dos processos, e não dos resultados e suas estratégias verticalizadas de incorporação, centradas na hierarquia e na obrigatoriedade, todas características da administração burocrática. Desse modo, entende-se que não é possível apresentar novas soluções às crescentes demandas dos serviços por meio de práticas antigas. O que se verifica em ambos os

países, no que se refere ao uso de TIC no ambiente dos hospitais públicos, é a digitalização da burocracia: um processo que promove a manutenção de práticas e abordagens que já se comprovaram inadequadas, no entanto sob uma roupagem “modernizada” por meio da adoção dessas tecnologias na mediação e, no Brasil, na negociação, mediante a regulação paralela de leitos de UTI via WhatsApp.

A racionalidade instrumental que orienta os critérios de escolha tecnológica também é uma abordagem coerente com paradigma burocrático. Pensando criticamente tais padrões, entende-se que os gestores de TIC, em uma perspectiva gerencialista, necessitam romper com essa racionalidade instrumental, buscando (re)pensar os padrões tecnológicos de forma a possibilitar modelos de governança pública que efetivamente modernizem a administração pública, agregando agilidade e transparência aos processos, possibilitando a participação da sociedade civil nas decisões, em que está em jogo a chance de vida ou morte, como é o caso do acesso a leitos de UTI. Ao contrário do que propõe a abordagem gerencialista, o padrão de tecnologia hegemônico em saúde na atualidade se revela deslocado das finalidades dos serviços e tem por características o hermetismo, a fragmentação e a imobilidade, princípios diametralmente opostos ao que se propõe o uso gerencial das TIC.

Em total aderência ao que defende a abordagem gerencialista do uso de TIC, ao menos em tese, o conceito de Saúde 2.0 surge na teoria e no campo como a síntese daquilo que se entende por tecnologia aplicada à gestão da saúde na atualidade: interatividade, mobilidade, acompanhamento e *feedback*. No entanto, o que se verifica é que tais ferramentas, potencialmente inovadoras, em realidade, apenas replicam antigos padrões dominantes que: a) não correspondem à demanda dos serviços; e/ou b) não contam com suporte operacional dos serviços para a sua correta utilização. Em ambos os casos, criam-se ambientes propícios a falhas, não só no aparato tecnológico do governo, mas em toda a estrutura institucional, criada para dar suporte ao novo modelo de gestão, centrado nas TIC.

Com isso, também se favorece, em contextos desprovidos do exercício da cidadania ativa e pouco democráticos, a preservação de práticas patrimonialistas e clientelistas que se potencializam por meio do uso das TIC não oficiais na gestão dos serviços públicos. Embora esse fenômeno não tenha se verificado na Espanha, no Brasil a pesquisa de campo revelou que se trata de prática corriqueira em saúde, nas

atividades de regulação dos leitos públicos de UTI. Com isso, além de fragilizar o processo regulatório em si, compromete-se a transparência no gerenciamento de um dos mais escassos recursos em saúde na atualidade. Desse modo, os dois princípios do Estado Gerencial brasileiro estudados nesta pesquisa se revelam debilitados pelo mau uso das ferramentas pensadas para justamente fortalecê-los.

À medida que se esvazia o uso das TIC oficiais (aqui representadas pelo *SuremWeb*) e se promove a regulação por meios paralelos (WhatsApp), subverte-se todo o protocolo oficial do governo, tornando uma possível estratégia de regulação uma efetiva barreira ao acesso universal, também comprometendo os princípios da Equidade e da Universalidade do SUS. Dessa forma, foi possível verificar, em termos empíricos, como as disfunções no aparato burocrático e tecnológico afetam o entorno institucional, inviabilizando a efetivação de uma Administração Pública Gerencial moderna, transparente e responsiva.

Ainda na seara do pensamento crítico a respeito da problemática, questiona-se se a dimensão relacional que justifica as iniciativas de Saúde 2.0 se fortalece ou se compromete, em razão de práticas clientelistas como a da regulação paralela, identificada nesta pesquisa. A abordagem ao campo indica o comprometimento dessas ferramentas, tendo em vista que, ao fragilizar o ambiente tecnológico, o que se pode esperar é uma resposta do ambiente institucional no sentido de coibir tais práticas. Isso poderia incluir a não adoção futura de outras ferramentas interativas, no receio de que usos secundários dessas TIC possam ser aplicados para driblar a burocracia existente nos processos oficiais, ou então a manutenção da preferência por modelos menos relacionais de tecnologia.

De todas as formas, o que se observa é que, de modo semelhante ao Novo Gerencialismo, a Saúde 2.0, como abordagem à tecnologia em saúde, encontra dificuldades para a sua plena adoção pela administração pública, em razão da manutenção dos processos burocráticos em ambientes pretensamente gerencialistas. Mesmo não se verificando práticas patrimonialistas e clientelistas na gestão hospitalar pública espanhola, as demais características do modelo burocrático estão presentes no cotidiano dos serviços, especialmente o controle dos processos e a verticalização, que contribuem negativamente para uma governança de TIC em alinhamento com os pressupostos desse novo paradigma.

Nesse sentido, embora a literatura já ofereça rico debate acerca do conceito de Saúde 3.0, evolução da Saúde 2.0 centrada na geração compartilhada de conhecimento, cuja discussão extrapola os objetivos dessa pesquisa, não há como se falar em Saúde 3.0 em serviços públicos de saúde, no Brasil ou na Espanha. Considerando que o ambiente institucional, tecnológico e operacional dos serviços hospitalares em ambos os países ainda não é capaz de oferecer efetivo suporte à plena incorporação das ferramentas de Saúde 2.0 em seu cotidiano, não se revela coerente o investimento de recursos humanos e materiais em discussões acerca da abordagem, cuja materialização permanece demasiado abstrata para a realidade dos serviços nos dois países.

Portanto, tendo em vista o exposto e retomando os pressupostos desta investigação, **os resultados da pesquisa de campo refutam o primeiro pressuposto**, o qual propõe que as TIC contribuem para fortalecer o Estado Regulador, na medida em que seu uso propicia eficiência e transparência nos serviços públicos de saúde (CAPUANO, 2008). O que se verifica na realidade dos Serviços Públicos de Saúde brasileiro e espanhol é o enfraquecimento do Estado Regulador, à medida que a subutilização e desuso das TIC institucionalizadas compromete a eficiência dessas ferramentas; e que a transparência, embora valorizada, não é uma finalidade estratégica em si atribuída às TIC e, tampouco, ocupa posição de centralidade nas pautas dos gestores.

De outra forma, **os resultados da abordagem empírica validam o segundo pressuposto**, que afirma que a subjetividade nos critérios de adoção e desuso de certas TIC compromete o aparato tecnológico proposto pelo Estado para atender às suas finalidades regulatórias, levando à ineficácia das ferramentas, à preservação de práticas patrimonialistas e à consequente fragilização dos princípios da Administração Pública Gerencial (CAPUANO, 2008).

Ainda que a regulação do acesso aos leitos de UTI não seja um ponto crítico nos serviços hospitalares espanhóis, e que não se verifiquem nesse ambiente práticas patrimonialistas, os padrões hegemônicos adotados pelas TIC geram resistência e subutilização das ferramentas institucionalizadas. No Brasil, tais padrões se revelam incapazes de atender às demandas de mobilidade e dinamismo requeridas pelas atividades regulatórias em serviços públicos de saúde. Essa inconformidade favorece,

em pleno século XXI, o uso de TIC não oficiais e a preservação de práticas patrimonialistas e clientelistas na Administração Pública Gerencial.

O que se verifica, em ambos os países, é o enfraquecimento do Estado Regulador e da transparência pública em decorrência do uso irrefletido de TIC em um cenário marcado pela utilização de padrões de tecnologia que, de alguma forma, não são capazes de corresponder às expectativas dos usuários em termos de funcionalidades e experiências de uso. Assim entende-se que os princípios da Administração Gerencial estão comprometidos, à medida que as ferramentas propostas para operacionalizar suas finalidades, embora legítimas, não gozam de efetividade para cumprir seu papel de agente de modernização e transparência nos serviços públicos de saúde.

Portanto, **respondendo à sua pergunta norteadora**, esta pesquisa indica que as contribuições das TIC ao fortalecimento dos princípios gerenciais da regulação e da transparência da administração pública brasileira e espanhola na gestão dos serviços hospitalares são: a) a possibilidade de controle e *accountability* que as TIC oferecem aos gestores; e b) os ganhos em mobilidade e dinamismo que as ferramentas de Saúde 2.0 podem agregar à gestão, desde que corretamente utilizadas. Entende-se que, em democracias mais maduras — e com exemplos concretos de punição em casos de corrupção, como é o caso da administração pública espanhola —, a questão do rigor dos mecanismos de controle tecnológico possa ser entendida como um excesso pelos burocratas que ali atuam, conforme destacado nas percepções da pesquisa de campo. No entanto, em democracias jovens e ainda impregnadas por resquícios clientelistas e patrimonialistas da gestão autoritária, tais mecanismos se revelam fundamentais ao controle dos agentes públicos e à garantia dos princípios da Legalidade e da Moralidade dos serviços públicos e, principalmente, como vetores de responsabilização por práticas e posturas não condizentes com a moderna gestão pública e com o Estado Democrático de Direito.

A correta utilização das ferramentas de Saúde 2.0 pode representar robusta contribuição ao fortalecimento de uma abordagem gerencial, à medida que seus princípios se relacionam diretamente com os do Novo Gerencialismo: foco em resultados, descentralização das tomadas de decisão, autonomia e participação do usuário. Dessa forma, é necessário criar um ambiente propício à incorporação e uso

de tais ferramentas, o que passa por investimentos não só em tecnologia, mas, principalmente, na sensibilização e capacitação de gestores e colaboradores para o trabalho com TIC, assim como uma participação ativa da sociedade civil organizada, nos processos que envolvem o inegociável interesse público.

À guisa de conclusão, o que a teoria e o estudo empírico indicam é que o fator-chave para o êxito das TIC como instrumentos de modernização dos serviços públicos reside, fundamentalmente, no fator humano envolvido na operação da tecnologia e na gestão pública. Ainda que os padrões tecnológicos não estejam em perfeito alinhamento com as demandas sociais, é o componente humano dos sistemas de informação e gestão que precisa ser mobilizado e sensibilizado, pois é este que opera o clientelismo por meio da tecnologia e que necessita entender que, além de inadequado, existe um sólido aparato coercitivo para responsabilizá-lo e puni-lo por tais atos. É este componente que opera a transparência e atua como mediador entre sociedade civil e governo, no papel não somente de divulgador de informações, mas de facilitador do exercício da cidadania ativa em uma sociedade democrática. É o componente humano que exerce a atividade de regulação, aplicando critérios que podem significar a diferença entre vida e morte, e que precisa compreender as TIC como ferramentas de suporte, e não de impedimento do seu trabalho. É o componente humano que necessita buscar a ressignificação do trabalho com TIC, com vistas à prestação de serviços públicos de qualidade e em conformidade com o paradigma baseado na Sociedade da Informação. Dessa forma, sem desenvolver o componente humano, não há como pensar em soluções tecnológicas que efetivamente transformem o processo produtivo hospitalar.

Como **limitações** desta pesquisa, é possível identificar a quantidade de entrevistas que foi possível realizar durante o estágio no exterior, o que, aliada à impossibilidade de observação de unidades de análise semelhantes, não permitiu a construção de um estudo de casos múltiplos com fins comparativos, conforme previsto no escopo original. A metodologia de trabalho adotada, que não permite fazer generalizações, também pode ser entendida como uma limitação, sem prejuízos à validade das afirmações aqui registradas.

As **recomendações** para trabalhos futuros indicam duas possíveis abordagens, que, embora aderentes à problemática desta pesquisa, extrapolaram

seus objetivos. Uma primeira, de natureza teórico-documental, poderia verificar e discutir as relações entre a Política Estadual de Regulação do Estado da Bahia e a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). A política de regulação organiza as atividades regulatórias em torno de processos fortemente mediados por tecnologias, e, nesse sentido, revela-se pertinente uma análise do suporte oferecido pela PNIIS a essas atividades, em termos dos requisitos específicos de interação e interoperabilidade.

A segunda recomendação é a de uma abordagem empírica, cuja proposta central se concentre no estudo e viabilização de uma ferramenta de Saúde 2.0 aplicada aos serviços de regulação. A principal proposta de valor é a institucionalização de uma TIC que atenda às demandas de mobilidade, praticidade e interatividade destacadas pelos gestores como fundamentais a tais serviços. Nesse sentido, considera-se que esta recomendação já está em fase de realização. O autor integra o Grupo de Pesquisa Observa Políticas da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, coordenando as atividades de campo de projeto aprovado pela FAPESB no âmbito do PPSUS 2017, sob o título de **Regulação 2.0: uma proposta de nova solução telemática para os processos regulatórios no Estado da Bahia**. Este projeto prevê como produto o desenvolvimento de um aplicativo para dispositivos móveis com a finalidade de servir de suporte às atividades de regulação em saúde, transportando a plataforma *SuremWeb* para telefones celulares e *tablets*, permitindo que médicos e gestores exerçam suas funções com mais praticidade e segurança, buscando eliminar, com isso, a necessidade de uso de TIC não oficiais.

Esta se revela uma grande oportunidade de verificar, na dinâmica da assistência e da gestão pública em serviços de saúde, se, de fato, as ferramentas de Saúde 2.0 contribuirão com o fortalecimento da Administração Gerencial quando bem utilizadas, conforme defende esta Tese. Espera-se apresentar uma solução que adeque os padrões tecnológicos à realidade operacional dos serviços, fortalecendo o aparato tecnológico e os princípios gerenciais do Estado, e contribuindo para uma saúde pública de melhor qualidade e de acesso efetivamente universal e equitativo.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, M. O Boca-a-boca Digital: entrevista a Camila Fusco. **Revista Exame**, São Paulo, ed. 942, n. 8, p. 1546, maio 2009.
- ABRUCIO, F. L. O Impacto do Modelo Gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**, Brasília, n. 10, p. 06-49, 1997.
- ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Org.). **O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. (Coleção Gestão Pública).
- AGUIAR, F. C. **Comunicação Organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) em Hospitais**: o estudo do Sistema de Informações Gerenciais (SIG) da Rede InovarH/BA. 2012. 162 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração, Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- AGUIAR, F. C., MENDES, V. L. P. S. Comunicação Organizacional e Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na Gestão Hospitalar. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, p. 138-155, dez. 2016.
- AGUIAR, F. C., MENDES, V. L. P. S. Saúde 2.0: Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e Regulação Paralela de Leitos de UTI na Era da Interação. In: CONGRESSO LATINO-IBEROAMERICANO DE GESTÃO DA TECNOLOGIA, XVI., 2015, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ALTEC; NITEC; UFRGS, 2015. p. 01-16.
- AKUTSU, L. **Sociedade da Informação, Accountability e Democracia Delegativa**: investigação em portais de governo no Brasil. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração, Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- ALVES, R. C. V. **Web Semântica**: uma análise focada no uso de metadados. 2005. 194 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de em Ciência da Informação, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2005.
- ANDRADE, L. I. C. C. **Inovação Gerencial no Setor de Saúde**: um estudo sobre a aplicação do *Balanced Scorecard* em um hospital privado situado em São Paulo – SP. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração, Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- ANGÉLICO, F. **Lei de Acesso à Informação Pública e seus Possíveis Desdobramentos para a Accountability Democrática no Brasil**. 2012. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Administração, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- ANJOS, J. N. Regulação no Setor da Saúde: análise de direito comparado – Portugal, Reino Unido, França e Espanha. **Universidade de Coimbra**, Coimbra,

dez. 2015. Disponível em: < https://www.fd.uc.pt/cedipre/wp-content/uploads/pdfs/co/public_26.pdf >. Acesso em: 14 ago. 2017.

APOLINÁRIO, M. **O Estado Regulador**: o novo papel do Estado. Análise da perspectiva da evolução recente do Direito Administrativo. O exemplo do sector da energia. 2013. 660 f. Tese (Doutorado) – Curso de Direito, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

ARRUDA, R. D. Reflexões sobre o Uso das TIC por Professores de Programas de Pós-graduação em Educação Ambiental do Brasil e da Espanha. **Revista Latino-americana de Tecnologia Educativa**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 79-96, 2007. Disponível em: <<http://campusvirtual.unex.es/caladeitio>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

AZCÁRATE, J. C. G.; CELILER, A. F.; ESCALERA, D. R. de la. **Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud**. Vol. II. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012.

BAHIA. Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde. SUREGS. **Manual para Implantação da Regulação Assistencial**. Salvador: SESAB, 2011.

BAHIA. Módulo de Regulação. Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde. SUREGS. Salvador: SESAB, 2012.

BARBOSA, A. F.; FARIA, F. I.; PINTO, S. L. Governança Eletrônica no Setor Público. In: KNIGHT, P. T.; FERNANDES, C. C. C.; CUNHA, M. A. **E-desenvolvimento no Brasil e no mundo**: subsídios e programa e-Brasil. São Caetano do Sul: Yendis, 2007. p. 512-537.

BARBOSA, A. P. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2010.

BEAL, A. **Gestão Estratégica da Informação**. São Paulo: Atlas, 2009.

BELLVER, A.; KAUFMANN, D. **Transparenting Transparency**: initial empirics and policy applications. The World Bank, 2005.

BIZERRA, A. L. V. **Governança no Setor Público**: a aderência dos relatórios de gestão do Poder Executivo municipal aos princípios e padrões de boas práticas de governança. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Administração e Finanças, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BOLZANI, C. A. M. **Residências Inteligentes**: um curso de domótica. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2004.

BORGES, A. Eleições Presidenciais, Federalismo e Política Social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 28, n. 81, p. 118-163, fev. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: FAE, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília, 2010. Disponível em: <www.planejamento.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_informatica_saude_2016.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.101**, de 12 de junho de 2002. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 19 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.073**. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.072**. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. **Portaria MS nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. **Portaria MS nº 699/GM**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006b.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado Patrimonial ao Gerencial. In: PINHEIRO, P. S.; SACHS, I.; WILHEIM, J. (Org.). **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Cia. das Letras, 2001. p. 222-259.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Construindo o Estado Republicano**: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

CAMARGO-BORGES, C.; MOSCHETA, M. S. Health 2.0: relational resources for the development of quality in healthcare. **Health Care Anal**, n. 24, p. 338-348, 2016.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor de Saúde: notas introdutórias para uma discussão. **Revista de Economia Contemporânea**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 97-123, 1999.

CAPUANO, E. A. Construtos para Modelagem de Organizações Fundamentadas na Informação e no Conhecimento no Serviço Público Brasileiro. **Rev. Ci. Inf.**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 18-37, 2008.

CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012.

CARNICERO, J.; ROJAS, D. Sistemas de Información para la Planificación y Control de Gestión en los Servicios y Sistemas de Salud. In: CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 301-316.

CARVALHO, H. A Comunicação como Fator Crítico de Sucesso nos Processos de Gestão da Informação e do Conhecimento nas Organizações. **UNIRRevista**, [s.l.], v. 1, n. 3, jul. 2006.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede: do conhecimento à acção política. In: CASTELLS, M.; CARDOSO, G. (Org.). **A Sociedade em Rede**: do conhecimento à acção política. Lisboa: Casa da Moeda; Imprensa Nacional, 2005. p. 30-65. (Série Debates - Presidência da República).

CASTOR, B. V. J. **O Brasil não é para Amadores**: estado, governo e burocracia na terra do jeitinho. Curitiba: Ebel, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. et al. O Agir Leigo e o Cuidado em Saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CEPIK, M. A. C.; CANABARRO, D. R.; POSSAMAI, A. J. Do Novo Gerencialismo Público à Era da Governança Digital. In: CEPIK, M. A. C.; CANABARRO, D. R. (Org.). **Governança de TI: transformando a administração pública no Brasil**. Porto Alegre: WS, 2010. p. 11-35.

CHEN, W.; LEE, K. H. More than Search? Informational and participatory eHealth behaviors. **Computers in Human Behavior**, Quebec, v. 30, p. 103-109, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

COOK, M. **Mobile Technology in the Public Sector: it's more than just the laptop**. 2016. Disponível em: <https://www.ctg.albany.edu/publications/issuebriefs/mobile_technology>. Acesso em: 09 abr. 2016.

COSTA, F. L. **Reforma do Estado e Contexto Brasileiro**: crítica do paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

COSTA, G. P. **Heranças Patrimonialistas, (Dis)Funções Burocráticas, Práticas Gerenciais e os Novos Arranjos do Estado em Rede**: entendendo a configuração atual da administração pública brasileira. 2012. 253 f. Tese (Doutorado) – Curso de Administração, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

COSTIN, C. **Administração Pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CRIADO, J. I. Entre Sueños Utópicos y Visiones Pesimistas: un análisis de la administración electrónica local en España. **Gestión y Política Pública**, México/DF, v. 13, n. 2, p. 469-524, 2004.

CRUZ, C. F. et al. Transparência da Gestão Pública Municipal. **R. Adm. Públ**, Rio de Janeiro v. 46, n. 1, p. 153-176, jan./fev. 2012.

CUNHA, F. J. A. P. **Redes Sociais**: rumo à inovação, aprendizagem e conhecimento em gestão hospitalar: um estudo de caso da Rede InovarH. 2010. 168 f. Minuta de proposta de tese (Doutorado) – Escola de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CUNHA, M. A. et al. Transparência Governamental Eletrônica para *Accountability*. In: PINHO, J. A. G. (Org.). **Artefatos Digitais para Mobilização da Sociedade Civil**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 119-139.

CUPANI, A. A Tecnologia como Problema Filosófico: três enfoques. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 493-518, 2004.

CYBIS, W.; BETIOL, A.; FAUST, R. **Ergonomia e Usabilidade**: conhecimentos, métodos e aplicações. São Paulo: Novatec, 2010.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2014.

DIAS E. C. et al. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no SUS: oportunidades e desafios. **Cien. Saúde. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DINH, A. Weighing the Pros and Cons of IM: instant messaging offers instant conveniences, instant complications. **Journal of AHIMA**, Chicago, v. 78, n. 8, p. 58-59, set. 2007.

ESPANHA. Constituição (1978). **Constitución Española**. 1978. Disponível em: <<http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf#page=1>>. Acesso em 01 jul. 2016.

ESPANHA. Jefatura del Estado. **Ley 14**, de 25 de abril de 1986. General de Sanidad. Madrid, 1986. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

ESPANHA. Jefatura del Estado. **Ley 16**, de 28 de mayo de 2003. De cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2003. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

ESPANHA. Jefatura del Estado. **Ley 33**, de 4 de octubre de 2011. General de Salud Pública. Madrid, 2011. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>>. Acesso em 04 jul. 2016.

FEENBERG, A. **O que é a Filosofia da Tecnologia?** Conferência realizada na Universidade de Komaba, Japão, jun – 2003. 2003. Disponível em: <<https://www-rohan.sdsu.edu/faculty/feenberg/oquee.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FEENBERG, A. **Teoria Crítica da Tecnologia**. 2004. Disponível em: <http://www.sfu.ca/~andrewf/feenberg_luci.htm>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FEENBERG, A. Teoria Crítica da Tecnologia: um panorama. In: NEDER, R. (Org.). **A Teoria Crítica de Andrew Feenberg**: racionalização democrática, poder e tecnologia. Brasília: Observatório do Movimento pela Tecnologia Social na América Latina; CDS; UnB; Capes, 2010. p. 97-117.

FIGUEIREDO, V. da S.; SANTOS, W. J. L. dos. Transparência e Participação Social da Gestão Pública: análise crítica das propostas apresentadas na 1ª conferência nacional sobre transparência pública. **Revista de Contabilidade e Controladoria**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 73-88, jan./abr. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DA BAHIA (FAPESB). **Estratégias de Regulação e Barreiras de Acesso aos Leitos de UTI**: um estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador, BA, 2017.

GALÁN, M. Sistemas de Información de Salud Pública. In: CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 253-272.

GALICIA. Consellería de Sanidad. Lei 8, de 10 de xullo de 2008. De Saúde de Galicia. Santiago de Compostela, GA, 2008. Disponível em: <<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/NorXeral/PDF-1796-ga.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1998.

GOMES, R. et al. Organização, Processamento, Análise e Interpretação de Dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOMES, S. M. S. et al. Análise da Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação em Hospitais de Salvador-Bahia. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MEDINFOR: A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO, 2011, Porto. **Anais...** Porto: FMUP, 2011. v. 2.

GUERREIRO-RAMOS, A. A Modernização em Nova Perspectiva: em busca do modelo da possibilidade. **R. Adm. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 5-31, jan./mar. 1983.

HUGHES, O. E. **Public Management and Administration**: an introduction. 2. ed. Melbourne, Austrália: Macmillan, 1998.

IBANHES, L. C. et al. Governança e Regulação na Saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INDARTE, S. Interoperabilidad. In: Carnicero, J.; Fernández, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 317-330.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da População 2013**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 mar. 2014.

ISLAM, F. New Public Management (NPM): a dominating paradigm in public sectors. **Afr. J. Pol. Sci. Int. Relat**, Lagos, v. 9, n. 4, p. 141-151, abr. 2015.

IYAWA, G. E.; HERSELMAN, M.; BOTHA, A. Digital Health Innovation Ecosystems: from systematic literature review to conceptual framework. **Procedia Computer Science**., Amsterdã, n. 100, p. 244-252, 2016.

JBILLOU, J. et al. Combining Communication Technology Utilization and Organizational Innovation: evidence from Canadian healthcare decision makers. **J Med Syst.**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 275-286, 2009.

JONES, L. R.; THOMPSON, F. Um Modelo para a Nova Gerência Pública. **Revista do Serviço Público**, Brasília/DF, ano 51, n. 1, jan./mar. 2000.

KIM, P. S. et. al. Toward Participatory and Transparent Governance: report on the Sixth Global Forum on Reinventing Government. **Public Administration Review**, Washington, v. 65, n. 6, nov./dez. 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEROY, A-M. Les Reformes Administratives dans les Pays de l'OCDE: une tentative de synthese. In: LEROY, A-M. **Etat et Gestion Publique**. Paris: Conseil d'Analyse Économique, 1996. p. 27-33.

MACHADO, I. Tudo o que Você Queria Saber sobre as Novas Mídias, mas não Teria Coragem de Perguntar a Dziga Vertov. **Revista Galáxia**, [s.l.], n. 3, p. 219-225, 2002.

MAJONE, G.; SPINA, A. Ia. El Estado Regulador. **Gestión y Política Pública**, México/DF, v. 11, n. 2, p. 197-261, jul./dez. 1993.

MALAGÓN, L.; MORERA, G.; LAVERDE, P. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.

MARIA, R. C. M.; GOMES, W.; MARQUES, F. P. J. A. **Internet e Participação Política no Brasil**. Poro Alegre: Sulina, 2011.

MARINHO, A. **O Processo de Alocação de Recursos Públicos para Investimento em Capacidades Hospitalares**. Brasília, IPEA, abr. 2003. (Texto para Discussão, n. 949). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4987/1/DiscussionPaper_121.pdf>. Acesso em: 14 out. 2015.

MARQUES-NETO, F. de A. A Nova Regulação dos Serviços Públicos. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 228, p. 13-29, abr./jun. 2002.

MARTÍN, J. J. M. Riesgos y Oportunidades de las Empresas Públicas Sanitarias y Nuevas Formas Organizativas y de Gestión. In: SILIÓ, F. V.; KEENOY, E. M. **La Gestión del Cambio en los Servicios Sanitarios**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 85-106.

MARTÍN, M. C. et al. Recursos Estructurales de los Servicios de Medicina Intensiva en España. **Med Intensiva**, Madrid, v. 37, n. 7, p. 443-451, 2013.

MARTINEZ, R. B. La Modernización de la Administración Pública Española. Balance y perspectivas. **Política y Sociedad**, Madrid, n. 13, p. 9-20, 1993.

MARTINS, H. F. Burocracia e a Revolução Gerencial — a persistência da dicotomia entre política e administração. **Revista do Serviço Público**, Brasília/DF, ano 48, n. 1, jan./abr. 1997.

MATHACHAN, P. J. **Introducing New Public Management Principles: a case study of the modernising government programme in Kerala**. 2013. 73 f. Tese (Doutorado em Filosofia na Administração Pública) – Mahatma Gandhi University, Kerala, 2013.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais**. São Paulo: Atlas, 2008.

MATLAND, R. E. Synthesizing the Implementation Literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Lawrence, KS, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995. Disponível em: <<https://oied.ncsu.edu/selc/wp-content/uploads/2013/03/Synthesizing-the-Implementation-Literature-The-Ambiguity-Conflict-Model-of-Policy-Implementation.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing: metodologia e planejamento**. São Paulo: Atlas, 1996.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MELLO, G. R. **Estudo das Práticas de Governança Eletrônica: instrumentos de controladoria para a tomada de decisões nas gestões dos estados brasileiros**. 2009. 179 f. Tese (Doutorado) – Curso de Ciências Contábeis, Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, V. L. P. S. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. 1994. 207 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

MENDES, V. L. P. S. **Inovação Gerencial na Administração Pública: um estudo na esfera Municipal no Brasil**. 2000. 325 f. Tese (Doutorado) – Curso de Administração, Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: _____ (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 1994. p. 09-30.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, Técnicas e Relações em Triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-104.

MIRAGAYA, L. C. Aplicación de la Nueva Gestión Pública a las Reformas Sanitarias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. **Documentos de Trabajo** (Universidad de Oviedo: Facultad de Ciencias Económicas), Oviedo, n. 260, p. 1-39, 2003.

MIRAGEM, B. **A Nova Administração Pública e o Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MORAES, I. H. S.; VASCONCELLOS, M. M. Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: um pacto a ser construído. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 86-98, jan. 2005.

MURAMATSU, V. **Influências da Comunicação Digital nos Vínculos Humanos**. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27., 2004, Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2004. 1 CD-ROM.

NATH, V. Digital Governance Models: moving towards good governance in developing countries. **Innovation Journal**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 47-62, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.innovation.cc/20volumes-issues/nath-digital.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

NEWMAN, J.; CLARKE, J. Gerencialismo. **Educ. Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 353-381, maio/ago. 2012.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 1994.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. de. O SAMU, a Regulação no Estado do Rio de Janeiro e a Integralidade segundo Gestores dos três Níveis de Governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

OJO, J. S. E-governance: an imperative for sustainable grass root development in Nigeria. **Journal of Public Administration and Policy Research**, Lagos, v. 6, n. 4, p. 77-89, 2014. Disponível em: <<http://www.academicjournals.org/journal/JPAPR/article-abstract/A30B59247324>>. Acesso em: 18 maio 2017.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Regulação em Saúde. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; D'ÂNGELO SEIXAS, P. H. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Cealag, 2011. p. 204-218.

ORELLANA, R. Gestión de Proyectos de Salud Electrónica. In: CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 345-364.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **OECD Guiding Principles for Open and Inclusive Policy Making**. Background Document for expert meeting on “Building an open and innovative government for better policies and service delivery”. Paris: OECD Publishing, 2010.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o Governo**. Como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília: MH Comunicação, 1994.

PEREIRA, M. F. Mudanças Estratégicas em Organizações Hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 40, n. 3, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n3/v40n3a09.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. *Accountability*, já Podemos Traduzi-la para o Português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

POLLITT, C. **Managerialism and the Public Services**: the angloamerican experience. Oxford, MA: Basil Blackwell, 1990.

RAMÍREZ-ALUJAS, A. Gobierno Abierto y Modernización de la Gestión Pública. **Revista Enfoques**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 15, p. 99-125, 2011.

REY DEL CASTILLO, J. Formas de Descentralización de los Servicios Sanitarios. In: _____. **Descentralización de los Servicios Sanitarios**: aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 41-91. (Série Monografias, 23).

RIBEIRO, C. J. S. Serviços para Gestão Documental com Uso de Abordagem SOA (Arquitetura Orientada a Serviços). **Informação & Sociedade**: estudos, João Pessoa, v. 22, n. 3, p. 152-162, 2012.

ROCCO, J. R.; SOARES, M.; GAGO, M. F. Pacientes Clínicos Referenciados, mas não Internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 114-120, 2006.

ROESCH, Sylvia M. A. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso. São Paulo: Atlas, 1999.

ROJAS, D; MARTÍNEZ, R.; ELICEGUI, I. Infraestructura y Requisitos Básicos de los Sistemas de Salud Electrónica. In: CARNICERO, J.; FERNÁNDEZ, A. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. I. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 299-322.

ROSA FILHO, D. S.; MISOCZKY, M. C. A. A Regulação no Contexto Brasileiro: reflexões inspiradas em Guerreiro-Ramos, Maurício Tragtemberg e Fernando Prestes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA (EnAPG), I., 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2004.

SÁ FILHO, C. A. C. **Influência das TIC na Dinâmica Cultural e Política de Comunidades**. 2006. 290 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2009.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C.; TANAKA, O. Y. Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 170-179, 2010.

SANTOS, A. C. et al. **Direito Económico**. 6. ed. Almedina: Coimbra, 2011.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A Regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro: uma revisão. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., [on-line], v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, J. S. et al. Protocolo Clínico e de Regulação para o Tratamento de Icterícia no Adulto e Idoso: subsídio para as redes assistenciais e o complexo regulador. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 23, n. 1.1, p. 133-142, 2008.

SCHOUT, D.; CASTRO, L. Curso de Indicadores Assistenciais. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2012, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2012. Disponível em: <http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/editor/nova_metropolis.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE (SERGAS). **Red de Comités de Ética de la Investigación**. Criterios de Evaluación 2017. Santiago de Compostela, GA, 2017. Disponível em: <<https://acis.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxlct&idTax=15534&idioma=es>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SILVA, S. F. A Saúde na Espanha em Comparação com o Brasil. In: **Debates Internacionais Sobre Gestão da Saúde Pública**. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASEMS), 2010.

SILVA, T. D. **Inovações Gerenciais em Organizações Hospitalares Privadas de Salvador**. 2003. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SORJ, B. **Brasil@povo.com**: a luta contra a desigualdade na Sociedade da Informação. Brasília, DF: UNESCO, 2003.

SORJ, B.; GUEDES, L. E. Exclusão Digital: problemas conceituais, evidências empíricas e políticas públicas. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 72, p. 101-117, jun. 2005.

SOUSA, C. Tecnologias da Informação e Comunicação na Região do Algarve. **Dos Algarves**, [S.l.], v. 3, n. 7, p. 44-52, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.dosalgarves.com/revistas/N12/6rev12.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2017.

SOUZA, F. V. **Controle Social e Transparência na Administração Pública**. 2014. 34 f. Monografia (Especialização em Planejamento e Gestão Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

SOUZA, R. Case Research in Operations Management. EDEN DOCTORAL SEMINAR ON RESEARCH METHODOLOGY IN OPERATIONS MANAGEMENT, 2005, Bruxelas. **Anais...** Bruxelas: EIASM, 2005.

SOUZA, R. S. O Funcionalismo Sistêmico nas Teorias Social e Organizacional: evolução e crítica. **Read**, [S.l.], ed. 19, v. 7, n. 1, p. 01-43, jan./fev. 2001.

SOUZA-FILHO, R. Crítica à Concepção Gerencialista de Gestão Pública: o caso Brasileiro. In: SEMINÁRIO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, XIX., 2009, Guayaquil. **Anais...** Guayaquil: 2009. p. 1-11.

SPAGNOL, C. A. Da Gerência Clássica à Gerência Contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002.

STABLEIN, R. Dados em Estudos Organizacionais. In: CLEGG, S. R. et al. **Handbook de Estudos Organizacionais**: reflexões e novas direções. São Paulo: Editora Atlas, 2001. p. 63-88.

STIGLITZ, J.E. **On Liberty, the Right to Know and Public Disclosure**: the role of transparency in public life. Manchester: Oxford Amnesty Lecture, 1999.

STUMPF, M. et al. **Um Modelo de Integração de Informações para o Apoio à Decisão na Gestão da Assistência à Saúde**. Porto Alegre: PPGA; UFRGS, 1998. (Série documentos para estudo, n. 07).

SUNDBO, J.; GALLOUJ, F. Innovation as a Loosely Coupled System in Services. **International Journal of Services Technology and Management**, v. 1, n. 1, p. 15-36, 2000.

SYVAJARVI, A.; STENVALL, J. The Impact of Information Technology on Human Capacity, Interprofesional Practice and Management. **Probl. Perspectives Manag.**, Sumy/UC, v. 1, n. 3, p. 82-95, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Glossário: termos e expressões mais comuns em política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 117-156.

THOMPSON, F.; JONES, L. R. Reaping the Advantages of Information and Modern Technology, Moving from Bureaucracy to Hyperarcky and Netcentricity. **International Public Management Review**, St. Gallen, v. 4, n. 1, p. 148-193, 2008.

TRANSPARENCY INTERNATIONAL. **The Anti-Corruption Plain Language Guide**. Jul. 2009.

UNGLERT, C. V. S; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 39-46, 1987.

VALLE, V. R. L. Transparência e Governança. Novas vertentes legitimadoras do agir do poder. **Revista do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 25-27, maio 2008.

VAN DE BELT, T. H. et al. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. **J Med Internet Res.**, Toronto, v. 2, n. 2, p. 01-14, 2010.

VIDIGAL, L. A Reforma da Administração Pública à Luz dos Sistemas de Informação. In: CONFERÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (CAPSI), 13., 2013, Évora. **Anais...** Évora, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18803/capsi.v13.466-489>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

VILA, V. S. A.; ROSSI, L. A. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar./abr. 2002.

VÍLCHEZ, W. H. C. Salud móvil en atención primaria. In: AZCÁRATE, J. C. G.; CELILER, A. F.; ESCALERA, D. R. de la. **Manual de Salud Electrónica para Directivos de Servicios y Sistemas de Salud**. Vol. II. Santiago de Chile: Sociedad Española de Informática de la Salud – SEIS/CEPAL/ONU, 2012. p. 365-384.

WEBER, M. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Editora UnB, 2012a. 1 v.

WEBER, M. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Editora UnB, 2012b. 2 v.


WIENER, J. B. The Regulation of Technology, and the Technology of Regulation. **Technology in Society**, v. 26, p. 483-500, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Care Systems in Transition: Spain**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 — PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Estratégias de regulação de leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia		
Pesquisador: VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 30974914.4.0000.5531		
Instituição Proponente: Escola de Administração		
Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 666.477		
Data da Relatoria: 28/05/2014		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa e qualitativa, que será realizado nos municípios e hospitais da Macrorregião Leste do Estado da Bahia, mediante pesquisa documental, observação e aplicação de formulários, questionários e entrevistas, com os gestores dos hospitais e das Secretarias Municipais de Saúde da Macrorregião Leste. Foi avaliado por este Comitê e recebeu Parecer Consubstanciado n.656.170, com pendências a serem resolvidas no TCLE, no item riscos e na apresentação dos roteiros de entrevistas.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Objetivo geral: Analisar as barreiras de acesso e as estratégias de regulação adotadas pelos gestores do Sistema Único de Saúde para garantir o acesso dos usuários aos leitos de UTI da Macrorregião Leste do Estado da Bahia.		
Objetivo Secundário:		
1 Caracterizar os hospitais da Macrorregião Leste, vinculados ao SUS, com e sem leitos de UTI, por porte, tipo, modelo de gestão e serviços ofertados.		
Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar		CEP: 41.110-060
Bairro: Canela	Município: SALVADOR	
UF: BA	Telefone: (71)3283-7615	E-mail: cepee.ufba@ufba.br
	Fax: (71)3283-7615	

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 666.477

2 Mapear a rede de regulação de leitos de UTI na Macrorregião Leste e suas condições de funcionamento, no que se refere a canais de regulação e de comunicação existentes na SESAB, SMS e nos hospitais da macrorregião, identificando os indicadores de avaliação de acesso e seus usos, critérios de alocação de pacientes e priorização do acesso.

3 Identificar, nos hospitais que possuem leitos de UTI, as barreiras de acesso decorrentes da capacidade de gerenciamento destes leitos.

4 Analisar os instrumentos de gestão dos hospitais da Macrorregião Leste, com leitos de UTI, quanto aos processos de programação, controle, regulação e avaliação utilizados.

5 Verificar junto aos hospitais e às Secretarias Municipais de Saúde da Macrorregião Leste, as barreiras enfrentadas e as estratégias de regulação utilizadas pelos gestores para viabilizar a referência e a contra referência dos usuários aos leitos de UTI.

6 Dimensionar a evolução do número de processos de judicialização do acesso a leitos de UTI na Macrorregião Leste de 2009 a 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

vide Parecer Consubstanciado n.663.113.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide Parecer Consubstanciado n.663.113.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a Folha de Rosto com as assinaturas, conforme pendência apontada no Parecer Consubstanciado n.663.113.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária Homologa o Parecer de APROVADO emitido pelo relator, após atendimento as

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 666.477

pendências.

SALVADOR, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO 2 — INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES E



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e aprovada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) sobre estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI na Macrorregião Leste do Estado da Bahia. Caso concorde em participar, este estudo será realizado por mim, FÁBIO CAMPOS AGUIAR, mestre em Administração pela Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Professora Vera Lucia Peixoto Santos Mendes. Esta pesquisa se intitula *Estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia* e o seu objetivo é analisar as barreiras de acesso e as estratégias de regulação adotadas pelos gestores do Sistema Único de Saúde para garantir o acesso dos usuários aos leitos de alta complexidade na referida macrorregião.

A realização desta pesquisa é importante porque seus resultados podem contribuir para a melhoria da gestão do acesso aos leitos de UTI. A sua participação neste estudo consiste em conceder entrevista, cujo tempo médio de duração é de 40 minutos, em local de melhor conveniência para o(a) Sr.(a) e no qual o(a) Sr.(a) possa se sentir à vontade e sem a possibilidade de interrupções por outras pessoas. Caso sinta qualquer tipo de desconforto interromperemos a entrevista, e o Sr.(a) decidirá se continuará ou não e em qual momento. As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e todas as medidas serão tomadas para garantir o anonimato de sua identidade. Asseguramos que será respeitada a sua privacidade e que o(a) Sr.(a) pode se recusar a participar do estudo e poderá retirar seu consentimento a

qualquer momento, sem a necessidade de justificar ou sofrer qualquer prejuízo. Solicitamos também o seu consentimento para a gravação da entrevista, garantindo-se o anonimato.

As informações coletadas nas entrevistas serão armazenadas e ficarão guardadas na Escola de Administração da UFBA sob responsabilidade da Profa. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes e serão destruídas após cinco anos, conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Será assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Asseguramos que as despesas com o projeto serão de inteira responsabilidade do(a) pesquisador(a), e ressaltamos que sua participação é voluntária, ou seja, não haverá nenhum valor monetário a receber ou a pagar por sua participação. No entanto, caso ocorra algum eventual dano decorrente da sua participação neste estudo, está garantida a indenização, nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste estudo irão subsidiar a elaboração de duas teses de doutorado, e serão utilizados para a construção de artigos científicos que posteriormente serão publicados em periódicos e apresentados em eventos acadêmicos.

Este consentimento deve ser assinado em duas vias, uma ficará com o(a) Sr.(a) e a outra com o pesquisador responsável. Caso ainda haja alguma dúvida em relação à pesquisa, ou em caso de desistência a qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá se comunicar pelos contatos abaixo, ou fazê-lo pessoalmente.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Endereço: Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia

Av. Reitor Miguel Calmon, S/N, Vale do Canela, Salvador – BA. **CEP:** 40110-903

Telefone: (71) 3283-7361 **E-mail:** vmendes@ufba.br.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEPEE.UFBA - Comitê de Ética em Pesquisa - Escola de Enfermagem da UFBA

Endereço: Rua Augusto Viana, s/n, Salas 432/437, Canela, Salvador – BA. **CEP:** 40110-060

Telefone: (71) 3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br.

Pesquisador(a) Responsável: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Após a leitura de todas as informações acima, compreendi que estou participando deste estudo de forma livre e espontânea, sendo garantido o meu anonimato e o sigilo das informações que eu considerar confidenciais. Estou ciente de que não terei despesas com o projeto e nem qualquer tipo de remuneração, de que deverei providenciar um espaço para que eu possa responder às perguntas sem interrupções ou interferências de terceiros, e que os dados obtidos ficarão guardados pela pesquisadora responsável por um período de cinco anos.

Expresso que obtive esclarecimentos e questionamentos respondidos pelo pesquisador FÁBIO CAMPOS AGUIAR e me considero suficientemente esclarecido(a) a autorizar minha participação na pesquisa intitulada *Estratégias de regulação e barreiras de acesso aos leitos de UTI: estudo na Macrorregião Leste do Estado da Bahia.*

_____, ____ de _____ de 201_.

Participante da Pesquisa: _____